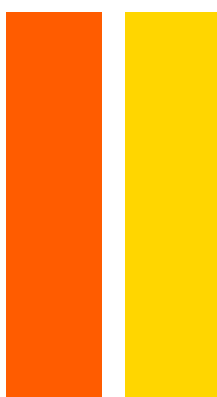


2º CICLO DE ESTUDOS
MESTRADO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

**Saúde da população LGBTQIAPN+:
percepções de médicos/as e expectativas
de utentes no contexto da Atenção
Primária à Saúde em uma cidade do Brasil**
Paula Carolina Lobato da Cunha

M

2025



Saúde da população LGBTQIAPN+: percepções de médicos/as e expectativas de utentes no contexto da Atenção Primária à Saúde em uma cidade do Brasil

Orientador

Prof. Dra. Sofia Marques da Silva
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade do Porto

Coorientador

Prof. Dr. Denison Melo de Aguiar
Escola Superior de Direito – Universidade do Estado do Amazonas

Paula Carolina Lobato da Cunha

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto para obtenção do grau de mestre em Educação para a saúde.

RESUMO

Este estudo qualitativo teve como objetivos: identificar concepções sobre as necessidades de saúde da população LGBTQIAPN+ e sobre o preparo médico para manejar essas demandas; descrever experiências de preparo vivenciadas pelos médicos durante a formação acadêmica e profissional; analisar as percepções dos profissionais sobre os perfis de competência da Medicina de Família e Comunidade e da formação generalista; e caracterizar expectativas de utentes quanto às competências médicas no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Foram realizadas 20 entrevistas semiestruturadas (10 médicos e 10 utentes), analisadas segundo a técnica de Análise Temática de Bardin, resultando em seis eixos temáticos. Entre os aspectos de saúde considerados relevantes, destacaram-se saúde mental, saúde sexual e reprodutiva, hormonização de pessoas trans, educação em saúde, violência e determinantes sociais. Os médicos relataram que a formação para esse cuidado na graduação é fragmentada e insuficiente, dependente de iniciativas isoladas ou do interesse pessoal, com destaque para lacunas no manejo da hormonização. Residentes relataram contato teórico com a temática da diversidade sexual e de gênero, mas apontaram escassez de oportunidades práticas para desenvolver competências nesse campo. As percepções revelaram que a abordagem da sexualidade e identidade de gênero nas consultas é ainda esporádica, limitada por silêncios de ambas as partes, mas potencialmente fortalecida por experiências formativas estruturadas. As expectativas dos utentes enfatizaram acolhimento, uso de nome social, comunicação aberta, representatividade profissional e acesso ampliado a cuidados específicos. Concluiu-se, portanto, que a qualificação do cuidado a esta população requer integração de competências técnicas, relacionais, comunicacionais e socioculturais nos currículos de graduação, residência e programas de educação permanente, fortalecendo uma APS sensível, resolutiva e centrada na pessoa.

Palavras-chave: Minorias sexuais e de gênero; Atenção Primária a Saúde; Médicos de Família; Clínicos Gerais.

ABSTRACT

This qualitative study aimed to identify conceptions regarding the health needs of the LGBTQIAPN+ population and the medical training required to address these demands; to describe physicians' experiences of training during their academic and professional trajectories; to analyze their perceptions of the Family Medicine and general practice competency profiles; and to characterize Primary Health Care (PHC) users' expectations regarding physicians' competencies. Twenty semi-structured interviews were conducted (10 physicians and 10 users) and analyzed using Bardin's Thematic Analysis, resulting in six thematic axes. Relevant health aspects highlighted by participants included mental health, sexual and reproductive health, gender-affirming hormone therapy, health education, violence, and social determinants of health. Physicians reported that undergraduate training for this type of care is fragmented and insufficient, largely dependent on isolated initiatives or individual interest, with notable gaps in hormone therapy management. Residents reported theoretical exposure to sexual and gender diversity issues but emphasized the scarcity of practical opportunities to develop competencies in this field. Findings revealed that addressing sexuality and gender identity during consultations remains sporadic, constrained by mutual silences, but may be strengthened through structured formative experiences. Users' expectations emphasized welcoming care, use of social name, open communication, representation of LGBTQIAPN+ professionals, and expanded access to specific services. The study concludes that improving care for this population requires the integration of technical, relational, communicational, and sociocultural competencies into undergraduate curricula, residency training, and continuous education programs, thus fostering a sensitive, resolute, and person-centered PHC practice.

Keywords: Sexual and gender minorities; Primary Health Care; Family Doctors; General Practitioners.

AGREDECIMENTOS

Me sinto muito grata e privilegiada por finalizar este ciclo.

Agradeço, primeiramente, a Deus e a Jesus, por me guiarem e por sempre me permitirem ter a certeza de não estar só.

À minha mãe, que me apoia em tudo e é meu grande exemplo e inspiração;
ao meu pai e ao meu irmão, pelos anos de convivência e aprendizados;
ao Maurício, por ser meu porto seguro e minha paz;
aos meus demais familiares, por todo o suporte e incentivo;
aos meus amigos, tanto os que trago do Brasil quanto os que Portugal me deu, pelo acolhimento e apoio;
à minha turma do mestrado, pela receptividade.

Conciliar mestrado, imigração, trabalho e vida pessoal não foi fácil, mas, graças ao suporte de cada um de vocês, cá estou.

Agradeço também a todos que contribuíram para que este trabalho fosse possível: professora Sofia e professor Denison, pela dedicação e suporte; todas as pessoas que me ajudaram na viabilização da pesquisa; e aos participantes, que dispuseram do seu tempo para me permitir concretizar este trabalho.

Obrigada.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EPA	Entrustable Professional Activities
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBTQIAPN+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais/Transgêneros/Travestis, Queer, Intersexo, Assexuais/Agêneros/Arromânticos, Pansexuais, Não binários e mais
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MSM	Mulheres que fazem sexo com mulheres
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização Mundial das Nações Unidas
PEP	Profilaxia pós-exposição
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PrEP	Profilaxia pré-exposição
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TDSH	Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	FUNDAMENTOS TEÓRICOS SOBRE SAÚDE LGBTQIAPN+ E FORMAÇÃO MÉDICA	14
2.1	Interseccionalidade e saúde: compreender os efeitos da articulação de vulnerabilidades.....	14
2.2	Estigma, exclusão e saúde: compreendendo o estresse de minorias na vivência LGBTQIAPN+	18
2.3	Cuidados em saúde: Desafios partilhados pela população LGBTQIAPN+	21
2.3.1	A cisheteronormatividade como barreira estrutural no cuidado em saúde ..	21
2.3.2	Estigma e discriminação institucional nos serviços de saúde.....	22
2.3.3	Barreiras no acesso à saúde e revelação da identidade sexual e de gênero .	24
2.3.4	Violência estrutural e interpessoal contra pessoas LGBTQIAPN+	26
2.3.5	Obstáculos à efetivação da parentalidade e dos direitos sexuais e reprodutivos	29
2.4	Diversidade de vivências e de necessidades em saúde na população LGBTQIAPN+	31
2.4.1	Mulheres cisgênero lésbicas	31
2.4.2	Homens cisgênero gays	34
2.4.3	Mulheres e homens cis bissexuais e pansexuais.....	36
2.4.4	Pessoas trans	38
2.4.5	Pessoas intersexo	40
2.4.6	Pessoas assexuais.....	41
2.5	A Medicina como produtora de normas e silenciamentos: da patologização à exclusão curricular das identidades LGBTQIAPN+ na formação médica	42
3	OPÇÕES METODOLÓGICAS	46
3.1	Questões paradigmáticas	46
3.1.1	Posicionamento epistemológico, ontológico e axiológico	46
3.1.2	Abordagem qualitativa: uma justificação	48

3.2	Contexto e participantes	49
3.3	Método de recolha de dados	51
3.3.1	Entrevista semiestruturada.....	51
3.3.2	Estrutura do guião.....	52
3.4	Análise de dados	53
3.5	Questões Éticas.....	57
4	RESULTADOS – PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+ NO CONTEXTO DA APS	60
4.1	Aspectos de saúde relevantes para a população LGBTQIAPN+: perspectiva de médicos e utentes.....	60
4.2	Percepções acerca do preparo médico para o manejo das demandas de saúde LGBTQIAPN+: perspectiva de médicos e utentes.....	71
4.3	Abordagem à revelação da sexualidade e identidade de gênero nas consultas médicas	77
4.4	Experiências de formação e capacitação para atendimento à população LGBTQIAPN+	82
4.5	Percepções sobre o currículo e a formação médica em relação à saúde LGBTQIAPN+	87
4.6	Competências médicas no atendimento a pessoas LGBTQIAPN+: o que pensam os participantes	93
5	CONCLUSÕES.....	109
6	BIBLIOGRAFIA.....	113
7	ANEXOS.....	125
7.1	Guião da entrevista semiestruturada – médicos	125
7.2	Guião da entrevista semiestruturada – pessoas LGBTQIAPN+.....	127
7.3	Registro de Consentimento Livre e Esclarecido – médicos	128
7.4	Registro de Consentimento Livre e Esclarecido – pessoas LGBTQIAPN+	131
7.5	Tarefas EPA 3 – Atendendo pessoas LGBTQIAPN+	134

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Constituição Federal do Brasil, a saúde é um direito de todos e dever do Estado, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) a ferramenta implementada para fornecê-la à população (Brasil, 1988). Nesse contexto, a Lei nº 8080 de 1990 define os 3 princípios doutrinários do SUS: universalidade, equidade e integralidade, que devem guiar a prática dos profissionais que atuam nesse sistema (Brasil, 1990). Dessa maneira, deve haver acesso garantido ao SUS para todas as pessoas em território brasileiro, com atendimento adequado às necessidades individuais, de forma a mitigar as desigualdades, e realizado de forma integral, ou seja, com o objetivo de atender todas as demandas de saúde do indivíduo.

Através da publicação da primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Primária à Saúde (APS) foi designada como porta de entrada preferencial para o SUS. Neste cenário, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi estabelecida como arranjo prioritário para a organização das equipes que atuam na APS (Brasil, 2006).

Na versão de 2006 da PNAB, a composição mínima da equipe da ESF exigia apenas a presença de um médico, sem qualquer requisito formativo adicional, e a Medicina de Família e Comunidade (MFC)¹ sequer era mencionada. A segunda edição, publicada em 2012, passou a incluir os médicos especialistas em Saúde da Família ou em MFC, porém sem lhes conferir preferência em relação aos generalistas. Apenas na terceira edição, em 2017, estabeleceu-se que o profissional médico das equipes da ESF deve ser, preferencialmente, especialista em MFC (Brasil, 2006, 2012, 2017).

No entanto, na última publicação referente a Demografia Médica no Brasil, no ano de 2023, havia apenas 11.255 registros de especialistas em MFC em todo o país (Scheffer et al., 2023). Adicionalmente, no ano de 2024, havia 3.079 médicos cursando Residência Médica² em MFC à escala nacional (Scheffer et al., 2024). Considerando que a população residente no Brasil no ano de 2024 era de 212.583.750 segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ([IBGE], 2024) e que a cobertura da Atenção Primária no território brasileiro era de 79,73% em dezembro de 2023 (Brasil, 2023), verifica-se um déficit de profissionais da especialidade de MFC para atuação na APS.

¹ No Brasil, a especialidade conhecida como Medicina de Família e Comunidade corresponde à especialidade denominada Medicina Geral e Familiar em Portugal. Ao longo deste trabalho, opta-se pela nomenclatura brasileira em coerência com o contexto da pesquisa.

² No Brasil, o processo de formação especializada dos médicos é denominado Residência Médica, sendo os profissionais em formação chamados de médicos residentes. Em Portugal, utilizam-se os termos Internato Médico e médicos internos. Neste trabalho, mantém-se a terminologia brasileira, correspondente ao campo de realização da pesquisa.

Não foram identificados, até o momento, dados que tratem do perfil sociodemográfico e formativo dos médicos que atuam na APS em todo o Brasil. Porém, as estimativas destoantes entre a população residente no país e o número de médicos especialistas em MFC registrados e em formação, aponta para uma provável atuação preponderante, na APS, de médicos generalistas (sem especialização) ou de médicos com formação em outras especialidades.

Esse cenário sugere uma lacuna na formação específica para a atuação na APS, o que pode comprometer a qualidade do cuidado ofertado, sobretudo a grupos com necessidades de saúde específicas e historicamente negligenciadas. Entre esses grupos, destaca-se a população LGBTQIAPN+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais/Transgêneros/Travestis, Queer, Intersexo, Assexuais/Agêneros/Arromânticos, Pansexuais, Não binários e mais), que constitui um dos focos deste trabalho e cuja atenção em saúde requer uma abordagem sensível e qualificada, conforme os princípios da universalidade, equidade e integralidade.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, aproximadamente 2,9 milhões de pessoas no Brasil declaram-se homossexuais ou bissexuais, representando cerca de 1,8% da população adulta (IBGE, 2019). Esta foi a primeira vez que o IBGE incluiu a orientação sexual entre as variáveis investigadas, não havendo, contudo, atualização desses dados nos anos seguintes.

Em uma pesquisa mais detalhada e com questionário mais estruturado, abordando também a identidade de gênero, Spizzirri et al. (2022) demonstraram que 12,04% da população de adultos brasileiros se declara como LGBTQIAPN+, sendo: 5,76% assexuais, 0,93% lésbicas, 1,37% gays, 2,12% bissexuais, 0,68% trans e 1,18% pessoas não binárias.

Antes de avançarmos para discussão sobre a saúde da população LGBTQIAPN+, é necessário compreender alguns conceitos fundamentais sobre sexualidade humana, como sexo biológico, identidade de gênero e orientação sexual. Segundo Carroll (2022), o sexo biológico refere-se às características genéticas, hormonais, anatômicas e fisiológicas com as quais uma pessoa nasce, o que resulta na designação do indivíduo como do gênero feminino ou masculino. No entanto, podem ocorrer variações, como no caso das pessoas intersexo, cuja anatomia ou genética não se encaixa nas categorias típicas de masculino ou feminino (Chan et al., 2022). A identidade de gênero, por sua vez, é compreendida como a experiência interna e individual de gênero de cada pessoa, que pode ou não corresponder àquela atribuída ao nascimento - sendo definida como cisgênero, quando há correspondência, ou transgênero, quando não há. Já a orientação sexual refere-se à capacidade de cada indivíduo de sentir

atração afetiva, emocional ou sexual por pessoas de gênero diferente, do mesmo gênero, de mais de um gênero ou independentemente do gênero, sendo, portanto, a heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, pansexualidade e assexualidade possibilidades para caracterizar a orientação sexual de um sujeito (International Commission of Jurists, 2007).

Se o papel da APS é acolher todas as pessoas com suas especificidades e realizar uma abordagem integral, parece-nos imprescindível que os profissionais estejam preparados para lidar com a população LBTQIAPN+. De acordo com Ciasca et al. (2021), a compreensão dos conceitos apresentados é essencial para que o cuidado em saúde seja adequado, sensível e livre de preconceito, respeitando a diversidade das experiências e identidades sexuais e de gênero.

Embora os dados indiquem que esse grupo representa uma parcela significativa da população (Spizzirri et al., 2022), a saúde de minorias sexuais e de gênero ainda não aparece de forma estruturada nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina (Brasil, 2014). O documento apenas menciona, de modo geral, que a formação deve considerar a diversidade, incluindo gênero e orientação sexual, sem detalhar competências específicas relacionadas ao cuidado dessa população. Já o currículo baseado em competências da Medicina de Família e Comunidade, publicado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade ([SBMFC], 2014), que orienta os programas de Residência Médica, apresenta maior detalhamento ao tratar da abordagem da sexualidade (incluindo algumas demandas de saúde de pessoas LBTQIAPN+), mas ainda não estabelece um eixo ou tópico exclusivo voltado à atenção à saúde desses indivíduos.

Recentemente, em março de 2025, em caráter complementar ao currículo baseado em competências para a MFC, foram publicadas as EPAs (*Entrustable Professional Activities*) Nacionais em Medicina de Família e Comunidade. De acordo com esta publicação, as EPAs são unidades de prática profissional que descrevem as atividades essenciais a serem realizadas por determinado especialista em sua área de competência. No contexto do documento elaborado por essa entidade, que tem como foco os residentes em MFC no Brasil, a EPA 3 traz o atendimento de qualidade para pessoas LBTQIAPN+ como uma das atividades imprescindíveis a serem executadas por médicos de família e comunidade (SBMFC, 2025). Apesar do documento já ter sido publicado, as EPAs ainda não estão em execução. Conforme informações divulgadas pela SBMFC, os próximos passos são a discussão dessa documentação com os supervisores e preceptores dos programas de Residência Médica em MFC, bem como o diálogo com os residentes, visando a breve implementação desta atualização. No entanto, esta publicação mostra-se relevante para a

saúde da população LGBTQIAPN+, uma vez que, na ausência de uma obrigatoriedade estruturada nos currículos formativos de médicos generalistas e médicos de família, a inclusão dessa temática nos programas de formação depende das coordenações de cada curso. Tal situação pode gerar padrões de aprendizagem distintos entre instituições e, conseqüentemente, prejuízos no futuro atendimento a essa população. Torna-se necessário, portanto, acompanhar a implementação das EPAs na prática diária dos médicos residentes, bem como identificar os desafios e barreiras que poderão surgir nesse processo.

O presente trabalho busca estudar as percepções dos médicos que atuam nos serviços de APS em uma cidade do Brasil, quanto aos seus conhecimentos referentes às necessidades de saúde específicas da população LGBTQIAPN+. Para isso, foram estabelecidos 3 objetivos específicos: Identificar as concepções dos profissionais quanto às necessidades de saúde específicas da população LGBTQIAPN+, bem como suas percepções de preparo para lidar com estas demandas; apresentar as experiências de preparo para o atendimento dessa população vivenciadas pelos médicos durante sua trajetória acadêmica e/ou profissional e analisar a percepção dos profissionais sobre os perfis de competência da especialidade de Medicina de Família e Comunidade/formação do médico generalista, no que se refere à saúde dessas pessoas.

Visando uma caracterização mais abrangente do perfil de profissionais que atuam nesses serviços, foram convidados a participar tanto médicos generalistas que compõem uma equipe de ESF, quanto médicos que estão cursando o último ano do programa de Residência Médica em MFC.

Adicionalmente, este trabalho visa identificar as expectativas das pessoas LGBTQIAPN+ quanto aos cuidados de saúde dirigidos a si pelos profissionais médicos no contexto da APS e realizar um paralelo entre o que essa população espera e o que os médicos julgam como importante nesta relação de cuidado.

Para responder às questões, optou-se por realizar uma abordagem metodológica qualitativa, utilizando a entrevista semiestruturada como método para coleta de dados, para os dois grupos de participantes. Para Manzini (1991), esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas. Deste modo, empregar esse instrumento de coleta de dados está alinhado ao que foi proposto e permite responder aos objetivos apresentados.

Considera-se que esta pesquisa se justifica e é importante, pois, através da identificação das potências e fragilidades da formação dos médicos que atuam na APS, parece-nos possível contribuir, juntamente com outras pesquisas, para a reflexão com relação aos

currículos médicos vigentes. De forma análoga, identificar as expectativas das pessoas LGBTQIAPN+ enquanto pacientes pode auxiliar a direcionar o que de fato é importante para essa população em termos de saúde e alinhar isso às futuras propostas de currículo médico.

Este estudo alinha-se aos objetivos do Mestrado em Educação para a Saúde ao propor uma reflexão sobre as práticas médicas formativas e assistenciais dirigidas à população LGBTQIAPN+ no âmbito da APS. Ao tratar das percepções de profissionais médicos e as expectativas de utentes, o estudo contribui para o desenho e avaliação de estratégias de promoção da saúde mais inclusivas, que considerem os determinantes sociais, as desigualdades estruturais e os direitos humanos como pilares de uma educação para a saúde comprometida com a equidade.

O documento da dissertação está estruturado da seguinte maneira: o primeiro capítulo, intitulado “Fundamentos Teóricos sobre Saúde LGBTQIAPN+ e Formação Médica”, apresenta os conceitos e referenciais que nortearam a pesquisa. Segue-se, então, com o segundo capítulo, que tratará desde os pressupostos epistemológicos até os procedimentos metodológicos empregados na condução deste trabalho, bem como das questões éticas. O terceiro capítulo apresentará os resultados desta investigação, tanto com relação a percepções dos médicos participantes quanto aos seus conhecimentos referentes às necessidades de saúde específicas da população LGBTQIAPN+, quanto com relação às expectativas dos utentes sobre os cuidados de saúde recebidos. Por fim, o último capítulo apresentará as apreciações conclusivas, com as reflexões sobre a contribuição desta pesquisa no contexto da saúde LGBTQIAPN+ e formação médica, apresentando também as limitações identificadas durante esse processo e algumas ponderações para o seguimento desta linha de investigação.

2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS SOBRE SAÚDE LGBTQIAPN+ E FORMAÇÃO MÉDICA

Neste primeiro capítulo, a temática principal desta pesquisa será tratada com maior profundidade e apoio teórico. Serão explorados conceitos e abordagens relevantes para a compreensão das vivências da população LGBTQIAPN+, suas demandas específicas em saúde, bem como questões relacionadas à formação médica no que se refere ao cuidado desse grupo. O objetivo é apresentar diferentes perspectivas que articulam a saúde de pessoas LGBTQIAPN+ à qualidade, à abrangência e à sensibilidade da formação médica.

2.1 Interseccionalidade e saúde: compreender os efeitos da articulação de vulnerabilidades

Tratar das questões de saúde específicas da população LGBTQIAPN+ tem vários níveis de complexidade nomeadamente, porque se trata de uma população heterogênea. Neste alinhamento, e, como exposto por Calazans et al. (2021):

A população LGBTQIA+ constitui uma miríade de grupos distintos aglutinados sob o mesmo acrônimo. Do ponto de vista social e das iniquidades em saúde, cada grupo componente dessa população apresenta particularidades que os diferenciam entre si e conferem características específicas, as quais devem ser levadas em conta pelos profissionais de saúde que prestam cuidado a esses indivíduos. Além disso, pessoas e famílias LGBTQIA+ são diversas em termos de cor de pele, raça e etnia, status socioeconômico, estrutura familiar, idade e geração, ocupação e inserção no mercado de trabalho, distribuição espacial, entre diversos outros marcadores sociais de diferenças. (pp. 314-315)

Neste cenário, a interseccionalidade emerge como ferramenta teórica e analítica imprescindível. Derivada das críticas do feminismo negro estadunidense, especialmente das autoras Kimberlé Crenshaw e Patricia Hill Collins, à forma como o feminismo hegemônico e os estudos sobre desigualdade racial ignoravam as experiências de mulheres negras, que não podiam ser compreendidas apenas por um marcador identitário isolado (como gênero ou raça). Essa abordagem propõe uma análise que recusa a hierarquização das opressões, mas que compreende suas articulações (Crenshaw, 2002; Collins, 2019).

Segundo Crenshaw (2002), a interseccionalidade é um conceito que busca compreender as consequências estruturais e dinâmicas da ligação entre mais de um eixo de subordinação. Este termo denota as articulações entre discriminação de gênero, classe, homofobia e racismo (Blackwell & Naber, 2002). Crenshaw (2002) afirma que:

Assim como é verdadeiro o fato de que todas as mulheres estão, de algum modo, sujeitas ao peso da discriminação de gênero, também é verdade que outros fatores relacionados com as suas identidades sociais, tais como classe, casta, raça, cor, etnia, religião, origem nacional e orientação sexual, são diferenças que fazem diferença na forma como vários grupos de mulheres vivenciam a discriminação. Tais elementos diferenciais podem criar problemas e vulnerabilidades exclusivos de subgrupos específicos de mulheres, ou que afetem desproporcionalmente apenas algumas mulheres". (p. 173)

Ainda nesse sentido, Crenshaw (2023) problematiza a tendência dos discursos feministas e antirracistas hegemônicos de tomarem como universais as experiências das mulheres brancas e dos homens negros da classe média. Essa crítica revela como os discursos feministas e antirracistas hegemônicos tendem a invisibilizar as experiências daqueles que vivem na interseção entre múltiplas opressões.

Collins (2019) propõe uma abordagem conceitual da interseccionalidade fundamentada no pragmatismo, destacando que as ideias adquirem significado por meio de seu uso. Nesse sentido, ela identifica três formas principais de mobilização da interseccionalidade: como metáfora, como heurística e como paradigma. Essa perspectiva oferece uma estrutura analítica capaz de abarcar a heterogeneidade das práticas interseccionais. Ao longo de sua reflexão, a autora utiliza essas três ferramentas cognitivas como lentes complementares: a metáfora, que permite compreender o entrelaçamento de estruturas sociais; a heurística, que orienta a investigação empírica e conceitual; e o paradigma, que consolida a interseccionalidade como um campo teórico voltado à explicação das desigualdades sociais.

No âmbito do paradigma da interseccionalidade, destacam-se seis princípios centrais: desigualdade social, poder, contexto social, relacionalidade, complexidade e justiça social (Collins & Bilge, 2020). De acordo com essas autoras, o princípio da desigualdade social parte do reconhecimento de que os sistemas de opressão raramente atuam de forma isolada, exigindo análises que considerem suas múltiplas camadas e interações. Já a noção de poder é ampliada para considerar não apenas intersecções específicas, como o racismo articulado ao sexismo, mas também a atuação de diferentes domínios: estrutural, disciplinar, cultural e interpessoal. O contexto social emerge como elemento imprescindível para a compreensão das relações de poder, uma vez que é nele que essas intersecções ganham forma concreta. A relacionalidade, por sua vez, atravessa toda a lógica interseccional, propondo uma mudança de foco das categorias fixas para as conexões dinâmicas entre elas. O princípio da complexidade reflete os desafios inerentes a esse processo, pois utilizar a interseccionalidade como ferramenta analítica implica lidar com sua natureza multifacetada. Finalmente, a justiça social constitui o eixo normativo e político da interseccionalidade, orientando suas análises e práticas em direção à transformação das desigualdades estruturais, o que reforça seu caráter crítico e comprometido.

Após analisar as definições de interseccionalidade, a afirmação de Lopes (2024) ganha pleno significado ao destacar que "ser negro, ou mulher ou pobre, ou tudo ao mesmo tempo, tem consequências práticas, reais, palpáveis. Não é uma mera metafísica ou jogo de linguagem" (p. 46). Essa perspectiva reforça que as desigualdades não se somam de maneira

abstrata, mas produzem experiências específicas e complexas, frequentemente invisibilizadas quando se analisa apenas um marcador isolado.

Conforme citado, a formulação do conceito de interseccionalidade por Kimberlé Crenshaw foi um marco teórico fundamental para a compreensão das múltiplas e simultâneas formas de opressão, inicialmente voltada para as experiências de mulheres negras e, embora não tenha abordado diretamente a população LGBTQIAPN+, sua contribuição abriu caminho para que outras vozes pensassem como diferentes marcadores sociais se entrelaçam e produzem desigualdades específicas. Isso também se aplica às contribuições fornecidas por Patricia Hill Collins, referidas acima.

Essa base conceitual foi essencial para autoras como Cohen (1997), que propôs uma crítica à política queer tradicional por não considerar as desigualdades internas à própria comunidade. Cohen argumenta que "essa compreensão ampliada da *queeridade* deve ser baseada em uma análise interseccional que reconheça como inúmeros sistemas de opressão interagem para regular e policiar a vida da maioria das pessoas" (p.441). Ao fazer isso, Cohen foi uma das pioneiras em aplicar a interseccionalidade de maneira explícita à realidade de pessoas LGBTQIAPN+, sobretudo negras e pobres, contribuindo de forma decisiva para a ampliação crítica das teorias *queer*.

No contexto brasileiro, Akotirene (2019) traz suporte para essas definições e contribui com a expansão do conhecimento:

O feminismo negro dialoga concomitantemente entre/com as encruzilhadas, digo, avenidas identitárias do racismo, cisheteropatriarcado e capitalismo. O letramento produzido neste campo discursivo precisa ser aprendido por lésbicas, gays, bissexuais e transexuais (LGBT), pessoas deficientes, indígenas, religiosos do candomblé e trabalhadoras. Visto isto, não podemos mais ignorar o padrão global basilar e administrador de todas as opressões contra mulheres, construídas heterogeneamente nestes grupos, vítimas das colisões múltiplas do capacitismo, terrorismo religioso, cisheteropatriarcado e imperialismo. (p.16)

As definições aqui tratadas relacionam-se com o exposto anteriormente por Calazans et al. (2021), permitindo refletir sobre como pessoas LGBTQIAPN+, que já pertencem a uma minoria, podem sofrer opressões simultâneas, a depender da sua classe, raça e outros marcadores sociais. Dessa maneira, um homem cisgênero gay branco e de classe média não sofre as mesmas discriminações, violências e repressões que um homem cisgênero gay negro de classe socioeconômica baixa.

No campo da saúde pública, a interseccionalidade tem se consolidado como uma ferramenta fundamental para a análise de iniquidades em saúde e a relação entre eixos de marginalização e piores desfechos de saúde já está descrita na literatura. Por exemplo, Veenstra (2011), demonstrou que resultados de saúde autoavaliados como ruins foram mais

relatados por entrevistados de classes socioeconômicas mais baixas, bissexuais e que declararam afiliações com minorias étnicas. No entanto, cada eixo de desigualdade interagiu significativamente com pelo menos um outro.

De maneira complementar, Collins (2019) ilustra de forma contundente a importância de uma abordagem interseccional ao analisar como crises sociais e sanitárias afetam desigualmente diferentes grupos populacionais. No contexto da pandemia de COVID-19, por exemplo, a autora afirma que, embora o vírus possa atingir qualquer pessoa, suas consequências foram mais letais para aqueles historicamente marginalizados. No Brasil, o primeiro infectado pelo vírus, em 2020, foi um empresário que viajou para a Itália; entretanto, os primeiros mortos pela doença foram pessoas de classe trabalhadora expostas a riscos devido às condições precárias de trabalho e moradia - como a empregada doméstica que contraiu o vírus de seu patrão recém-chegado da Itália. Outra exemplificação relatada pela autora refere-se a como o feminicídio no Brasil afeta de forma desproporcional as mulheres negras: entre 2006 e 2016, enquanto a taxa de homicídios de mulheres não negras caiu 8%, a de mulheres negras subiu 15%.

Os exemplos referidos evidenciam que os impactos da violência, da doença e das políticas públicas não são uniformemente distribuídos, e apenas uma lente interseccional permite compreender como fatores como raça, classe e gênero interagem, produzindo vulnerabilidades específicas (Collins, 2019). Portanto, para fornecer cuidados de saúde adequados a essas pessoas, parece-nos essencial ter conhecimento dessa pluralidade e das especificidades de cada indivíduo. Conforme referido por Amorim (2019): “Negar ou ignorar as diferenças entre eles acaba por tornar invisível alguns grupos e suas necessidades em detrimento de outros”. (pp. 1684-1685).

No contexto deste trabalho, mobilizaremos a interseccionalidade como uma lente analítica para compreender como experiências de gênero, sexualidade, raça e classe se articulam na vivência dos atendimentos de pessoas LGBTQIAPN+ na APS. Essa abordagem será incorporada de forma longitudinal, orientando tanto a interpretação dos dados quanto a construção teórica desenvolvida ao longo da dissertação. Ao permitir uma leitura crítica e contextualizada dos fenômenos estudados, esperamos que a interseccionalidade nos permita identificar com maior precisão as dinâmicas de exclusão e de cuidado presentes nos serviços de saúde. Buscaremos tratar dessas questões a partir da perspectiva das próprias pessoas LGBTQIAPN+, valorizando as suas narrativas sobre acesso, acolhimento e experiências com os serviços, visando identificar se, na percepção dessas pessoas, esses marcadores sociais influenciam em suas vivências no âmbito da saúde. Além disso, procuraremos

compreender se e como os médicos da APS reconhecem essas articulações de opressões em suas práticas clínicas. Isto é, se consideram fatores como racismo, desigualdades de gênero e vulnerabilidades sociais ao elaborar diagnósticos, planos terapêuticos e estratégias de prevenção.

Compreender essas sobreposições de opressões é fundamental para reconhecer que a saúde da população LGBTQIAPN+ não pode ser reduzida à perspectiva biomédica. Trata-se de um exercício analítico que evidencia como a cisheteronormatividade estrutura práticas institucionais e impacta diretamente o cuidado, questão aprofundada na seção seguinte.

2.2 Estigma, exclusão e saúde: compreendendo o estresse de minorias na vivência LGBTQIAPN+

Além da contribuição da interseccionalidade na análise da saúde da população LGBTQIAPN+, é necessário considerar o impacto do estigma e da exclusão social, que produzem experiências singulares de estresse de minorias. Para Goffman (1963), o estigma emerge de processos sociais de categorização, nos quais certos atributos são definidos como normais ou desejáveis, enquanto outros são marcados como desviantes. Segundo esse autor, a sociedade estabelece os meios de classificar as pessoas e os atributos considerados comuns ou naturais para cada categoria, produzindo expectativas sobre quem pertence ou não a determinados ambientes sociais. Essa rotulação resulta em hierarquias simbólicas que afetam profundamente a vida de indivíduos estigmatizados, limitando suas oportunidades de participação plena na sociedade.

De maneira complementar, Link e Phelan (2001), ampliaram a compreensão de Goffman ao destacar que o estigma não é apenas uma marca individual, mas um processo social que envolve rotulação, estereotipagem, separação, perda de status e discriminação em contextos nos quais relações de poder são determinantes. Essa perspectiva ajuda a entender que o estigma não se limita a atitudes interpessoais, mas se expressa em estruturas institucionais que moldam o acesso a recursos, incluindo o cuidado em saúde.

Essas compreensões de estigma foram fundamentais para o desenvolvimento de modelos teóricos que buscam explicar os efeitos da discriminação na saúde, como o modelo de estresse de minorias, que descreve o excesso de estresse vivido por pessoas pertencentes a grupos socialmente estigmatizados, resultante de discriminação, violência e marginalização. A partir do estudo dessa teoria, da literatura sobre estresse e da investigação sobre a saúde de lésbicas, gays e bissexuais, foi feita uma articulação do modelo de estresse minoritário para essa população (Meyer, 2003). Nesse contexto, o estresse de minorias é

baseado na premissa de que o preconceito e o estigma direcionado às pessoas LGBT gera estressores únicos e que estes estão associados a resultados adversos à saúde, incluindo transtornos mentais e físicos (Meyer & Frost, 2013).

Meyer (2003) distingue os estressores em dois tipos: distais e proximais. Os distais correspondem a eventos e condições objetivos, como discriminação, violência, rejeição social e exclusão institucional. Por outro lado, os proximais são, por definição, subjetivos, porque dependem de percepções e avaliações individuais, como a expectativa de rejeição, vigilância constante, internalização da homofobia/transfobia e necessidade de ocultamento da identidade. Essa diferenciação contribui para compreender como fatores externos e internos impactam a saúde mental de pessoas LGBTQIAPN+ de forma complexa e persistente.

Parece-nos necessário, também, discutir sobre a articulação entre a teoria do estresse de minorias e a perspectiva interseccional, para que se possa compreender de maneira mais complexa os impactos do estigma na saúde de pessoas LGBTQIAPN+. Enquanto o modelo de estresse de minorias foi originalmente formulado com foco em identidades específicas (como orientação sexual ou identidade de gênero), a abordagem interseccional, conforme já descrito, destaca que essas experiências de opressão não ocorrem de forma isolada. Ao contrário de conceber o estresse relacionado ao estigma como a simples soma de múltiplas identidades minorizadas, por exemplo, somar o estresse racial ao estresse por orientação sexual, a perspectiva interseccional propõe que diferentes formas de estigma operam de forma multiplicativa. Isso significa que os efeitos de um tipo de estresse minoritário dependem e se transformam em função de outros tipos de estresse vividos simultaneamente (Bowleg, 2008). Assim, pessoas negras, indígenas, periféricas ou com deficiência que também pertencem à população LGBTQIAPN+ podem enfrentar formas singulares de sofrimento, que não são plenamente compreendidas quando se analisam as opressões de forma fragmentada. Reconhecer essa complexidade parece-nos fundamental para o desenvolvimento de práticas de cuidado mais justas, sensíveis e eficazes.

Para ilustrar as possíveis consequências do estresse de minorias na saúde mental, estudos indicam que o risco de depressão e de transtornos de ansiedade (tanto no período de 12 meses quanto ao longo da vida) é pelo menos 1,5 vezes maior em lésbicas, gays e bissexuais, em comparação a indivíduos heterossexuais (RR = 1,54–2,58) (King et al., 2008). De forma semelhante, pessoas transgênero apresentam prevalência significativamente mais elevada de transtornos de saúde mental quando comparadas a pessoas cisgênero (Pinna et al., 2022).

Além dos impactos psicológicos, o estresse de minorias também afeta a saúde física de pessoas LGBTQIAPN+, como aponta uma revisão sistemática publicada em 2020. No sistema cardiovascular verificaram-se mudanças na pressão arterial e frequência cardíaca relacionadas ao estigma crônico. Em relação aos desfechos metabólicos, parte das análises apontou associação entre estresse de minorias e aumento do índice de massa corporal (IMC). Já entre os marcadores hormonais, especialmente o cortisol, 39% das análises encontraram alterações ligadas à exposição ao estresse, sugerindo disfunções no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Esses achados indicam que o impacto do estigma também se manifesta em processos fisiológicos, ampliando os riscos à saúde dessa população (Flentje et al., 2020).

Dessa maneira, a compreensão do estresse de minorias articulada à perspectiva interseccional constitui um referencial central para este estudo, pois consideramos que nos permite uma interpretação mais ampla e profunda dos relatos dos participantes. Essa abordagem evidencia que o adoecimento da população LGBTQIAPN+ não decorre apenas de fatores individuais, mas de estruturas sociais e institucionais que produzem estigmas e múltiplas formas de vulnerabilidade. Essa articulação teórica também suscita uma reflexão importante: até que ponto os profissionais de saúde reconhecem essas dinâmicas em sua prática cotidiana, ou consideram conceitos como interseccionalidade e estresse de minorias em seu raciocínio clínico?

Além disso, esse aporte teórico será mobilizado para nos deixar mais atentos aos discursos dos utentes, de modo a identificar se eles percebem estar sujeitos a esse estresse adicional - isto é, se reconhecem que suas experiências de estigma e exclusão (caso presentes) impactam diretamente sua saúde física e mental e moldam a forma como vivenciam o atendimento na APS.

Como destacam Gomes e Tesser Júnior (2022), o primeiro contato dessa população com o sistema de saúde ocorre, em geral, por meio da APS. Parece-nos, portanto, imprescindível que esses serviços estejam preparados para identificar precocemente manifestações de sofrimento psíquico relacionadas ao estigma e à discriminação, evitando que barreiras institucionais agravem vulnerabilidades já existentes. Por outro lado, nos questionamos: os profissionais que atuam na APS conhecem o impacto do estresse de minorias na saúde da população LGBTQIAPN+? Sentem-se aptos para reconhecer e lidar com essas demandas? Essa reflexão, portanto, orienta nossa investigação empírica e nos conduz à discussão dos desafios partilhados pela população LGBTQIAPN+ no âmbito dos cuidados em saúde, tema do tópico a seguir.

2.3 Cuidados em saúde: Desafios partilhados pela população LGBTQIAPN+

Neste ponto pretende-se discutir as necessidades de saúde que atravessam toda a população LGBTQIAPN+, reconhecendo que, embora existam especificidades entre os diferentes grupos, há desafios comuns que impactam a saúde de forma ampla. Esses desafios estão relacionados sobretudo com os efeitos da cisheteronormatividade nas práticas de cuidado, com as barreiras no acesso aos serviços, ao estigma e com a discriminação institucional. Finalmente, e de forma mais abrangente, também decorrem do sofrimento gerado por violências estruturais e interpessoais.

A discussão teórica que se segue busca evidenciar como essas dinâmicas têm sido estudadas, procurando demonstrar como produzem desigualdades em saúde e afetam a efetivação do cuidado integral, sem adentrar nas necessidades particulares de cada grupo, que serão tratadas em outra seção da dissertação.

2.3.1 A cisheteronormatividade como barreira estrutural no cuidado em saúde

A cisheteronormatividade é um regime normativo que estabelece a cisgeneridade (isto é, a identidade de gênero que corresponde ao sexo atribuído no nascimento) e a heterossexualidade como padrões naturais, universais e desejáveis de existência. Embora o termo combine os conceitos de heteronormatividade e cisnormatividade, suas raízes teóricas remontam a autoras como Rich (1980), que conceituou a “heterossexualidade compulsória” como um sistema político que obriga as mulheres à subordinação sexual e afetiva aos homens, e Butler (2018) que problematizou essa matriz heterossexual imposta e argumentou que tanto o sexo quanto o gênero são construções performativas e reiteradas por normas sociais reguladoras.

No Brasil, o conceito de cisheteronormatividade foi aprofundado por autoras como Bento (2008), que denuncia a patologização e o controle institucional sobre corpos dissidentes e por Louro (2004), que discute como normas de gênero e sexualidade são incorporadas nos processos educativos e nas práticas sociais cotidianas.

Essa normatividade não opera apenas nos discursos ou nas representações culturais, mas estrutura políticas públicas, protocolos clínicos e o cotidiano dos serviços de saúde. Como demonstram Barbosa & Facchini (2009), em estudo com mulheres lésbicas em São Paulo, o temor da discriminação pode levar ao silenciamento da orientação sexual nas consultas, o que compromete a qualidade da atenção:

A decisão sobre falar ou não para o médico acerca da homossexualidade implica uma avaliação prévia quanto ao risco de passar por algum tipo de discriminação. Em alguns casos, a decisão em contar ao

ginecologista sobre a homossexualidade não resultou numa melhora em relação aos cuidados, pelo contrário, foram observadas, inclusive, mudanças negativas na atitude do profissional. (p.6)

Parece-nos, portanto, que a cisheteronormatividade opera de forma institucional, pois a simples possibilidade de exposição identitária desencadeia estratégias de silêncio, que não protegem, mas reforçam a invisibilidade e reduzem a qualidade do cuidado. Dessa maneira, esta discussão permite-nos problematizar como as relações de poder que sustentam a cisheteronormatividade interferem na organização do cuidado em saúde e se reproduzem no interior da APS. Assim, uma questão que orienta a análise empírica é: de que forma a cisheteronormatividade se manifesta nos relatos de utentes LGBTQIAPN+ e de médicos da APS, influenciando as suas percepções e práticas de cuidado?

A lógica de que “ser cis e heterossexual é o normal” atravessa práticas clínicas, protocolos, sistemas informatizados e formações profissionais. Outro exemplo contundente disso se dá na própria estrutura dos sistemas de informação do SUS, que muitas vezes não reconhecem a diversidade de corpos e identidades:

Uma queixa recorrente foi que os sistemas de informação em saúde não se adaptaram para a existência das pessoas trans, travestis ou não-binárias, embora a demanda não seja recente. Um exemplo que emergiu do campo foi referente à dificuldade de realização de exames ginecológicos como o Papanicolau em homens trans e o exame de próstata em mulheres trans, pois o sistema não permite (Miskolci et al., 2022, p. 14)

As limitações contribuem para um cenário de insegurança, que compromete a construção de vínculos confiáveis na Atenção Primária. Este capítulo, assim, prepara o terreno para que, na análise empírica, possamos observar de que forma essas dinâmicas se materializam nos encontros clínicos e quais estratégias são (ou não) utilizadas para superá-las.

2.3.2 Estigma e discriminação institucional nos serviços de saúde

Entre os fatores comuns que atravessam as vivências em saúde da população LGBTQIAPN+ está a presença do estigma, da discriminação e da exclusão institucional nos serviços de saúde. A estrutura normativa do SUS, também pautada por padrões cisheteronormativos, contribui para a invisibilização das demandas dessas pessoas e para a reprodução de práticas excludentes no cotidiano do cuidado (Ferreira & Bonan, 2021).

Essas práticas se manifestam de forma concreta, refletindo-se no despreparo técnico e ético das equipes, na ausência de protocolos específicos e na fragilidade de políticas institucionais voltadas à equidade (Reis & Carvalho, 2023). Uma revisão integrativa conduzida por Ferreira e Bonan (2020) identificou que:

A inadequação do acolhimento foi evidenciada em situações diversas como: o não reconhecimento do nome social no prontuário e nas comunicações nos balcões, nas salas de espera e nos consultórios, relatado por travestis brasileiras; a dispensação rotineira de preservativos masculinos às mulheres lésbicas, sem considerar suas práticas sexuais; a confusão entre a transexualidade e a homossexualidade; a exposição de adolescentes LGBTT a situações vexatórias ou a quebra de privacidade diante dos pais ou responsáveis. (p. 6)

O estigma institucional também se manifesta nos discursos de profissionais, que frequentemente reproduzem concepções moralizantes e reducionistas sobre a saúde de pessoas LGBTQIAPN+. Em estudo qualitativo realizado em 32 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de duas regiões brasileiras (Centro-Oeste e Nordeste), foram identificados conteúdos estigmatizantes nos relatos de médicos(as) e enfermeiros(as), revelando a persistência de uma associação quase exclusiva entre a população LGBTQIAPN+ e infecções sexualmente transmissíveis (IST), especialmente o HIV/AIDS (Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). Essa perspectiva esteve presente de forma unânime nos discursos profissionais, como exemplifica o seguinte trecho: "DST logo de cara [...]. Os agravos que mais acometem esta população [...]. É muito com relação à questão de saúde sexual e reprodutiva [...] eu não vejo outras não [...]" (Guimarães et al., 2021, p. 9).

Além da patologização, o estudo também evidenciou como o processo estigmatizador atribui comportamentos considerados de baixo valor moral aos sujeitos LGBTQIAPN+, especialmente no que se refere à sexualidade, como relatado por uma profissional de saúde: "[...] eles são muito descuidados, não usam preservativo, têm mais de um parceiro né, e nem é porque são profissionais do sexo não [...]" (Guimarães et al., 2021, p. 13). Tais afirmações revelam como o preconceito pode estar naturalizado nas práticas clínicas, impactando diretamente na qualidade do cuidado oferecido, no vínculo terapêutico e no acesso contínuo aos serviços de saúde. Ao reduzir a diversidade de vivências LGBTQIAPN+ à dimensão da sexualidade e à lógica do risco, esses discursos contribuem para a reprodução da marginalização e da exclusão no interior dos serviços de APS.

Esses relatos sugerem que o estigma e a discriminação não são episódios isolados, mas expressões de uma estrutura histórica que patologiza ou ignora corpos e identidades dissidentes. Essa reflexão nos leva a questionar: qual é o impacto da naturalização dessas práticas no interior dos serviços de APS? Há influência no acesso ou na qualidade do cuidado prestado? Isso dificulta a construção de vínculos terapêuticos e afasta usuários LGBTQIAPN+ do acompanhamento contínuo e integral em saúde? Além disso, surge a questão sobre o que é necessário para superar esse cenário de estigma e discriminação institucional. Seriam as políticas públicas inclusivas suficientes? Pelos discursos referidos

no trabalho de Guimarães et al. (2021), parece-nos que, além das políticas, a transformação efetiva das práticas profissionais e da cultura institucional dos serviços são pontos que merecem atenção, visando que a equidade, o respeito à diversidade e a escuta qualificada se tornem princípios concretos da atenção à saúde. Ademais, a superação dessas barreiras depende também do enfrentamento dos preconceitos pessoais dos profissionais, o que adiciona complexidade ao processo.

Dessa maneira, mobilizamos esse arcabouço teórico para tentar compreender como o estigma e a discriminação institucional nos serviços de saúde afetam a experiência de cuidado de pessoas LGBTQIAPN+. Este enquadramento oferece um prisma para a análise dos dados empíricos, possibilitando identificar como as percepções de utentes e profissionais refletem - ou resistem - a essas estruturas de exclusão e como isto atravessa o acesso, o acolhimento e a continuidade do cuidado. Esses mesmos processos de estigmatização e discriminação estão intimamente ligados às barreiras que marcam o percurso de pessoas LGBTQIAPN+ nos serviços de saúde, influenciando não apenas a possibilidade de acesso, mas também a decisão de revelar (ou ocultar) a identidade sexual e/ou de gênero. É sobre essas barreiras e seus impactos que se debruça a próxima seção.

2.3.3 Barreiras no acesso à saúde e revelação da identidade sexual e de gênero

O acesso da população LGBTQIAPN+ às redes de cuidado é atravessado por múltiplas barreiras simbólicas, estruturais e relacionais, que vão além da mera presença física de serviços. A expectativa de sofrer discriminação, aliada a experiências anteriores de exclusão, produz um ambiente de insegurança e autocensura, em que a revelação da identidade de gênero ou orientação sexual se torna uma decisão estratégica, e muitas vezes evitada.

Revisão sistemática conduzida por Ayhan et al. (2019) evidenciou que indivíduos de minorias sexuais e de gênero evitam relatar sua identidade por medo da estigmatização, do rompimento da confidencialidade e de encaminhamentos inadequados, como para atendimento em saúde mental. Esse receio tem implicações práticas significativas. A mesma revisão revelou que as experiências negativas em serviços de saúde levaram indivíduos LGBTQIAPN+ a adiar ou evitar o cuidado, com estratégias frequentes de postergamento especialmente entre pessoas transgênero. Homens gays relataram experiências mais negativas, especialmente relacionadas ao estigma do HIV, enquanto mulheres lésbicas relataram melhor acolhimento quando não revelavam sua orientação sexual.

Em estudo conduzido por Caetano et al. (2023), 69,2% das pessoas LGBTQIA+ participantes afirmaram que utilizaram uma UBS nos 12 meses anteriores à pesquisa e que

a ausência de experiências discriminatórias aumentou em 28% a probabilidade de nova utilização desses serviços.

De acordo com Albuquerque et al. (2016), a ausência de formação adequada dos profissionais de saúde constitui uma barreira central para o acesso e a qualidade do cuidado oferecido à população LGBTQIAPN+. Segundo os autores, a educação em saúde permanece ancorada em valores heteronormativos, o que repercute diretamente na exclusão dessa população e na produção de violências institucionais. Essa lacuna formativa, identificada na investigação, resulta em profissionais despreparados para o cuidado integral e sensível às diversidades.

A literatura mostra que as barreiras se aprofundam no caso das pessoas trans e travestis, cuja realidade evidencia a distância entre suas necessidades e a oferta institucional. Segundo o Censo Trans, 96,8% das entrevistadas já fizeram uso de hormônios, mas a maioria o fez por conta própria, sem acompanhamento médico, e com informações obtidas em redes informais. Apenas 4,6% tiveram acesso ao processo transexualizador em serviços especializados, e 84,7% afirmaram não contar com esse tipo de acompanhamento (RedeTrans, 2022).

Sob a perspectiva quantitativa, estudo nacional de Crenitte et al. (2023) evidenciou que pessoas LGBTQIAPN+ apresentaram piores indicadores de acesso à APS: escores menores no Instrumento de Avaliação da Atenção Primária e maior presença no pior quintil de acesso. Esse mesmo estudo revelou desigualdades marcantes na realização de exames de rastreamento. Apenas 40% das mulheres cis lésbicas relataram já ter feito mamografia, frente a 74% das mulheres cis heterossexuais ($p < 0,001$). Quanto ao câncer do colo do útero e colorretal, as taxas também foram inferiores: 39% e 50% entre pessoas LGBTQIAPN+ versus 73% e 57% entre não-LGBT+ ($p < 0,001$). Com relação ao rastreamento do câncer de colo de útero, tal cenário pode estar relacionado tanto a experiências de discriminação nos serviços quanto à percepção equivocada de que não estão em risco para doenças ginecológicas (Facchini & Barbosa, 2006).

A literatura mostra, assim, que o medo da discriminação, o despreparo institucional e a ausência de políticas efetivas de inclusão limitam o acesso real dessa população aos serviços. Embora pessoas LGBTQIAPN+ possam chegar às unidades de saúde, a qualidade e a integralidade do cuidado podem ser profundamente afetadas pelo estigma e pelo receio de discriminação. Nesse contexto, a decisão de revelar ou não a identidade sexual ou de gênero constitui uma estratégia de proteção diante das incertezas do encontro clínico, influenciando o vínculo, a comunicação e a continuidade do cuidado. Essa dimensão foi contemplada no

guião de entrevistas de utentes e médicos, ao indagar, entre outros pontos, sobre a menção à orientação sexual ou identidade de gênero durante atendimentos e sobre como os profissionais abordam a sexualidade em consultas. A inclusão dessas questões permite tratar das vivências e percepções de ambos os grupos sobre o acesso efetivo, oferecendo um prisma para compreender estratégias de interação, silêncios e desafios que atravessam o cuidado dessa população.

No entanto, tais barreiras não se limitam a obstáculos de acesso ou a constrangimentos comunicacionais: muitas vezes, manifestam-se em formas mais explícitas e nocivas de exclusão, que configuram verdadeiros episódios de violência, seja na dimensão estrutural, seja nas interações interpessoais. É precisamente sobre essas expressões de violência contra pessoas LGBTQIAPN+ que se concentra o tópico seguinte.

2.3.4 Violência estrutural e interpessoal contra pessoas LGBTQIAPN+

A violência constitui um eixo central na análise das vulnerabilidades vivenciadas pela população LGBTQIAPN+, expressando-se tanto em suas formas interpessoais quanto estruturais. Essas violências se manifestam de maneira multifacetada e contínua, afetando os corpos e subjetividades dissidentes em múltiplos espaços, da família às instituições públicas, da rua aos serviços de saúde.

Dados recentes do Painel de Dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (Brasil, 2025) indicam que, apenas entre janeiro e junho de 2025, foram registradas 3.476 denúncias, totalizando 20.106 violações³ contra pessoas LGBTQIAPN+. Com relação ao perfil da vítima, os homens gays aparecem como o grupo mais vitimado, seguidos por pessoas bissexuais e mulheres lésbicas. Porém, se somados os grupos de pessoas trans e travestis, estes ocupam o segundo lugar entre os mais vitimados.

Com relação ao cenário de ocorrência das violências, esse mesmo painel mostra que a casa da vítima (1.325 denúncias) e a residência compartilhada com o agressor (613 denúncias) são os principais locais de ocorrência, seguidos por ambientes virtuais (328 denúncias), casa do suspeito, instituições de ensino e local de trabalho da vítima. Há também registro de 69 denúncias de violência ocorridas em estabelecimentos de saúde. Isso reforça a urgência de uma atuação intersetorial e qualificada da APS, uma vez que tais espaços deveriam funcionar como locais de acolhimento, mas também podem ser reprodutores de exclusões.

³ Nesta publicação, violação é qualquer fato que atente ou viole os direitos humanos de uma vítima.

Essa publicação ainda evidencia que a maioria das denúncias de violência contra pessoas LGBTQIAPN+ envolve agressores que mantêm vínculos diretos com as vítimas, com atenção para o elevado número de denúncias envolvendo vizinhos (341), mães (334), irmãos (162) e pais (137) das vítimas. Esses dados demonstram que a violência LGBTfóbica frequentemente ocorre em contextos familiares e comunitários próximos, ou seja, em espaços que, teoricamente, também deveriam ser de proteção, acolhimento e afeto.

Embora em números absolutos as mulheres lésbicas apresentem menos denúncias, a intensidade das violações é alarmante: segundo Firmino e Matias (2024), 52,7% das violências registradas contra esse grupo são físicas, seguidas por violência psicológica/moral (25,5%) e sexual (14,8%). Comparadas às mulheres heterossexuais, lésbicas estão mais expostas a violências em espaços públicos — como bares e vias urbanas — o que evidencia um padrão de exposição vinculado à visibilidade de sua orientação sexual.

A realidade das pessoas trans e travestis é também marcada por violências. Segundo o Censo Trans, 74,1% destas pessoas relataram maus-tratos em serviços de saúde, 85,1% sofreram violência verbal, 77,8% violência física, e 72,1% violência sexual. Além disso, 71,7% enfrentaram exclusão familiar, 78,7% sentiram-se discriminadas na busca por trabalho, e mais de dois terços foram expulsas de escolas, espaços públicos e empregos formais. Também são recorrentes as situações de exploração no trabalho sexual (66,9%) e agressões por agentes do Estado, como a polícia (68,7%) (RedeTrans, 2022). Esses dados escancaram a presença de uma estrutura social e institucional excludente, que perpetua a marginalização e dificulta o acesso a direitos fundamentais, inclusive à saúde.

No Brasil, os dados do Atlas da Violência indicam um aumento expressivo nos registros: entre 2022 e 2023, houve um crescimento de 35% nos casos de violência contra homossexuais e bissexuais e de 43% contra pessoas trans e travestis. Embora mulheres trans permaneçam como as principais vítimas em termos absolutos, o aumento foi particularmente acentuado entre homens trans, evidenciando novas expressões da LGBTfobia, especialmente contra identidades de gênero ainda pouco reconhecidas socialmente (Cerqueira et al., 2025).

Por fim, é fundamental destacar que a maior parte das vítimas LGBTQIAPN+ identificadas em estudos e bancos de dados oficiais é composta por pessoas negras. Em 2024, segundo o Dossiê da Associação Nacional de Travestis e Transsexuais foram assassinadas 122 pessoas trans e travestis, com base nos parâmetros que consideram apenas crimes violentos letais intencionais. Dentre os 86 casos em que foi possível identificar a raça/cor das vítimas, pelo menos 67 (78%) eram pessoas trans negras (pretas e pardas) (Benevides, 2025).

Isso revela a interseccionalidade entre racismo e LGBTfobia na produção de vulnerabilidades, reforçando que as violências não se distribuem de forma homogênea, mas incidem com maior severidade sobre os corpos já marcados por outras opressões. Assim, a violência contra essa população no Brasil não pode ser compreendida como um fenômeno isolado ou episódico, mas sim como um processo estrutural e sistemático, sustentado por normas cisheteronormativas e racistas que se manifestam no cotidiano e nas instituições.

É também necessário tratar de uma das formas mais extremas de violência a que a população LGBTQIAPN+ está exposta, o chamado “estupro corretivo”, expressão brutal da heteronormatividade compulsória, que busca punir e “corrigir” o desejo homoafetivo por meio de violência sexual (Vieira & Borret, 2021). Homens trans e mulheres cis lésbicas são alvos frequentes dessa prática (Lima & Hercowitz, 2021).

Parece-nos, portanto, essencial que os profissionais de saúde compreendam o cenário de violências enfrentado por pessoas LGBTQIAPN+. O entendimento das múltiplas vulnerabilidades que atravessam a vida desses indivíduos favorece uma escuta qualificada, a identificação precoce de agravos e a construção de planos terapêuticos sensíveis às necessidades específicas. Por exemplo, o rastreamento de situações de violência permite detectar riscos ocultos e acionar redes de proteção (Junior et al., 2021; Neto et al., 2021).

Cabe-nos, então, levantar questionamentos centrais: os médicos da APS estão cientes do contexto de violência que atravessa a vida de pessoas LGBTQIAPN+? Costumam abordar essas questões nas consultas? Sentem-se preparados para lidar com essas demandas de forma sensível e segura?

Considerando que os serviços de saúde podem tanto reproduzir quanto mitigar violências estruturais, é igualmente importante refletir: a prática dos profissionais atua como instrumento de proteção, fortalecendo o cuidado integral e reduzindo a violência institucional, ou acaba reforçando esses padrões? Essa perspectiva orienta nossa investigação, permitindo analisar de que forma as experiências de violência impactam a percepção de utentes LGBTQIAPN+ e avaliar até que ponto a abordagem dessa temática está integrada na prática clínica dos profissionais da APS.

Essa análise conduz, inevitavelmente, a outros domínios em que a cisheteronormatividade e o estigma se manifestam de forma estruturante, como no exercício da parentalidade e no acesso aos direitos sexuais e reprodutivos. É sobre esses aspectos, e suas implicações no cuidado em saúde, que se debruça o próximo tópico.

2.3.5 Obstáculos à efetivação da parentalidade e dos direitos sexuais e reprodutivos

Os direitos sexuais e reprodutivos foram reconhecidos internacionalmente na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, organizada pela Organização das Nações Unidas (ONU). No Programa de Ação do Cairo, os Estados participantes reafirmaram que esses direitos são parte dos direitos humanos universais, envolvendo: o direito de decidir livremente sobre reprodução e sexualidade; o acesso a serviços de saúde reprodutiva de qualidade e a igualdade de gênero e o combate à discriminação (ONU, 1995). Dessa maneira, os direitos sexuais e reprodutivos são parte indissociável dos direitos humanos universais, pois dizem respeito à autonomia corporal, ao livre exercício da sexualidade e à possibilidade de decidir, de forma informada e segura, se, quando e como ter filhos.

No contexto de pessoas LGBTQIAPN+ a adoção é um dos meios de concretizar a parentalidade e é importante destacar que a legislação brasileira (Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente) não estabelece restrições quanto à orientação sexual ou identidade de gênero do adotante, assegurando o direito à parentalidade a todas as pessoas, desde que preencham os critérios legais estabelecidos (Brasil, 1990).

Tanto para a adoção quanto para a reprodução, no caso da população LGBTQIAPN+, a realização desses direitos esbarra frequentemente em questões estruturais, preconceitos institucionais e práticas normativas que ignoram a diversidade de experiências, identidades e desejos.

Alinhado a CIPD, o Protocolo da Atenção Básica à Saúde das Mulheres afirma que lésbicas e bissexuais devem ter garantido o direito ao planejamento da vida sexual e reprodutiva, incluindo o acesso às tecnologias de reprodução assistida, ao aborto legal e à assistência humanizada durante a gestação, o parto e o puerpério. O desejo de gestar ou de exercer a maternidade não pode ser negligenciado pelos serviços de saúde, sendo dever do SUS garantir o acesso à inseminação artificial e à fertilização in vitro, independentemente do diagnóstico de infertilidade (Brasil, 2016).

Os homens cis gays e bissexuais também devem ter seus direitos assegurados, incluindo o acesso à parentalidade, podendo buscar os serviços de saúde para serem orientados sobre esses aspectos. No Brasil, essa população possui os mesmos direitos legais para adoção que os homens heterossexuais, sendo possível o registro de ambos os pais na documentação da criança. Além disso, é permitida a utilização de técnicas de reprodução assistida, como a

gestação por substituição, para homens cis gays solteiros ou em relações homoafetivas (Júnior et al., 2021).

O exercício da parentalidade entre pessoas transfemininas pode ocorrer por reprodução natural, por inseminação ou por adoção (Cisca et al., 2021). Ainda assim, esse direito é frequentemente negligenciado nos serviços de saúde. Pesquisas demonstram que quase metade das mulheres trans desejam ter filhos biológicos e mais de um terço consideraria preservar a fertilidade, caso essa alternativa lhes fosse apresentada de maneira adequada (Tornello & Bos, 2017).

Homens trans podem desejar engravidar e pessoas trans não binárias podem ter desejos diversos a respeito de ter filhos, sendo importante que os profissionais não pressuponham uma única possibilidade ou padrão de experiência (Battaglia et al., 2021). Contudo, pensar a saúde reprodutiva da população trans ainda está longe de ser realidade concreta no Brasil. Mesmo com avanços normativos em relação aos direitos LGBTQIAPN+, pessoas transmasculinas enfrentam barreiras significativas para a realização de seus projetos reprodutivos. Tais obstáculos incluem lacunas legislativas, ausência de políticas públicas específicas, práticas clínicas desatualizadas e escassez de informação acessível sobre seus direitos (Angonese & Lago, 2017; Nascimento, 2023). Muitas vezes, o desejo de gestar ou de exercer a paternidade biológica é deslegitimado pelos próprios serviços de saúde, que operam sob uma lógica cisnormativa que associa automaticamente a gestação à identidade feminina.

Assim, ao tratarmos das necessidades de saúde da população LGBTQIAPN+, é crucial compreender como essas barreiras impactam o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos. Considerando que a APS constitui a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, presume-se que deva desempenhar papel ativo na promoção da autonomia reprodutiva e na construção de projetos parentais diversos. No entanto, será que isso se concretiza na prática? As percepções dos participantes tornam-se, portanto, fundamentais para identificar possíveis lacunas e orientar estratégias para práticas clínicas mais inclusivas. De forma complementar, analisar as percepções dos médicos sobre essas demandas permite avaliar se se sentem aptos a orientar e manejar questões relacionadas à parentalidade e aos direitos sexuais e reprodutivos. Garantir esses direitos no âmbito do SUS não é apenas uma questão de justiça social, mas também um imperativo ético e legal, baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Por fim, é importante lembrar que as necessidades de saúde discutidas até aqui não se apresentam de maneira homogênea, mas são atravessadas por múltiplas camadas de

vulnerabilidade e opressão que configuram realidades distintas dentro da população LGBTQIAPN+. A interseccionalidade permanece como eixo fundamental para a compreensão dessas demandas, pois permite reconhecer como marcadores sociais moldam experiências diversas de acesso, cuidado e enfrentamento das desigualdades em saúde. A seguir, será proposta uma análise segmentada das especificidades dos grupos que compõem a população LGBTQIAPN+, considerando outras necessidades de saúde.

2.4 Diversidade de vivências e de necessidades em saúde na população LGBTQIAPN+

Como referido anteriormente, a população LGBTQIAPN+ é marcada por uma profunda diversidade de experiências, identidades e necessidades em saúde, que não podem ser compreendidas de forma homogênea. Cada grupo dentro da sigla vivencia riscos, vulnerabilidades e possui questões específicas de saúde. Compreender essas particularidades é, portanto, essencial para analisar de que modo a APS pode responder de forma equitativa às demandas dessa população, evitando abordagens genéricas que invisibilizam realidades distintas.

Os aspectos teóricos a serem discutidos nesse tópico são mobilizados no sentido de responder a algumas questões: as necessidades de saúde identificadas na literatura estão de fato alinhadas com as percepções dos utentes? Os médicos reconhecem essas demandas? Conhecem as recomendações e protocolos clínicos pertinentes para o cuidado dessa população?

A apresentação dessas especificidades neste trabalho não apenas contextualiza a análise, mas também oferece subsídios para interpretar como médicos e utentes percebem o cuidado, evidenciando lacunas e potencialidades na promoção de uma saúde integral e inclusiva. Neste tópico, serão abordados individualmente os diferentes grupos que compõem a sigla LGBTQIAPN+, iniciando-se com o grupo de mulheres cis lésbicas, de modo a evidenciar as particularidades de suas vivências e necessidades em saúde.

2.4.1 Mulheres cisgênero lésbicas

Para iniciar a discussão acerca das necessidades de saúde de mulheres cisgênero lésbicas, é importante relembrar a pluralidade desse grupo, conforme referido por Vieira e Borret (2021):

O grupo de mulheres que se identificam como cis lésbicas é tão diverso e plural quanto o grupo de mulheres em geral nas diversas sociedades. Também é plural e diversa a forma como essas mulheres experienciam a sexualidade e a expressão de gênero. (p. 609).

Apesar dessa diversidade, um aspecto que parece atravessar a vivência de grande parte dessas mulheres é o fato que, historicamente, elas têm sido invisibilizadas nas políticas e nos serviços de saúde, o que impacta diretamente no reconhecimento e na resposta às suas necessidades específicas (Carvalho et al., 2013).

Para além da invisibilização e da não abordagem da orientação sexual durante os atendimentos, a persistência de mitos sobre a saúde sexual de mulheres cisgênero lésbicas contribui significativamente para a negligência de suas necessidades nos serviços de saúde. Vieira e Borret (2021) referem que, entre os equívocos mais frequentes está a ideia de que elas estariam isentas do risco de infecção pelo HIV, o que não se sustenta frente às evidências de que a transmissão pode ocorrer por meio do contato com fluidos corporais ou mucosas, independentemente da presença de penetração peniana. Outra crença amplamente difundida é que mulheres lésbicas estariam dispensadas da realização do exame de colpocitologia oncótica (Papanicolaou). No entanto, a indicação desse exame deve considerar as práticas sexuais individuais e não apenas a orientação sexual. Essas narrativas, ao serem reproduzidas por profissionais de saúde ou internalizadas pelas próprias usuárias, perpetuam barreiras ao cuidado preventivo, reforçando um ciclo de invisibilidade e vulnerabilidade.

O conceito de interseccionalidade, já abordado anteriormente, contribui para compreender as vulnerabilidades a que essas mulheres estão expostas, ao considerar como diferentes marcadores sociais interagem e produzem desigualdades no acesso e na qualidade da atenção à saúde. Nesse sentido, Facchini e Barbosa (2006), a partir de um estudo etnográfico com mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM) em São Paulo, observaram que aquelas que nunca haviam se relacionado sexualmente com homens, que apresentavam uma expressão de gênero mais masculinizada ou que pertenciam a classes sociais mais baixas, enfrentavam maiores barreiras no acesso ao cuidado ginecológico. Esses achados revelam como a conjunção entre sexualidade, identidade de gênero e posição social pode aprofundar a exclusão nos serviços de saúde.

Com relação aos problemas de saúde propriamente ditos, há evidências de que mulheres cis lésbicas e bissexuais apresentam índices de massa corporal mais elevados do que mulheres heterossexuais desde a adolescência (Eliason et al., 2015), o que, aliado a maiores taxas de tabagismo e estresse, as expõe a um risco aumentado de patologias crônicas como diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares (Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia, 2012). Essa publicação também refere que o fato de em geral serem nuligestas ou apresentarem baixa paridade, características mais frequentes entre MSM, se configuram como fatores de risco para câncer de mama e de ovário. Além disso, o hábito de fumar, mais

comum neste grupo, contribui ainda para um risco significativamente elevado de câncer de pulmão.

No campo da saúde mental, mulheres lésbicas também apresentam importante prevalência de sofrimento psíquico, sendo mais propensas a relatar quadros de depressão e uso de antidepressivos (Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia, 2012), além de apresentarem taxas preocupantes de mortalidade por suicídio. Estudo de Cochran e Mays (2015) identificou que 9% das mortes entre MSM estavam relacionadas ao suicídio ou à automutilação intencional, em contraste com apenas 0,5% entre aquelas que relataram apenas parceiros sexuais masculinos. Além disso, mulheres de minorias sexuais também apresentaram maior número de diagnósticos de transtornos alimentares, frequentemente caracterizados por episódios de compulsão alimentar e purgação, porém com menor insatisfação corporal e menor desejo de magreza em comparação com mulheres heterossexuais (Meneguzzo et al., 2018).

A vulnerabilidade relacionada ao uso de substâncias psicoativas também se destaca entre mulheres lésbicas. Dados nacionais demonstram altas taxas de consumo de álcool (62,1%), tabaco (46,9%), maconha (40,2%) e cocaína (16,1%) no ano anterior à realização da pesquisa (Pinto et al., 2005). Esses hábitos, associados a condições de saúde mental fragilizada, compõem um quadro que exige atenção integral e sensível por parte dos serviços de saúde.

Diante de todas essas particularidades em saúde de mulheres cis lésbicas, será que os médicos que atuam na APS estão cientes dessas especificidades? Conhecem as recomendações e protocolos clínicos para esse grupo? Para analisarmos adequadamente as percepções de utentes e profissionais, é necessário que também tenhamos certo conhecimento sobre essas diretrizes. Assim, as recomendações incluem: realização regular de exames de Papanicolau e encaminhamento para mamografias, conforme diretrizes gerais; rastreamento para depressão, ansiedade e risco de suicídio; avaliação do uso de substâncias, incluindo tabaco, álcool e drogas ilícitas; rastreamento de IST baseado em comportamentos e riscos individuais; e rastreamento de situações de violência por parceiro íntimo (Knight & Jarret, 2017). Esse conhecimento nos permite interpretar com maior propriedade as falas das entrevistas, questionando se as práticas clínicas estão de fato alinhadas às necessidades e vulnerabilidades descritas na literatura. Aplicaremos esse pensamento a todos os grupos que se seguem.

2.4.2 Homens cisgênero gays

A literatura especializada aponta que homens cis gays enfrentam agravos em saúde específicos, influenciados por fatores comportamentais, sociais e estruturais, os quais os expõem a riscos desproporcionais quando comparados à população geral. Nesse sentido, conforme destaca Júnior et al. (2021):

Os problemas de saúde com maior incidência entre homens cis gays em relação a população geral são: sofrimento, transtornos mentais e abuso de substâncias, IST e HIV, incluindo hepatite. O risco de câncer de pulmão pode ser aumentado indiretamente devido ao tabagismo, assim como o risco cardiovascular. A maior incidência de câncer de canal anal está associada à infecção pelo HPV na região, especialmente entre pessoas com prática sexual anal receptiva e vivendo com HIV. (p.644)

Em relação à saúde mental, Hartman (2013) identificou que homens gays e bissexuais têm três vezes mais chances de preencher critérios para depressão maior e 4,7 vezes mais chances de atender aos critérios de transtorno de pânico, quando comparados a heterossexuais. Além disso, quase 20% desses homens apresentam dois ou mais transtornos mentais comórbidos. A ansiedade, por sua vez, é 1,5 vezes mais frequente entre homens cis gays do que entre homens heterossexuais. Revisão sistemática conduzida por Malik et al. (2023) reforça esse panorama, indicando taxas consistentemente mais altas de ideação suicida e tentativas de suicídio entre homens gays e bissexuais.

Outros marcadores de sofrimento psíquico incluem a imagem corporal negativa. Segundo metanálise de Dahlenburg et al. (2020), homens gays relataram maior insatisfação corporal do que homens heterossexuais, com achados estatisticamente significativos. Esses resultados têm sido interpretados por meio de teorias socioculturais, de objetificação e de estresse de minorias, destacando-se a importância de abordagens interseccionais para compreender os determinantes psicossociais da saúde dessa população (Nowicki et al., 2022).

O uso de substâncias psicoativas também se apresenta como uma importante questão de saúde. De acordo com dados da Pesquisa Nacional sobre Uso de Drogas e Saúde nos Estados Unidos, 36,3% dos homens pertencentes a minorias sexuais fizeram uso de drogas ilícitas no ano anterior a pesquisa, em comparação com 20,4% dos homens da maioria sexual (Medley et al.; 2016).

Um fenômeno associado a esse padrão é o chemsex (sexo químico) — uso intencional de substâncias psicoativas para potencializar experiências sexuais. Revisão sistemática conduzida por Maxwell et al. (2018) demonstrou que participantes engajados nessa prática esperam efeitos positivos das drogas em seus encontros sexuais e observou-se maior prevalência de sexo anal sem preservativo entre os homens que praticam chemsex, além de

comportamentos de risco como o compartilhamento de seringas, especialmente entre aqueles vivendo com HIV, que elevam o risco de transmissão do HIV e de outras IST.

Quanto ao tabagismo, segundo Medley et al. (2016), 29,3% dos homens de minorias sexuais referiram ser fumantes ativos, contra 23,6% dos homens heterossexuais. Em relação ao consumo de álcool, não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos quanto ao uso atual, uso excessivo episódico ou consumo excessivo crônico.

No que se refere às IST, sabe-se que a infecção pelo HIV incide de forma desproporcional entre homens que fazem sexo com homens (HSH), configurando-se como um dos principais agravos em saúde nessa população (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2021). Dados do Boletim Epidemiológico sobre HIV e AIDS, publicado em 2024, revelam que, entre os casos detectados de AIDS em homens de 13 a 19 anos, 20 a 29 anos e 30 a 39 anos, a principal categoria de exposição foi a de HSH, correspondendo a 64,5%, 61,7% e 43,3% dos casos, respectivamente (Brasil, 2024).

Além do HIV, outras IST afetam de maneira significativa essa população, como o papilomavírus humano (HPV) e a sífilis (McMullan et al., 2024). A prevalência de gonorreia e clamídia também é expressiva: entre HSH, a ocorrência retal dessas infecções varia de 0,2% a 24% e de 2,1% a 23%, respectivamente; já a prevalência faríngea oscila entre 0,5% a 16,5% para gonorreia e entre 0% a 3,6% para clamídia (Chan et al., 2016).

Além disso, aproximadamente 10% das novas infecções por hepatite A e 20% das infecções por hepatite B ocorrem em HSH (Knight & Jarret, 2015). A hepatite C apresenta prevalência global de 1,5% entre HSH HIV negativos e 6,3% entre HSH HIV positivos, podendo atingir 45,6% entre aqueles com histórico de uso de drogas injetáveis (Jin et al., 2020).

Diante desses dados, evidencia-se a necessidade de políticas públicas e práticas clínicas que considerem as especificidades na formulação de estratégias de promoção, prevenção e cuidado integral à saúde de HSH. Nesse contexto, serão as principais recomendações para a prática de profissionais de saúde, principalmente de médicos, ao cuidar desse grupo são:

As recomendações padrão de cuidados preventivos incluem exames laboratoriais de rotina, imunizações e rastreamentos para câncer, depressão, hipertensão, tabagismo e consumo prejudicial de álcool. Para homens que fazem sexo com homens, cuidados adicionais podem incluir a oferta de imunizações suplementares e rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis, atualização da história sexual e do perfil de risco, oferta de profilaxia pré-exposição (PrEP) e aconselhamento sobre opções de profilaxia pós-exposição para prevenção do HIV, identificação de candidatos para triagem do câncer anal, atualização de avaliações de saúde mental e análise dos determinantes sociais da saúde. (McMullan et al., 2024, p.10).

Mobilizar esse conjunto de evidências e recomendações é fundamental para a presente investigação, pois nos permite compreender com maior profundidade os discursos tanto dos

médicos quanto dos utentes entrevistados. Ao conhecermos as principais vulnerabilidades, riscos e agravos que afetam HSH, conseguimos analisar se os profissionais da APS reconhecem essas especificidades em sua prática clínica, se adotam medidas preventivas alinhadas aos protocolos vigentes e se se sentem preparados para abordar essas questões e manejá-las. Do mesmo modo, essa revisão nos ajuda a interpretar como os próprios utentes percebem sua saúde. As demandas que serão referidas por eles são as mesmas elencadas como importantes pela literatura? Se sim, identificam que essas necessidades estão sendo consideradas no atendimento médico? Assim, torna-se útil incluir essa discussão neste tópico, pois ela oferece a base necessária para avaliar se há consonância ou descompasso entre o que preconiza a literatura e o que se materializa no cotidiano da APS.

Importa destacar que as práticas aqui referidas devem ser conduzidas com sensibilidade e respeito, evitando a estigmatização e o pressuposto de que todos os homens gays ou bissexuais estejam automaticamente em situação de alto risco. O cuidado individualizado, centrado na escuta e no vínculo, é fundamental para garantir o acesso e a adesão às estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos. Agora, trataremos das especificidades de pessoas cis bissexuais e pansexuais.

2.4.3 Mulheres e homens cis bissexuais e pansexuais

As experiências de saúde de pessoas bissexuais e pansexuais frequentemente são atravessadas por formas específicas de estigma e invisibilidade, que se somam às violências comuns às demais identidades dissidentes da cisheteronormatividade. Sob a ótica da teoria do estresse de minorias, a bifobia e a panfobia se manifestam tanto pela hostilidade direta quanto pela invalidação da própria identidade, frequentemente vista como instável, transitória ou indecisa (Gagliotti & Hercowitz, 2021). Essa dupla carga de estresse é reforçada pelo fato de que tais preconceitos são reproduzidos tanto em contextos heteronormativos quanto dentro da comunidade LGBTQIAPN+.

Os aspectos de maior vulnerabilidade na saúde de mulheres e homens cis bissexuais já foram apresentados nos tópicos anteriores, visto que a maior parte dos dados se referem a MSM e HSH em geral. Porém, de forma complementar, é importante destacar que pessoas bissexuais tendem a receber menos informações dos serviços de saúde sobre cuidados com a saúde sexual, o que pode levá-las a práticas de maior risco, como o sexo desprotegido, uso recorrente de contracepção de emergência e maior exposição a desfechos indesejados, como a gravidez não planejada e o abortamento provocado. Além disso, essas pessoas podem estar mais expostas à violência, ao trabalho sexual e a múltiplas parcerias sexuais, realidades que

demandam atenção específica e não estigmatizante por parte dos profissionais da saúde (Gagliotti & Hercowitz, 2021).

Essas vulnerabilidades também se refletem em indicadores de saúde mental. Uma revisão sistemática conduzida por Pompili et al. (2014) identificou que pessoas com orientação bissexual apresentaram maior risco de ideia e tentativa de suicídio em comparação com indivíduos heterossexuais e homossexuais, especialmente relacionadas à rejeição familiar, julgamentos por pares e outras formas de vitimização social. Também se observaram taxas mais elevadas de transtornos mentais e uso problemático de substâncias psicoativas entre indivíduos bissexuais (Cochran & Mays, 2015; Malik et al., 2023; Medley et al., 2016).

Entre pessoas pansexuais, alguns estudos apontam para comportamentos de risco e dificuldades em cuidados preventivos, incluindo autolesão não suicida, ingestão compulsiva de alimentos, direção sob efeito de substâncias e falta de busca de cuidados médicos (Smalley et al., 2016). Tais achados reforçam a importância de abordagens acolhedoras e individualizadas nos cuidados em saúde.

Cabe enfatizar que o atendimento de pessoas bissexuais e pansexuais não deve partir de suposições estigmatizantes. Como afirmam Gagliotti e Hercowitz (2021):

Os demais cuidados específicos em saúde devem ser orientados de acordo com o tipo de prática sexual da pessoa, e não apenas pela identidade bissexual, sem reproduzir estereótipos. Para a prevenção de IST, por exemplo, deve-se considerar as práticas sexuais sem supô-las previamente. Não se deve solicitar exames de IST sem avaliar o tipo de exposição e o número de parcerias, uma vez que não é porque a pessoa é bi/pansexual que teria relação com mais de uma pessoa ao mesmo tempo. (p.664).

Diante desse panorama, resta-nos perguntar: os profissionais que atuam na APS reconhecem essas especificidades de pessoas bissexuais e pansexuais, ou ainda operam sob estereótipos que reforçam sua invisibilidade? Estão aptos a orientar de forma individualizada, baseada nas práticas sexuais e não na identidade presumida? Consideram o risco aumentado de sofrimento psíquico e de práticas de risco ao construir planos de cuidado, ou essas questões passam despercebidas? E do ponto de vista dos utentes, será que eles percebem que essas necessidades são acolhidas nos serviços, ou sentem-se julgados e, por isso, deixam de revelar aspectos importantes da sua vida afetivo-sexual? Ao levantar essas questões, buscamos preparar o terreno para analisar como essas experiências se materializam nos encontros clínicos e se a APS tem cumprido seu papel de espaço de cuidado inclusivo e equitativo para todas as identidades sexuais.

2.4.4 Pessoas trans

A população trans é composta por pessoas com identidades de gênero diversas que não se identificam, total ou parcialmente, com o gênero que lhes foi atribuído ao nascimento, incluindo mulheres trans, travestis, homens trans, pessoas não binárias, gênero fluido etc. (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2016). Trata-se de um grupo extremamente heterogêneo, com diferentes vivências, identidades e demandas de saúde. Este tópico não pretende esgotar a complexidade das questões que atravessam a vida dessas pessoas, mas destacar os principais pontos de atenção que devem ser observados pelos profissionais da APS para garantir o cuidado integral.

Alguns aspectos de saúde das pessoas trans já foram discutidos nos tópicos anteriores (ao tratar das iniquidades comuns a todos os grupos), como a dificuldade no acesso aos serviços de saúde, inadequação do acolhimento nestes locais, não reconhecimento do nome social, estigmatização e patologização das suas identidades, uso de hormônios sem acompanhamento médico, além da grande exposição à violência, maior prevalência de questões de saúde mental e barreiras na efetivação do direito à saúde sexual e reprodutiva e no exercício da parentalidade.

Além disso, pessoas trans apresentam maiores taxas de tabagismo, uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas. Tais fatores, associados ao uso de hormônios, aumentam o risco de doenças cardiovasculares (Ciasca et al., 2021). Também enfrentam um risco significativamente maior de infecção pelo HIV — 13 vezes superior ao da população geral (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2020).

É importante também destacar a prevalência alarmante do uso de silicone líquido industrial entre mulheres trans e travestis: 49% já fizeram uso, com uma média de idade da primeira colocação de 22 anos, e 43% relataram complicações de saúde decorrentes dessa prática (Pinto et al., 2017). Neste contexto, o cuidado integral à saúde dessas pessoas envolve:

Ter familiaridade básica com as questões de saúde mais frequentes dessa população é fundamental: impactos da transfobia, discriminação, abuso e violência, saúde mental, depressão, risco de suicídio, uso de substâncias, prática sexual segura, violência doméstica e cuidados com HIV e outras IST. O cuidado competente envolve ambiência do serviço, uso de nome social por todos os funcionários, além de garantir privacidade no exame físico. (Ciasca et al., 2021, p. 672-673)

O rastreamento de IST deve ser orientado pelas práticas sexuais relatadas. A prevenção combinada do HIV deve ser incentivada, incluindo PrEP e PEP (profilaxia pós-exposição), conforme o perfil de risco e interesse da pessoa (Brasil, 2025).

O rastreamento de câncer de mama deve ser realizado em homens trans e pessoas não binárias que não realizaram mamoplastia masculinizadora, conforme as diretrizes para mulheres cis. O rastreamento de câncer de colo de útero deve incluir qualquer pessoa com colo uterino que tenha iniciado atividade sexual com penetração, a partir dos 25 anos (Brasil, 2024).

Na atenção à saúde mental, deve-se investigar aspectos como autoestima, imagem corporal, rede de apoio, relação com familiares e parceiros, hábitos alimentares, além de perguntar diretamente sobre autolesões, ideação suicida e uso de substâncias (Cisca et al., 2021).

As equipes da APS devem estar preparadas para prescrever e acompanhar a hormonização de pessoas trans, quando houver esse desejo, além de orientar sobre os medicamentos e garantir o acesso a esses insumos. Contudo, é fundamental lembrar que nem todas as pessoas trans desejam passar por hormonização ou por procedimentos de modificação corporal. O cuidado deve ser centrado na escuta atenta da demanda da pessoa, evitando suposições sobre seus desejos e necessidades (Universidade Federal do Rio Grande do Sul [UFRGS], 2023).

As equipes de APS também são responsáveis pelo encaminhamento dessas pessoas aos serviços especializados, quando necessário. Assim, o cuidado às pessoas trans, travestis e não binárias deve ser integral, interprofissional, atento às singularidades e às demandas específicas de cada pessoa, livre de estigmas, discriminação e violências institucionais, contribuindo para a construção de um SUS mais inclusivo e equitativo.

Diante desse panorama, é legítimo questionar: os médicos que atuam na APS recebem, de fato, formação teórica e prática suficiente sobre os cuidados em saúde de pessoas trans, travestis e não binárias? Sentem-se aptos para prescrever e acompanhar a hormonização, realizar rastreamentos adequados, garantir o uso do nome social e lidar com as múltiplas dimensões do sofrimento psíquico que atravessa essa população? E, do ponto de vista das pessoas trans, será que elas percebem a APS como um espaço seguro e resolutivo para suas necessidades? Ao levantar essas perguntas, este trabalho pretende problematizar até que ponto o sistema de saúde tem conseguido responder às exigências de equidade e integralidade para uma das populações mais vulnerabilizadas em termos de saúde. Reitera-se, portanto, a importância desse enquadramento teórico sobre as necessidades de saúde desse grupo.

2.4.5 Pessoas intersexo

A população intersexo é diversa e heterogênea, englobando diferentes variações no desenvolvimento sexual que não se enquadram nos padrões binários de sexo masculino ou feminino. O objetivo deste tópico não é descrever individualmente essas condições, mas refletir sobre as necessidades de saúde mais comuns dessas pessoas no contexto da APS, destacando a importância do cuidado centrado no paciente, contínuo e compartilhado com serviços especializados.

Pessoas intersexo frequentemente enfrentam desigualdades significativas em saúde, incluindo maior prevalência de sofrimento psíquico, como ansiedade, depressão, isolamento social e rejeição. Essas vivências são agravadas pelo estigma, pela discriminação e pela comunicação inadequada entre profissionais de saúde, familiares e os próprios pacientes. A falta de escuta ativa, o sigilo e o julgamento moral dificultam o estabelecimento de relações de confiança e impactam negativamente o bem-estar psicológico (Zeeman & Aranda, 2020).

Além disso, a influência de normas binárias nos protocolos clínicos contribui para a medicalização desnecessária de pessoas intersexo, especialmente quando submetidas a intervenções precoces sem seu consentimento informado. Muitos indivíduos relatam que suas preferências não foram consideradas em decisões clínicas e que enfrentam barreiras no acesso a cuidados especializados (Zeeman & Aranda, 2020).

A equipe multiprofissional tem papel importante na criação de um clima de compromisso com a saúde e o bem-estar de crianças nascidas intersexo, bem como com suas famílias. Embora muitas dessas crianças sejam saudáveis e não necessitem de intervenções médicas imediatas, a vinculação precoce com equipes multiprofissionais pode garantir suporte adequado caso surjam demandas psicológicas, clínicas ou cirúrgicas. Além disso, os desafios enfrentados nos contextos familiar e comunitário exigem avaliações contínuas e flexibilidade nos planos de cuidado. Nesse sentido, a APS, enquanto coordenadora do cuidado, pode articular ações com profissionais especialistas em pediatria, endocrinologia, urologia, ginecologia, psicologia, enfermagem, serviço social, genética e bioética, promovendo um cuidado integral, ético e centrado na dignidade e nos direitos da pessoa intersexo (Stelet et al., 2021).

Diante desse cenário, surgem questões fundamentais: os médicos que atuam na APS conhecem, de fato, as especificidades de saúde de pessoas intersexo? Como esse conhecimento chega até eles, considerando que a formação médica historicamente esteve marcada por uma abordagem patologizante dessas variações corporais? São capazes de

apoiar de forma ética e informada a tomada de decisão das próprias pessoas sobre seus corpos, respeitando seu direito ao consentimento e à autonomia (Aguilar, 2023)? E, sobretudo, será que as próprias pessoas intersexo sentem que suas demandas são minimamente reconhecidas e atendidas na APS? Após esses questionamentos, trataremos das necessidades de saúde das pessoas assexuais.

2.4.6 Pessoas assexuais

A assexualidade é uma orientação sexual caracterizada pelo baixo nível ou a ausência de desejo pela prática sexual e/ou atração sexual (Soria, 2013). Historicamente, essa vivência foi interpretada dentro de paradigmas patologizantes, sendo frequentemente considerada uma anormalidade passível de correção clínica ou terapêutica. Essa perspectiva deriva de uma concepção biomédica da sexualidade que normatiza o desejo sexual como sinal de saúde, classificando sua ausência como indicativo de doença. Tais compreensões contribuem para a exclusão e invisibilização da diversidade sexual, restringindo a legitimidade de experiências que não se alinham aos modelos predominantes (Neto et al., 2021).

Essa interpretação da ausência de desejo como um problema de saúde ocorre especialmente ao associá-la ao Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo (TDSH). No entanto, essa associação foi revista. Hoje, tanto a Classificação Internacional de Doenças (CID) 11 quanto o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) 5 reconhecem que só há transtorno quando a pessoa sofre com a falta de desejo. Ou seja, se a ausência de atração não causa sofrimento e está em harmonia com a identidade da pessoa, não se trata de uma disfunção (Associação Americana de Psiquiatria [APA], 2013; Lima, 2021; OMS, 2019).

Na APS, é essencial que os profissionais evitem pressupostos sobre a sexualidade e baseiem o cuidado nas práticas efetivamente relatadas pela pessoa, inclusive no que diz respeito à prevenção de IST e planejamento reprodutivo. Também é necessário sensibilidade para identificar situações de violência sexual, especialmente quando pessoas assexuais se sentem coagidas a manter relações por pressão de parceiros(as) ou familiares, desconsiderando sua autonomia e identidade (Neto et al., 2021).

Diante disso, cabe-nos questionar: pessoas assexuais são, ao menos reconhecidas pelos médicos como parte legítima da diversidade sexual? Quando são reconhecidas, será que ainda são associadas a patologias ou enquadradas automaticamente em categorias diagnósticas como o TDSH? Os médicos recebem formação para diferenciar a assexualidade de condições clínicas e evitar abordagens corretivas?

Após a exposição das necessidades de saúde de cada grupo que compõe a população LGBTQIAPN+, ainda que sem a pretensão de esgotar a complexidade do tema, destaca-se a relevância dessa discussão para a análise empreendida nesta dissertação. Compreender a diversidade de experiências e demandas é fundamental para revelar como a ausência de um olhar atento a essas especificidades contribui para a reprodução de desigualdades nos serviços de APS. Esse panorama também permite refletir sobre o preparo dos profissionais para reconhecer e acolher tais necessidades no cotidiano clínico, portanto, oferece subsídios teóricos para interpretar os dados empíricos. Além de orientar a escuta das percepções dos médicos, esses conteúdos são igualmente relevantes para analisar as falas das pessoas LGBTQIAPN+ participantes da pesquisa, uma vez que possibilitam compreender como suas vivências em saúde são atravessadas por identidades, orientações e experiências específicas. No próximo tópico, será discutido o papel histórico da Medicina na produção de estigmas e na patologização das identidades dissidentes, articulando essa dimensão à formação médica.

2.5 A Medicina como produtora de normas e silenciamentos: da patologização à exclusão curricular das identidades LGBTQIAPN+ na formação médica

Historicamente, a Medicina desempenhou um papel central na produção e sustentação da patologização das identidades e expressões LGBTQIAPN+, moldando discursos normativos sobre sexualidade e gênero a partir de paradigmas biomédicos. Um exemplo foi citado no tópico anterior, na discussão sobre assexualidade e TDSH, mas este espectro atravessa a história dos múltiplos grupos dentro das minorias sexuais.

Durante o século XIX e grande parte do século XX, a homossexualidade foi frequentemente enquadrada como uma anomalia psiquiátrica, associada à degenerescência moral ou à perversão sexual. Essa perspectiva foi incorporada nos principais manuais diagnósticos internacionais, como o DSM, que classificou a homossexualidade como transtorno mental até 1973, quando foi oficialmente removida pela APA, após forte pressão de movimentos sociais e de setores acadêmicos (Drescher, 2015).

Contudo, essa retirada não significou o fim imediato da sua patologização. No lugar da “homossexualidade”, o DSM-II passou a incluir o diagnóstico de “Perturbação da Orientação Sexual”, que considerava a homossexualidade uma perturbação apenas quando causasse sofrimento ao indivíduo e este desejasse mudar a sua orientação sexual (Spitzer, 1981). Este novo enquadramento legitimava, na prática, as chamadas terapias de conversão e permitia, inclusive, o reembolso por seguros médicos (Drescher, 2015). No DSM-III, de 1980, o diagnóstico foi renomeado para “Homossexualidade Egodistônica”, mantendo a

ideia de sofrimento individual, mas sem base científica sólida (APA, 1980). Ao longo da década seguinte, tornava-se cada vez mais evidente que estas categorias resultavam de compromissos políticos e não preenchiam os critérios técnicos para serem consideradas verdadeiras perturbações mentais. Como questionou Spitzer (1981), se o desconforto com a própria identidade bastasse para a inclusão diagnóstica, qualquer forma de crise identitária poderia ser enquadrada como doença mental. Em 1987, a APA removeu finalmente a homossexualidade egodistônica no DSM-III revisado, reconhecendo, ainda que implicitamente, que a homossexualidade é uma variante normal da sexualidade humana (APA, 1987).

A transexualidade também foi alvo de intensa patologização pelos saberes médicos e psiquiátricos, sendo enquadrada como desvio mental durante décadas nos principais sistemas classificatórios internacionais. No DSM, a transexualidade foi inicialmente incluída na terceira edição sob a categoria de “Transtorno de Identidade de Gênero” e o termo utilizado nesta publicação era transsexualismo, reforçando, em ambas as denominações, a noção de incongruência entre o sexo atribuído à nascença e a identidade de gênero como uma anomalia clínica a ser corrigida (APA, 1980). Esta nomenclatura permaneceu na quarta edição do DSM (APA, 1994). Este enquadramento contribuiu para legitimar práticas médicas normativas e processos de “adequação corporal” baseados em rígidos critérios diagnósticos e na exigência de sofrimento psicológico como pré-requisito para o acesso a cuidados de saúde (Schwend, 2020). A mudança de paradigma começou a ganhar força com a publicação do DSM-5, em 2013, que substituiu o termo patologizante por “Disforia de Gênero”, centrando o diagnóstico não na identidade trans em si, mas no sofrimento causado pela disforia, visto que a identidade de gênero não representa uma doença e não carece de qualquer tipo de intervenção (APA, 2013; Rodrigues et al., 2024). Esta reformulação, embora considerada um avanço, mantém a experiência trans sob vigilância médica, ainda que com um enfoque mais empático. Na CID, a mudança mais significativa ocorreu com a 11.ª revisão, na qual a transexualidade foi removida da seção de Transtornos Mentais e de Comportamento, sendo realocada para a categoria Condições Relacionadas à Saúde Sexual, sob a designação de “Incongruência de Gênero” (OMS, 2019).

Apesar desses recentes avanços na forma como as identidades trans são reconhecidas nos manuais classificatórios, a permanência de qualquer diagnóstico clínico continua a alimentar práticas de regulação e vigilância sobre os corpos e identidades trans (Schwend, 2020). Mesmo sob a nomenclatura de disforia de gênero (DSM-5) ou incongruência de gênero (CID-11), mantém-se uma lógica biomédica que exige sofrimento psíquico ou

disfunção funcional como condição para o acesso a cuidados, o que contraria uma abordagem centrada na autodeterminação e nos direitos humanos (Suess et al., 2014). Assim, os debates devem deslocar-se da mera retirada diagnóstica para a exigência de políticas públicas e sistemas de saúde que garantam acesso universal, desburocratizado e livre de tutela cisnormativa ao cuidado em saúde, com enfoque na autonomia, na dignidade e no reconhecimento social das identidades trans e não binárias.

Para além do processo de patologização descrito, a Medicina também desempenha um papel na perpetuação da invisibilização da comunidade LGBTQIAPN+, especialmente por meio da omissão da discussão das suas necessidades de saúde específicas na formação de novos profissionais. Tal como já discutido em relação à lógica cisheteronormativa que estrutura os saberes e práticas médicas, essa invisibilidade se expressa na manutenção de currículos que silenciam ou tratam de forma superficial as questões relacionadas à diversidade sexual e de gênero (Nascimento & Machin, 2024).

Um estudo realizado com estudantes de Medicina de 11 instituições do estado do Paraná evidenciou que 68,4% dos respondentes discordam que tenham recebido formação específica para o cuidado em saúde de pessoas LGBTQIAPN+ (Paschoalick et al., 2022). Em outra pesquisa, estudantes dos últimos semestres do curso de Medicina relataram que as menções ao tema, quando existentes, foram pontuais, fragmentadas e sem integração aos conteúdos programáticos: “Se a menção a esse tópico existiu, sei lá, três vezes durante o curso inteiro, acho que foi muito [...] só uma menção, nada de uma aula sobre isso [...] carece bastante” (Medeiros et al., 2023, p. 6). Situação semelhante foi identificada por Santin et al. (2025), em estudo com discentes e docentes de um curso de Medicina: 78,6% dos estudantes afirmaram nunca ter lido materiais sobre saúde LGBTQIAPN+ por exigência de alguma disciplina e 60% dos docentes declararam não possuir conhecimento suficiente para orientar pacientes dessa população.

Apesar de todos os avanços citados ao longo deste trabalho, o ensino médico permanece vinculado a uma estrutura epistemológica que pouco se transformou ao longo dos anos. Como discutido na introdução desta dissertação, o estudo da saúde LGBTQIAPN+ não é citado de forma estruturada nas DCN do Curso de Graduação⁴ em Medicina e, embora esteja presente no currículo baseado em competências da MFC, aparece apenas dentro do tópico

⁴ Importa esclarecer que, nesta dissertação, será adotado o termo *graduação* para referir-se ao curso de Medicina. Tal escolha decorre do fato de essa nomenclatura ser a mais amplamente utilizada no contexto brasileiro e de estar presente em algumas das falas dos participantes ou citações, em detrimento do termo *licenciatura*, mais comum em Portugal.

de abordagem à sexualidade, sem um eixo exclusivo que aborde integralmente as necessidades dessa população. Apenas recentemente, em março de 2025, a SBMFC publicou as EPA, incluindo o atendimento qualificado às pessoas LGBTQIAPN+ como uma atividade profissional essencial para médicos de família e comunidade, estruturada como um tópico individual. Contudo, as EPA ainda não estão em execução, dependendo de processos de implementação e sensibilização junto aos programas de residência. Persiste, portanto, a urgência de transformações curriculares e pedagógicas que rompam com paradigmas patologizantes e promovam um cuidado clínico comprometido com a dignidade e a diversidade das existências LGBTQIAPN+.

Diante desse panorama, torna-se evidente que os saberes médicos historicamente contribuíram tanto para a marginalização quanto para a vigilância dos corpos LGBTQIAPN+, ora por meio da patologização explícita de suas identidades, ora pela omissão sistemática de suas necessidades no processo formativo de profissionais de saúde. Discutir esse legado não é apenas um exercício de memória crítica, mas um passo necessário para compreender como tais dinâmicas persistem, ainda que reformuladas, na atualidade. No contexto desta dissertação, esse debate é fundamental para iluminar os mecanismos através dos quais preconceitos e lacunas formativas continuam a moldar a prática clínica na APS, afetando diretamente o cuidado prestado e a forma como pessoas LGBTQIAPN+ experienciam os serviços de saúde, portanto, essa reflexão oferece subsídios para a análise dos dados empíricos, ajudando a interpretar tanto as percepções dos médicos quanto as vivências relatadas pelos utentes.

Após a exposição dos principais conceitos e necessidades em saúde da população LGBTQIAPN+, bem como das limitações persistentes na formação médica, encerra-se este capítulo teórico. A abordagem aqui apresentada constitui o alicerce para a leitura crítica das práticas e discursos que emergem na APS, orientando as lentes analíticas da investigação. No capítulo seguinte, serão detalhados os caminhos metodológicos que sustentam este estudo.

3 OPÇÕES METODOLÓGICAS

Este capítulo apresenta as opções metodológicas que orientaram a condução desta investigação, articulando os fundamentos paradigmáticos com o método qualitativo adotado, as técnicas de recolha e análise de dados, os critérios de seleção dos participantes e as considerações éticas implicadas. As decisões a serem descritas foram pensadas de forma a garantir coerência entre o quadro teórico e os procedimentos utilizados, assegurando o rigor científico do estudo. Reafirma-se, deste modo, o empenho na condução ética e responsável da investigação, preservando a qualidade do percurso metodológico e o respeito pelos sujeitos envolvidos e pelos contextos estudados.

3.1 Questões paradigmáticas

3.1.1 Posicionamento epistemológico, ontológico e axiológico

A definição das opções paradigmáticas - ontológicas, epistemológicas e axiológicas - constitui um passo fundamental em qualquer investigação, uma vez que orienta não apenas a escolha dos métodos e técnicas, mas também a própria forma de compreender o mundo, os sujeitos e os fenômenos em estudo (Guba & Lincoln, 1994).

Neste estudo, adota-se uma epistemologia crítica e situada, alinhada aos pressupostos da epistemologia feminista (Haraway, 1988), que reconhece que todo conhecimento é produzido a partir de localizações específicas e está imerso em relações de poder. Rejeita-se, assim, a ideia de um sujeito neutro e universal, privilegiando o reconhecimento da reflexividade, da parcialidade e da implicação da investigadora no processo de construção do saber.

Guba (1990) considera o paradigma “um conjunto de crenças que orientam a ação” (p. 17), sublinhando que toda investigação está ancorada em pressupostos filosóficos que moldam a forma como o investigador se posiciona em relação à realidade e ao conhecimento. Neste sentido, esta investigação inspira-se em aportes provenientes de dois paradigmas: o socioconstrutivista e o crítico.

Do socioconstrutivismo, adota-se uma perspectiva que valoriza a compreensão dos significados atribuídos pelos sujeitos às suas experiências, reconhecendo a importância do contexto e da intersubjetividade na produção do conhecimento (Guba & Lincoln, 1994; Denzin & Lincoln, 2018). Este paradigma enfatiza a pluralidade de interpretações e compreende a realidade como construída nas interações sociais.

O paradigma crítico, por sua vez, cuja preocupação central reside na análise das estruturas de poder, das formas de dominação simbólica e material e da possibilidade de transformação social (Kincheloe & McLaren, 2005), oferece um quadro teórico que permite problematizar as desigualdades presentes nos contextos investigados. A investigação orientada por este paradigma compromete-se com a justiça social e a emancipação dos sujeitos, mostrando-se particularmente pertinente quando se estudam as experiências de populações historicamente marginalizadas, como é o caso da população LGBTQIAPN+.

Além dos contributos dos paradigmas socioconstrutivista e crítico, reconhece-se a influência de correntes feministas críticas (Crenshaw, 2002; Collins, 2019), especialmente no que se refere à interseccionalidade, conforme discutido no capítulo anterior. Embora o feminismo não seja assumido aqui como um paradigma autônomo, os seus aportes atravessam esta investigação, sustentando um compromisso ético-político com a visibilidade e os direitos das populações vulneráveis.

Destaca-se a Teoria do Ponto de Vista Feminista (Haraway, 1995; Harding, 1993, 2004), que enfatiza que o conhecimento é sempre produzido a partir de posições sociais. Estas são “teorias desenvolvidas pelo feminismo a partir da afirmação de que o lugar de onde se vê (e se fala) determina nossa visão (e nossa fala) do mundo” (Haraway, 1995, p. 14). Esta abordagem sustenta que uma investigação responsável e crítica deve situar quem produz o conhecimento, de onde e para quem, recusando a neutralidade epistêmica e tornando visíveis as hierarquias sociais que atravessam a ciência.

Crenshaw (1989) argumenta que as opressões se interseccionam de formas complexas, tornando impossível supor que exista uma posição única e universal capaz de expressar o ponto de vista de todas as mulheres.

É neste ponto que a interseccionalidade se torna central para esta investigação, ao reconhecer que as experiências de gênero estão intrinsecamente articuladas a outros marcadores sociais, como raça, classe e sexualidade (Crenshaw, 2002; Collins, 2019). Assim, o presente estudo dialoga com a Teoria do Ponto de Vista Feminista ao valorizar a produção de conhecimento situado e adota a interseccionalidade como chave de leitura para captar a diversidade de experiências e formas de opressão vividas pela população LGBTQIAPN+.

Esta posição teórica permite valorizar a escuta das experiências vividas, dos sentidos atribuídos ao cuidado e das tensões que emergem nas práticas da APS. Tal abordagem possibilita aceder às vozes historicamente vulnerabilizadas, como as das pessoas LGBTQIAPN+ usuárias da APS, sem desconsiderar as percepções e desafios enfrentados

pelos médicos na sua prática cotidiana. A escuta destas experiências constitui, neste contexto, uma via privilegiada para compreender as múltiplas dimensões da exclusão e da resistência institucional.

Do ponto de vista ontológico, parte-se da compreensão de que a realidade social não é estática nem objetiva em si mesma, mas encontra-se em constante construção e transformação, sendo atravessada por relações de poder e normatividades sociais. Esta perspectiva inspira-se numa concepção dialética da realidade, segundo a qual os fenômenos não podem ser compreendidos de forma isolada, mas como partes de totalidades em movimento e contradição (Marconi & Lakatos, 2017).

Como salienta Engels (2020), os fenômenos devem ser entendidos nas suas conexões, encadeamentos e transformações constantes. Assim, a sociedade, os sujeitos e as instituições são aqui concebidos como processos históricos, dinâmicos e interdependentes. Esta abordagem possibilita analisar a Atenção Primária à Saúde não apenas como um local de práticas técnicas, mas como um campo simbólico e político, marcado por disputas, exclusões e potencialidades.

Neste sentido, a experiência de pessoas LGBTQIAPN+ nos serviços de saúde não pode ser examinada sem considerar os sistemas de dominação que as atravessam, como o cisheteropatriarcado, o racismo e o classismo, bem como as formas de agência, resistência e reconstrução identitária que se produzem nestes contextos.

Finalmente, no plano axiológico, esta investigação explicita o seu compromisso com valores de justiça social, equidade no cuidado e valorização da diversidade humana (Pedro, 2014). Baseando-se em princípios ético-políticos que colocam a dignidade das pessoas no centro da ação investigativa, este estudo propõe-se não apenas descrever as práticas e estruturas vigentes, mas também contribuir para a sua transformação, enfrentando as desigualdades e violências que persistem no acesso à saúde.

3.1.2 Abordagem qualitativa: uma justificação

Diante das opções paradigmáticas que orientam esta investigação e considerando os objetivos do estudo, a adoção de uma abordagem metodológica qualitativa revelou-se a mais adequada.

A investigação qualitativa, conforme propõem Denzin e Lincoln (2018), articula-se a partir da inter-relação de três níveis de atividade, ainda que nomeados de diferentes formas na literatura: (1) teoria, método e análise, (2) ontologia e epistemologia, e (3) metodologia.

Esta estrutura evidencia a interdependência entre os fundamentos filosóficos e as escolhas práticas do processo investigativo.

Neste mesmo sentido, Aires (2015) sublinha a importância da posição do investigador no delineamento da pesquisa:

Subjacente a estes três âmbitos está a biografia pessoal do investigador, que ventriloquiza vozes específicas quanto à classe, cultura e perspectiva étnica da realidade social que estuda. O investigador, multiculturalmente situado, constrói acerca do mundo e de si próprio um conjunto de ideias (domínio ontológico) que especificam um conjunto de questões, de modos de conhecer (domínio epistemológico) que, por sua vez, são examinados de formas específicas (domínio metodológico)." (p.15)

Esta compreensão está em consonância com a proposta de Martins (2004), ao afirmar que “o uso de uma metodologia ou de outra dependerá muito do tipo de problema colocado e dos objetivos da pesquisa” (p. 293). No presente estudo, cuja intenção é compreender as experiências de médicos que atuam na APS e de pessoas LGBTQIAPN+ que utilizam esses serviços, a abordagem qualitativa revela-se especialmente pertinente.

A investigação qualitativa, conforme Deslandes (2002), aprofunda-se “no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas” (p. 22). Ainda segundo esses autores, esta abordagem trabalha com os universos dos sentidos, motivações, crenças, valores, atitudes e aspirações dos sujeitos, permitindo aceder a dimensões mais profundas das relações sociais e dos processos vividos, que escapam à mera quantificação e à lógica da variável isolada.

Assim, opta-se por uma abordagem qualitativa por permitir compreender, de forma mais aprofundada e contextualizada, a riqueza e a complexidade das experiências dos participantes, tanto dos profissionais médicos como dos utentes LGBTQIAPN+, considerando as singularidades das suas trajetórias, práticas e percepções no interior da APS.

3.2 Contexto e participantes

A presente pesquisa contou com a participação de vinte pessoas, sendo dez utentes do SUS que se autodeclaram LGBTQIAPN+ e dez médicos, sendo cinco residentes do segundo ano em MFC e cinco médicos generalistas que atuam em UBS.

No grupo de pessoas LGBTQIAPN+, os critérios de inclusão foram: ter 18 anos ou mais, ser usuário do SUS, ser fluente em língua portuguesa e aceitar participar voluntariamente da pesquisa, mediante assinatura do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE). Foram excluídas pessoas cujo último atendimento médico na UBS tivesse ocorrido há mais de dois anos.

No grupo de médicos, foram incluídos profissionais que atuavam como generalistas na APS, com fluência em língua portuguesa e disponibilidade para participar da pesquisa de forma voluntária, mediante assinatura do RCLE. Especificamente, no subgrupo de residentes, considerou-se apenas aqueles matriculados no segundo ano do programa de Residência Médica em MFC. No subgrupo de generalistas, foram incluídos médicos que trabalham em UBS, excluindo-se os que possuíam residência médica e/ou especialização em MFC concluídas.

Quanto ao recrutamento, no caso dos utentes, optou-se por estratégias indiretas de divulgação, em articulação com redes e organizações locais de acolhimento à população LGBTQIAPN+, de modo a garantir maior segurança e confidencialidade no contato inicial. Para os médicos residentes, a coordenação do programa apoiou a divulgação da pesquisa, enquanto no caso dos generalistas, o convite foi feito por meio de contatos diretos estabelecidos via mensagens eletrônicas.

As características sociodemográficas das pessoas LGBTQIAPN+ entrevistadas estão detalhadas na Tabela 1, abaixo. Os participantes apresentam diversidade em termos de identidade de gênero, orientação sexual, faixa etária e escolaridade, contribuindo com diferentes perspectivas para a compreensão da realidade vivenciada por essa população nos serviços de APS.

Tabela 1 1: Características das pessoas LGBTQIAPN+ entrevistadas

CÓDIGO	IDADE	IDENTIDADE DE GÊNERO	ORIENTAÇÃO SEXUAL	ESCOLARIDADE
1P38	38	Mulher cisgênero	Lésbica	Ensino médio completo
2P23	23	Mulher transgênero	Heterossexual	Ensino médio completo
3P25	25	Mulher cisgênero	Bissexual	Pós-graduação
4P21	21	Homem cisgênero	Bissexual	Ensino médio completo
5P27	27	Mulher transgênero	Heterossexual	Ensino fundamental completo
6P39	39	Travesti	Pansexual	Ensino técnico
7P18	18	Homem cisgênero	Pansexual	Ensino fundamental completo
8P20	20	Mulher transgênero	Heterossexual	Ensino médio completo
9P29	29	Homem cisgênero	Gay	Pós-graduação
10P19	19	Pessoa transgênero não binária	Lésbica	Ensino médio completo

Fonte: a autora.

As características sociodemográficas dos dois subgrupos de médicos são apresentadas na Tabela 2. Importante ressaltar que mesmo os médicos que têm pós-graduação completa ou em curso (em áreas que não são a MFC) atuam como generalistas na APS do município.

Tabela 2: Características sociodemográficas e formativas dos médicos

CÓDIGO	IDADE	IDENTIDADE DE GÊNERO	ORIENTAÇÃO SEXUAL	FORMAÇÃO
1M31	31	Mulher cisgênero	Heterossexual	Cursando pós-graduação em Psiquiatria
2M34	34	Mulher cisgênero	Heterossexual	Médica generalista
3M30	30	Homem cisgênero	Heterossexual	Médico generalista
4M27	27	Mulher cisgênero	Bissexual	Pós-graduada em Ginecologia e Obstetrícia
5M31	31	Homem cisgênero	Heterossexual	Médico generalista
6MR30	30	Homem cisgênero	Heterossexual	Residente do 2º ano de MFC
7MR26	26	Homem cisgênero	Heterossexual	Residente do 2º ano de MFC
8MR29	29	Mulher cisgênero	Heterossexual	Residente do 2º ano de MFC
9MR26	26	Mulher cisgênero	Heterossexual	Residente do 2º ano de MFC
10MR28	28	Pessoa transgênero não binária	Lésbica	Residente do 2º ano de MFC

Fonte: a autora.

3.3 Método de recolha de dados

3.3.1 Entrevista semiestruturada

A entrevista é concebida como um meio ou um instrumento para aceder a informações sobre determinado tema relacionado a um problema de investigação (Manzini, 1991). Trata-se de uma conversa com finalidade na qual o diálogo entre investigador e participante é orientado por um propósito previamente definido (Minayo 2002).

Segundo Manzini (1991), a escolha dos métodos e técnicas deve ser orientada pela própria natureza do problema de pesquisa, ou seja, é necessário interrogar qual o caminho mais eficaz para compreender o fenómeno em questão. A resposta a essa interrogação guiará a seleção dos procedimentos mais adequados para estudá-lo.

Neste contexto, dando seguimento às escolhas paradigmáticas e metodológicas já delineadas, optou-se pela entrevista semiestruturada como método de recolha de dados, por se adequar aos objetivos do estudo e permitir captar a complexidade das experiências vividas pelos participantes.

Tal escolha justifica-se pela capacidade desta técnica em equilibrar dois aspectos fundamentais: de um lado, a direção do investigador, que organiza o roteiro com base nos eixos temáticos de interesse; de outro, a liberdade do entrevistado para desenvolver as suas respostas de forma aberta, permitindo que novos sentidos e questões emergentes sejam explorados. Como afirmam Minayo e Costa (2018):

A entrevista individual se caracteriza por sua forma de organização e utilidade para os estudos a que se destina: (a) levantamento de opinião, quando é mediada por um questionário totalmente estruturado, no qual a escolha dos interlocutores está condicionada às respostas a perguntas formuladas pelo investigador; (b) entrevista semiestruturada, que combina um roteiro com questões

previamente formuladas e outras abertas, permitindo ao entrevistador um controle maior sobre o que pretende saber sobre o campo e, ao mesmo tempo, dar espaço a uma reflexão livre e espontânea do entrevistado sobre os tópicos assinalados. (p. 142)

Neste tipo de entrevista, o papel do investigador consiste em criar um espaço de escuta ativa, lançando questões que desencadeiem a narrativa do participante, intervindo o mínimo possível. Como observam Lombardi et al. (2021), uma das principais vantagens desta técnica reside na possibilidade de colher informações inesperadas e aprofundar dimensões desconhecidas do fenômeno, justamente por permitir a livre expressão dos entrevistados.

Deste modo, a entrevista semiestruturada oferece condições para captar tanto os sentidos atribuídos pelas pessoas LGBTQIAPN+ às suas experiências de cuidado na APS, quanto as percepções e desafios vivenciados por médicos que atuam nesses contextos, contribuindo para uma compreensão mais densa, situada e relacional da realidade investigada.

3.3.2 Estrutura do guião

Com a decisão de utilizar a entrevista semiestruturada como técnica de recolha de dados, tornou-se necessária a elaboração de guiões que orientassem as conversas com os participantes. Durante o planeamento e a construção dos guiões de entrevista, foram considerados diversos cuidados metodológicos, tais como a coerência entre as questões formuladas e os objetivos da investigação, a clareza e acessibilidade da linguagem utilizada, bem como a estrutura, ordem e progressão das perguntas. Como salienta Manzini (2003), a elaboração de um guião requer atenção não apenas ao conteúdo, mas também à forma como as perguntas são organizadas, de modo a favorecer a escuta ativa e a fluidez do diálogo com os participantes.

A identificação foi um tópico comum nos dois guiões, servindo para recolher informações sociodemográficas e contextuais relevantes de todos os entrevistados. Para além disso, os guiões foram desenhados de acordo com as especificidades dos dois grupos participantes.

O guião dirigido aos médicos incluiu os seguintes eixos temáticos:

- Formação académica e percurso profissional;
- Experiência na prática da Medicina de Família e Comunidade/APS;
- Abordagens e percepções sobre diversidade;
- Conhecimentos e experiências relacionadas com as necessidades de saúde da população LGBTQIAPN+;
- Processos de aprendizagem sobre saúde LGBTQIAPN+.

O guião destinado às pessoas LGBTQIAPN+ abordou os seguintes tópicos:

- Percepções sobre a saúde em geral e sobre questões específicas relacionadas com a vivência LGBTQIAPN+;
- Expectativas e experiências no acesso e atendimento nos serviços de saúde, em particular na APS.

Ambos os guíões foram construídos segundo uma lógica semiestruturada, permitindo conjugar questões previamente definidas com abertura para a emergência de novos temas a partir das narrativas dos entrevistados. Os guíões encontram-se disponíveis em anexo para consulta.

3.4 Análise de dados

O presente tópico tem como objetivo apresentar o processo de análise de dados empreendido nesta pesquisa, detalhando os referenciais metodológicos que sustentaram essa etapa e os procedimentos analíticos adotados para a interpretação do material empírico. Trata-se de uma etapa essencial no percurso investigativo, pois conforme afirma Teixeira (2011):

A análise de dados é o processo de formação de sentido além dos dados, e esta formação se dá consolidando, limitando e interpretando o que as pessoas disseram e o que o pesquisador viu e leu, isto é, o processo de formação de significado. (p. 191-192)

Tal processo é, portanto, dinâmico e complexo, envolvendo idas e vindas entre o empírico e o teórico, entre descrições e interpretações, entre a indução e a dedução. Essa compreensão é reforçada por Amado (2014, p. 299), ao afirmar que “não basta recolher dados, é preciso saber analisá-los e interpretá-los (não sendo possível fazer uma coisa sem a outra)”. A transcrição integral das entrevistas, realizada logo após o término do trabalho de campo, já possibilitou uma primeira aproximação com o conteúdo empírico, favorecendo um olhar sensível às narrativas dos participantes.

O processo de análise dos dados foi orientado por fundamentos da análise de conteúdo, conforme Bardin (2016), que se organiza em três etapas principais: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise tem como objetivo principal a organização do material bruto e o estabelecimento de condições propícias para o início da análise sistemática (Bardin, 2016). Esta etapa compreende várias operações fundamentais. Seguindo o postulado pela autora, primeiramente, realizou-se a chamada leitura flutuante, que consiste em um contato livre e atento com o material, permitindo que o pesquisador seja atravessado por impressões iniciais e orientações mais gerais, à medida que o texto é percorrido sem juízo fechado. Essa leitura

inicial, conforme Bardin (2016), vai gradualmente se tornando mais direcionada, à medida que hipóteses e conexões teóricas emergem da interação com os dados.

Ainda na pré-análise, há a necessidade de escolha dos documentos (alinhado aos objetivos) e a formulação das hipóteses e dos objetivos, alinhadas ao problema de pesquisa. A seguir, é realizada a referenciação dos índices e elaboração dos indicadores, etapa que consiste na identificação de categorias gerais de análise, construídas com base na literatura especializada e nas observações iniciais do corpus. Por fim, procede-se à preparação do material, envolvendo sua codificação inicial, que permite transformar os dados brutos. Como afirma Bardin (2016, p. 147), “a codificação corresponde a uma transformação efetuada segundo regras precisas dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão”.

Essas operações exigem a definição de unidades de análise, as quais foram adotadas conforme os critérios de Bardin. Segundo a autora, a unidade de registro corresponde à “unidade de significação codificada e corresponde ao segmento de conteúdo considerado unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial” (Bardin, 2016, p. 148). Já a unidade de contexto consiste no fragmento mais amplo que oferece subsídios para a correta interpretação do conteúdo da unidade de registro. Neste estudo, adotou-se o tema como unidade de registro, por se tratar de um recorte que permite abarcar os sentidos mais amplos expressos nos discursos dos participantes.

Nesse sentido, recorreu-se à análise temática como método principal de organização e interpretação do material, compreendida como um processo de identificação, análise e descrição de padrões ou temas relevantes dentro do conjunto de dados. Braun e Clarke (2006, p. 6) afirmam que a análise temática “é um método para identificar, analisar e relatar padrões (temas) em dados”, e, segundo as autoras, um tema “captura algo importante sobre os dados em relação à questão da pesquisa e representa algum nível de resposta padronizada ou significado dentro do conjunto de dados” (Braun & Clarke, 2006, p. 10).

A análise dos dados empíricos foi conduzida segundo os pressupostos da análise temática proposta por Braun e Clarke (2006; 2021), adotando-se uma abordagem de orientação teórica, mas com abertura à emergência de novas compreensões a partir do material empírico. Partiu-se de categorias temáticas previamente delineadas a partir da literatura sobre saúde da população LGBTQIAPN+ e da Atenção Primária à Saúde, as quais forneceram um quadro de referência inicial para a leitura e codificação dos dados. No entanto, manteve-se abertura para que novos sentidos emergissem do material empírico,

permitindo o refinamento de categorias e a identificação de nuances não previstas. Esta estratégia possibilitou uma análise crítica e dialógica, que integra as narrativas dos participantes com os referenciais teóricos previamente discutidos, respeitando tanto a densidade dos discursos individuais quanto as estruturas sociais e institucionais que os atravessam.

As seis fases da análise temática, conforme estabelecidas por Braun e Clarke (2006; 2021), foram seguidas conforme descrito a seguir:

1. **Familiarização com os dados:** envolveu a transcrição e leitura aprofundada dos dados transcritos, permitindo a pesquisadora mergulhar na profundidade e amplitude do conteúdo.
2. **Geração de códigos iniciais:** consistiu na codificação manual do material, a partir da identificação de segmentos que expressassem significados relevantes para os objetivos do estudo. Esses códigos funcionaram como unidades interpretativas intermediárias entre os dados e os temas.
3. **Busca por temas:** os códigos foram agrupados em temas potenciais, sendo reunidos todos os trechos relevantes para cada agrupamento temático.
4. **Revisão dos temas:** os temas identificados foram avaliados quanto à sua coerência interna, abrangência e fidelidade ao conjunto dos dados, o que implicou o refinamento, divisão ou fusão de categorias, sempre com base na análise criteriosa do material.
5. **Definição e nomeação dos temas:** essa etapa implicou a delimitação conceitual de cada tema, buscando-se captar sua essência e relação com os objetivos da pesquisa. Quando necessário, foram identificados subtemas que aprofundavam aspectos específicos.
6. **Produção do relatório:** por fim, realizou-se a análise interpretativa final e a redação do texto que compõe os resultados da pesquisa, integrando os achados empíricos com a fundamentação teórica, de forma crítica e articulada.

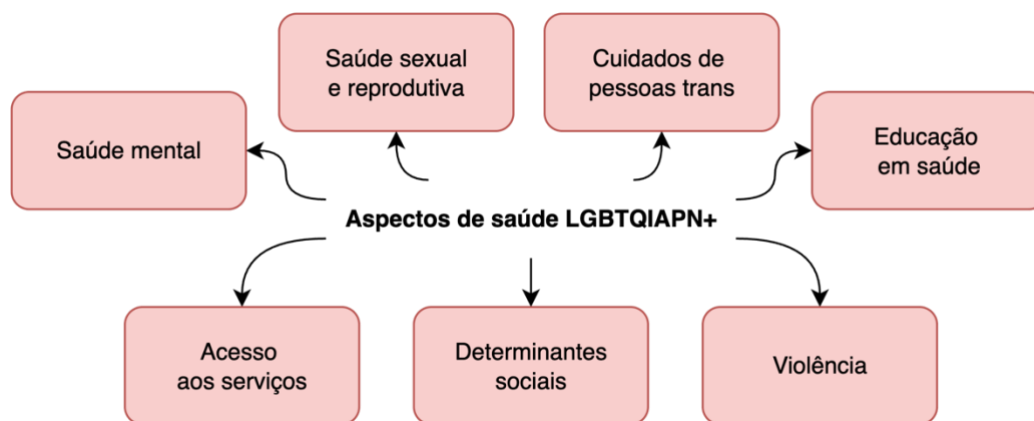
Com base nesses procedimentos, foi realizada a análise de conteúdo, aplicando-se, conforme Bardin (2016), o princípio da exaustividade: todos os elementos relevantes ao objeto de estudo foram incluídos, garantindo a representatividade do material analisado e favorecendo a robustez dos achados interpretativos.

Os materiais empíricos coletados e analisados consistem em 20 entrevistas semiestruturadas, sendo 10 com utentes LGBTQIAPN+ e 10 com médicos que atuam na

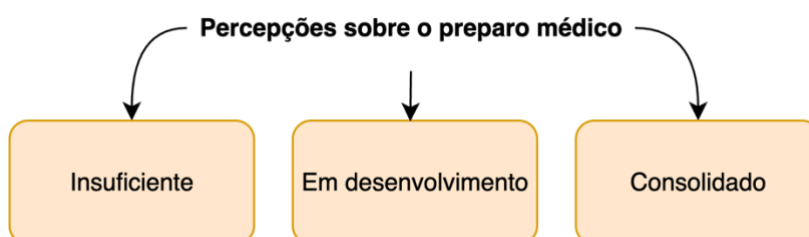
APS do município, sendo 5 generalistas e 5 residentes do segundo ano da Residência em MFC.

A análise foi realizada de forma manual e as principais categorias encontradas foram: Aspectos de saúde LGBTQIAPN+, abordagem da sexualidade, experiências formativas, percepções sobre o currículo médico, percepções sobre o preparo médico e expectativas de competências médicas.

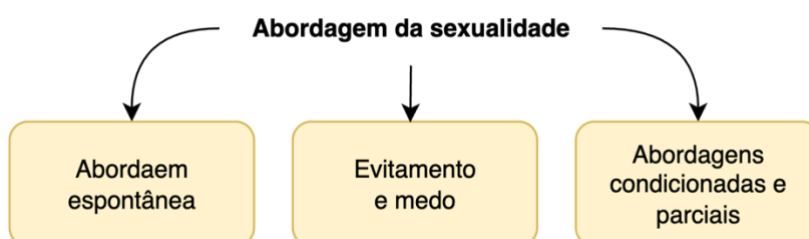
Figura 1: Análise temática - categorias



(a) categoria 1



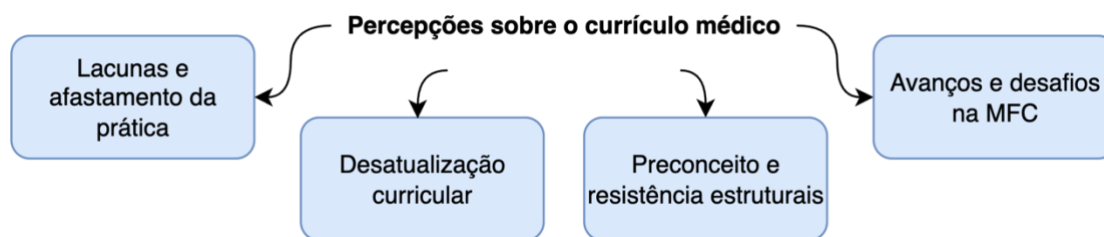
(b) categoria 2



(c) categoria 3



(d) categoria 4



(e) categoria 5



(f) categoria 6

Fonte: a autora.

Outras categorias e subcategorias surgiram durante a análise. Contudo, não faziam sentido para responder aos objetivos desta pesquisa. Portanto, o material coletado ainda permite realização de outros trabalhos. Para finalizar o capítulo que trata da metodologia, será tratado, no próximo tópico, acerca das questões éticas que guiaram esse trabalho.

3.5 Questões Éticas

A ética em pesquisa representa um eixo fundamental para a condução de estudos científicos que envolvem seres humanos, sendo pautada no respeito à dignidade, à autonomia e à proteção dos participantes. Nesse contexto, todo o planejamento metodológico desta pesquisa foi estruturado com o objetivo de atender às normas e diretrizes éticas vigentes tanto em Portugal quanto no Brasil. Embora a instituição proponente da pesquisa seja a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, em Portugal, a coleta de dados foi realizada no Brasil, o que exigiu a observância da legislação brasileira relativa à ética em pesquisa com seres humanos - especialmente a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde.

Dessa forma, foram obtidas todas as aprovações institucionais e éticas pertinentes. O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, bem como pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado em que se realizou o trabalho e pela Comissão

Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Para a execução da coleta de dados no território nacional, também foi necessária a autorização da Secretaria Municipal de Saúde.

Conforme salienta o Conselho Nacional de Saúde (2016, p. 1), “a ética em pesquisa implica o respeito pela dignidade humana e a proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos”. Em consonância com esse princípio, os participantes da presente pesquisa foram devidamente informados sobre todos os aspectos relacionados ao estudo, recebendo orientações claras sobre os objetivos, procedimentos, potenciais riscos e benefícios da participação, conforme prevê o Capítulo III da Resolução nº 510/2016. Entre os direitos assegurados aos participantes estão: ser informado sobre a pesquisa; desistir da participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo; ter sua privacidade respeitada; garantir a confidencialidade de suas informações pessoais; decidir sobre a divulgação de sua identidade; ser indenizado por eventuais danos decorrentes da pesquisa; e receber ressarcimento de despesas diretamente relacionadas à participação no estudo.

Com base nesses princípios, todos os participantes assinaram o RCLE, elaborado em conformidade com as normativas brasileiras e portuguesas e que se encontra em anexo. O documento detalha, de maneira acessível, todas as informações relevantes sobre o estudo e reforçava o direito de desistência a qualquer momento, sem prejuízo ou necessidade de justificativa, conforme reforçado tanto verbalmente quanto no conteúdo do registro.

Com o intuito de assegurar a privacidade, o sigilo e a confidencialidade das informações coletadas, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas pela própria pesquisadora principal. Os dados foram organizados em planilhas utilizando códigos numéricos de identificação, de forma que os nomes dos participantes não constassem nos documentos de análise. A chave de identificação entre nomes e códigos foi armazenada em um arquivo seguro e acessível exclusivamente à pesquisadora principal, garantindo a rastreabilidade em caso de necessidade de certificação dos dados, sem comprometer o anonimato dos participantes.

Além disso, os participantes foram orientados a respeito dos riscos, desconfortos e benefícios relacionados à participação na pesquisa. Embora os riscos tenham sido minimizados ao máximo, reconhece-se a possibilidade de exposição acidental de dados pessoais. Quanto aos desconfortos, estes poderiam advir do tempo dedicado à entrevista, da abordagem de temas sensíveis ou da evocação de experiências pessoais e profissionais - o que poderia provocar algum grau de incômodo ou sensação de vulnerabilidade.

Em relação aos aspectos operacionais, os participantes foram informados de que não haveria pagamento pela participação, mas que seriam ressarcidos, caso necessário, das

despesas diretamente relacionadas à coleta de dados, como transporte e alimentação. O custeio integral desses valores ficou sob responsabilidade da pesquisadora principal. Adicionalmente, caso fosse necessária qualquer assistência durante ou após a participação, foi garantido o suporte para o encaminhamento a serviços de saúde adequados, bem como o acompanhamento pela pesquisadora responsável em situações de eventual complicação ou dano decorrente da participação no estudo.

Para além do cumprimento das exigências formais de aprovação ética, esta investigação assumiu a ética como um compromisso permanente de vigilância crítica sobre o próprio processo de pesquisa. Isso implicou reconhecer a posição da investigadora, as possíveis assimetrias de poder entre pesquisadora e participantes e os efeitos que essas relações poderiam produzir na coleta, análise e apresentação dos dados. A reflexividade foi exercida ao longo de todas as etapas do estudo, procurando garantir que as experiências relatadas fossem representadas de forma respeitosa, sem reforçar estigmas ou invisibilizar identidades. Tal postura visou assegurar justiça para com as populações participantes, reconhecendo-as como produtoras de conhecimento e não apenas como objeto de investigação.

Por fim, salienta-se que todas as etapas da pesquisa foram planejadas e executadas com o máximo rigor ético e compromisso com os direitos dos participantes, assegurando não apenas a conformidade legal, mas principalmente o respeito aos valores fundamentais de justiça, equidade e dignidade humana.

4 RESULTADOS – PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+ NO CONTEXTO DA APS

Este capítulo tem como objetivo apresentar e discutir os principais resultados desta pesquisa, buscando não apenas descrevê-los, mas também integrá-los à literatura científica existente sobre o tema. A análise está organizada de modo a contemplar, em um primeiro momento, as principais demandas de saúde da população LGBTQIAPN+ e a percepção acerca do preparo dos médicos para o atendimento dessa comunidade. Em seguida, aborda-se a forma como a sexualidade é discutida nos atendimentos, bem como as experiências de formação e capacitação profissional voltadas ao cuidado em saúde LGBTQIAPN+ e as percepções sobre o currículo médico frente a essa temática. Por fim, são exploradas as expectativas de competências médicas quanto aos cuidados fornecidos às pessoas LGBTQIAPN+ na APS.

4.1 Aspectos de saúde relevantes para a população LGBTQIAPN+: perspectiva de médicos e utentes

O presente tópico centra-se na discussão acerca dos aspectos de saúde considerados relevantes para a população LGBTQIAPN+, a partir das percepções dos médicos e, de forma complementar, das próprias pessoas que compõem essa comunidade. Portanto, foram mobilizados dados obtidos das entrevistas semiestruturadas realizadas com ambos os grupos, o que permitiu uma melhor compreensão de como as concepções profissionais se articulam com as experiências dos utentes e com o conhecimento existente na literatura especializada, discutida no capítulo de fundamentação teórica.

“Em primeiro lugar...tem que garantir acesso”: aceder aos serviços de saúde como demanda primordial

Entre as necessidades de saúde apontadas pelos utentes, destaca-se de forma recorrente a garantia do acesso pleno e equitativo aos serviços de saúde, percebido como condição básica e prévia para a efetivação de qualquer cuidado:

“Olha, eu acho que, em primeiro lugar, a gente, hoje em dia, tem que garantir acesso, né?” (3P25)

“Eu acredito, assim, que buscar a saúde é uma coisa tão natural, tão normal. Só que muitas das vezes é negado para a gente.” (6P39)

“Para uma travesti é muito difícil a gente adentrar um uma UBS, um posto de saúde.” (6P39)

“Quando a gente não consegue acessar o mínimo, como uma testagem rápida, a gente não consegue acessar os demais serviços [...] Nossa saúde não se resume a isso, mas

a gente não consegue nem isso, que é algo básico e rápido, imagine o que é mais complexo.” (9P29)

Estes relatos se alinham aos achados da literatura: ser LGBT+ configura-se como fator independente associado a piores condições de acesso aos serviços de saúde (Crenitte et al., 2023).

Curiosamente, essa perspectiva de acesso como necessidade de saúde, destacada de forma recorrente pelos utentes, esteve praticamente ausente nos discursos dos médicos entrevistados, o que sugere uma lacuna importante na percepção profissional: embora os médicos possam reconhecer demandas clínicas e sociais da população LGBTQIAPN+, muitas vezes não consideram o acesso aos serviços de cuidados como um determinante central da saúde. Esse distanciamento evidencia a necessidade de ampliar a visão médica e a sensibilização profissional, de modo a incluir a compreensão das barreiras institucionais, sociais e culturais que limitam o acesso, reconhecendo que a sua garantia é um componente essencial para a integralidade e equidade do cuidado.

A diversidade das demandas de saúde sexual e reprodutiva

Os aspectos de saúde sexual foram amplamente referidos por ambos os grupos entrevistados, refletindo a centralidade desta dimensão no cuidado à população LGBTQIAPN+. No entanto, os relatos demonstram que essas demandas vão muito além da prevenção e tratamento de IST, ainda que este seja o ponto de partida mais frequente nas falas dos utentes:

“A gente tem que se prevenir também, né? Porque às vezes a gente não sabe o que esses homens têm. A gente tem que tomar muito cuidado agora.” (5P27)

“Olha, isso para mim, eu acredito que seria mais com relação às IST, porque como eu me relaciono, não com muita gente, mas com diferentes tipos de pessoas, e aí eu não sei o que é que aquela pessoa tem. Então é mais nesse sentido de cuidado.” (7P18)

“Eu acho que pra pessoa LGBT ter saúde, ela tem que se cuidar sexualmente, né? [...] fazer seus testes rápidos [...] usar camisinha, e é isso.” (8P20)

Alguns médicos também destacaram as IST como questão prioritária, o que demonstra um alinhamento entre percepções de utentes e profissionais:

“Essa demanda pode ser relacionada com alguns tipos de IST [...] acredito que seja mais essa parte” (5M31)

“Essa parte de ter também essa questão de doenças sexualmente transmissíveis [...]” (8MR29)

Contudo, a literatura aponta que a associação quase exclusiva entre a saúde da população LGBTQIAPN+ e IST ainda é uma prática recorrente nos serviços, perpetuando estigmas e

reducionismos (Guimarães et al., 2021). Essa percepção foi explicitamente reconhecida por uma residente:

“Existe o estigma que uma pessoa LGBT, quando ela vem ao atendimento a primeira coisa que a gente lembra é: vamos triar, vamos triar para IST [...]” (8MR29)

O foco no manejo de IST é relevante, dado o impacto do HIV e de outras infecções entre algumas minorias sexuais e de gênero (CDC, 2021; Chan et al., 2016; McMullan et al., 2024). No entanto, reduzir a saúde sexual desses indivíduos a essas questões pode invisibilizar outras dimensões importantes do cuidado. Nesse sentido, como destacam Gagliotti e Hercowitz (2021), a abordagem clínica deve ser guiada pelas práticas sexuais relatadas, e não por suposições baseadas na identidade de gênero ou orientação sexual.

A profilaxia pré-exposição foi outro tema recorrente nas entrevistas, sendo citada por ambos os grupos, reafirmando sua relevância no cuidado:

“E a questão de PrEP também, de profilaxia, que eu acho que também tem que ser mais difundida.” (1M31)

“Muitos dos homens gays que eu atendo fazem uso de PrEP. Eu acho que essa demanda, assim, acaba que o maior público realmente são homens gays.” (10MR28)

“[...] se cuidar, tomar a PrEP direitinho, né?” (8P20)

No âmbito da prevenção do HIV, o uso da PrEP para pessoas em risco aumentado de aquisição dessa infecção é um aspecto central no cuidado em saúde (Brasil, 2022). Esse alinhamento de percepções entre utentes e médicos é positivo, pois reforça esse aspecto como importante para a saúde dessas pessoas.

Outras demandas emergentes dizem respeito aos cuidados específicos relacionados às práticas sexuais:

“Ultimamente, tem vindo muitos pacientes homossexuais com questões de sangramento retal [...]” (1M31)

“Eu acho que é a questão do sexo anal. Tem cuidados específicos, que se você não faz, você vai ter fissuras.” (9P29)

“A gente está falando de beijo grego [...] então tem a questão da hepatite, que eu preciso estar atento, saúde bucal [...] então tem demandas específicas relacionadas às minhas práticas.” (9P29)

Esses relatos evidenciam que tais demandas existem e impactam diretamente a saúde da população atendida, devendo ser consideradas nas práticas de cuidado.

Outro elemento importante, mas pouco referido nesta pesquisa, é a questão do prazer e da satisfação sexual como componentes da saúde integral, como relata esse utente:

“[...] entender que a lubrificação é importante, que o cuspe não ajuda, para as mulheres, também o relaxamento [...] então tem muita gente fazendo sexo e não tendo

prazer, né, então, o sexo é importante, o prazer é importante pra garantir a saúde.” (9P29)

Embora esse ponto tenha sido mencionado por apenas um participante entre os dois grupos, ele aponta para um fundamental aspecto da abordagem clínica. Nenhum dos médicos citou espontaneamente o prazer ou a satisfação sexual, o que nos permite refletir que este tema raramente integra as anamneses, apesar das recomendações sugerirem incluir perguntas sobre disfunções sexuais e qualidade da vida sexual para apoiar as pessoas LGBTQIAPN+ em uma vivência sexual saudável (Junior et al., 2021).

Por fim, ainda que menos frequente, a saúde reprodutiva também foi mencionada, remetendo ao direito à parentalidade, que, no Brasil, está assegurado às minorias sexuais tanto por reprodução assistida quanto por adoção (Brasil, 2016; Battaglia et al., 2021; Ciasca et al., 2021). Um dos residentes refere que já vivenciou essa busca por parte de seus pacientes:

“Eu diria mais com relação a, às vezes, ao planejamento familiar [...] eu já vi pessoas que planejaram casar ou estão querendo ter filhos.” (7MR26)

Assim, nossa análise demonstra que a saúde sexual e reprodutiva da população LGBTQIAPN+ deve ser compreendida como multidimensional, envolvendo prevenção de IST, acesso a PrEP, cuidados específicos às práticas sexuais, atenção ao prazer e à satisfação sexual, e garantia dos direitos reprodutivos. Apesar de algumas convergências entre médicos e utentes, principalmente no que se refere a centralidade das IST como importante demanda de saúde entre essa população, observa-se que temas como saúde reprodutiva e bem-estar sexual surgiram de forma pontual e, em geral, não aparecem sistematicamente nos discursos, evidenciando que ainda há um caminho a percorrer para integrar plenamente essas dimensões na prática clínica e na formação profissional e também para que os pacientes sintam-se convidados a abordar essas temáticas durante os atendimentos.

Vale destacar, no entanto, que o Caderno de Atenção Básica nº 26, que trata da saúde sexual e reprodutiva na APS no Brasil, engloba a população LGBT, mesmo sendo uma publicação antiga. Este documento aborda a importância de todos os profissionais de saúde conhecerem sobre as práticas sexuais e sociais das pessoas LGBT, para que o cuidado prestado a elas seja o mais adequado possível, além de reforçar que esses profissionais devem ser fonte de acolhimento para esses indivíduos e suas famílias, bem como fornecedores de informações confiáveis (Brasil, 2010).

Saúde da população trans – hormonização como necessidade de saúde

A publicação da Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, redefiniu e ampliou o processo transexualizador no SUS, além de afirmar o papel da Atenção Básica como porta de entrada para esse processo, que deve ser pautado no acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação, com encaminhamento regulado aos serviços de atenção especializada no processo transexualizador, se necessário (Brasil, 2013). Esse processo foi referido por diversos médicos como uma necessidade de saúde importante para pessoas trans:

“[...] as pacientes trans também, pra encaminhar para o processo transexualizador.” (1M31)

“Eu consigo pensar mais na população trans, nas questões de hormonização e de redesignação.” (2M34)

“E as pessoas que transicionam, claro, tem essa questão específica.” (4M27)

“[...] uma pessoa que queira fazer uma transição de gênero, e precise desse acompanhamento (8MR29)”

Apesar do reconhecimento dessa demanda de saúde específica por parte dos profissionais, é necessário relembrar os desafios e entraves desse processo. Uma pesquisa que avaliou 1.317 mulheres trans e travestis do Brasil, verificou que 85,9% das participantes já haviam usado hormônios, com 72,5% das entrevistadas fazendo, no momento da coleta de dados, uso de medicamentos dessa classe por conta própria, ou seja, sem prescrição médica (Bassichetto et al., 2024). Nesse contexto, os relatos dos médicos se alinham à literatura e à fala de um dos utentes:

“As pessoas trans que eu conheço, geralmente elas fazem uso de diversos medicamentos, né, tipo hormônios, e eu acredito que o cuidado delas deveria ser, como eu posso dizer assim, uma necessidade de saúde [...]” (7P18)

Apesar da importância do reconhecimento da hormonização como uma demanda de saúde das pessoas trans pelos médicos generalistas e residentes, cabe-nos questionar: esses profissionais estão aptos a realizar o manejo dessa questão na sua prática clínica na APS? Esse tópico que será abordado na próxima seção.

O estresse de minorias como demanda de saúde

A relação entre a saúde mental de pessoas LGBTQIAPN+ e a teoria do estresse de minorias já foi amplamente discutida no primeiro capítulo desta dissertação. A atenção dedicada a essa temática justifica-se pelas inúmeras evidências de maior prevalência de transtornos de saúde mental nessa população (King et al., 2008; Pinna et al., 2022; Malik et

al., 2023). Os achados da literatura corroboram os relatos dos utentes, que destacam a saúde mental como prioridade:

“Eu acho que **em primeiro lugar é ter um acompanhamento psicológico [...]**” (6P39)

“**Saúde mental, porque querendo ou não, a gente LGBT, a gente engole muito o sapo na vida** e fica aquilo, né? Existem pessoas que já sofrem preconceito desde pequeno dentro de casa, vai crescendo com aquilo.” (8P20)

“Saúde mental também é importante.” (9P29)

Os relatos dos médicos estão alinhados ao dos utentes nesse quesito, demonstrando a importância desse aspecto na saúde de minorias sexuais e de gênero:

“A principal coisa que eu vejo pra tentar abordar é justamente a saúde mental [...] a gente tem que ver **essa questão da discriminação que essa população sofre. Gera um sofrimento por si só.**” (3M30).

“Questões psicológicas, porque muitas vezes algumas pessoas não são aceitas pela família, pelo ambiente, se sentem excluídos. Então, tem também a saúde mental, né?” (4M27)

“E principalmente questões de saúde mental, porque eles provavelmente devem ter problemas em casa, ou na vida, ou no trabalho, que podem ser abordados e que, às vezes, confluem com uma situação de risco.” (6MR30)

“E dessas demandas psicológicas também, que afetam muito, né?” (9MR26).

Esses relatos evidenciam a presença de estressores distais, como a discriminação e a exclusão social, e proximais, como a internalização da homofobia, fatores que são centrais no modelo de estresse de minorias (Meyer, 2003). Um ponto recorrente é a própria família como fonte de sofrimento:

“Eu atendo muito paciente homossexual que está ali na descoberta da sexualidade. Eu tive até um, essa semana, que o pai não aceita a questão da orientação sexual [...]” (1M31)

Nesse sentido, como afirma Hercowitz (2019), crescer em um ambiente em que a aceitação é possível e o peso do ideal normativo não é imposto constitui fator protetivo fundamental, reduzindo o sofrimento e a estigmatização. Portanto, para além de reconhecer o estresse de minorias advindo da discriminação como uma necessidade de saúde, cabe ao médico identificar as condições relacionais e familiares em que o paciente está inserido, uma vez que estas podem atuar como barreiras ou apoios significativos no processo de cuidado. Tal sensibilidade permite não apenas compreender melhor as demandas de saúde, mas também direcionar intervenções que favoreçam vínculos positivos e reduzam o impacto de contextos de exclusão.

Analisando, portanto, os relatos, conseguimos responder ao que nos questionamos no capítulo de fundamentação teórica: os médicos (tanto generalistas quanto residentes)

parecem reconhecer o impacto do estresse de minorias na saúde da população LGBTQIAPN+. Isso, somado aos relatos dos utentes e aos achados da literatura, reafirma a saúde mental e a exposição à discriminação como necessidades de saúde centrais desses pacientes. Mais uma vez, nos questionamos, agora, se, para além desse reconhecimento, há preparo para lidar com essas demandas na prática.

Frente aos relatos dos médicos e utentes, é possível, ainda, refletirmos que a discussão sobre saúde da população LGBTQIAPN+ no contexto do estresse de minorias não pode prescindir do reconhecimento dos fatores de proteção e da resiliência. Meyer (2015) chama atenção para a resiliência, entendida como a capacidade de sobreviver e prosperar diante da adversidade, pressupondo uma resposta eficaz ao estigma e à discriminação, sendo especialmente relevante quando se considera a hostilidade cotidiana enfrentada pela população LGBTQIAPN+. Portanto, além dos médicos reconhecerem o papel do estigma e da discriminação na saúde mental dos utentes, parece-nos imprescindível que saiba quais recursos vai mobilizar para auxiliá-lo nesse processo.

É importante, no entanto, referir que o foco excessivo na resiliência individual, descolado da análise estrutural, corre o risco de reproduzir ideologias de meritocracia e individualismo (Hobfoll, 1998). Esperar que indivíduos sejam “heroicamente resilientes” obscurece desigualdades e desresponsabiliza o Estado diante das barreiras impostas pela homofobia, pelo racismo e pela precariedade socioeconômica. Por isso, no próximo tópico trataremos do papel dos determinantes sociais como aspectos de saúde relevantes para a população LGBTQIAPN+.

Determinantes sociais na saúde LGBTQIAPN+

Em sequência ao que estava sendo abordado no tópico anterior, podemos dizer que é aqui nesse aspecto que a resiliência comunitária ganha centralidade, expressando-se em recursos coletivos e politicamente engajados que fortalecem a capacidade de resposta da população LGBTQIAPN+ ao estigma e à discriminação (Meyer, 2015). Entre os recursos tangíveis, destacam-se centros comunitários, grupos de apoio, clínicas especializadas, leis afirmativas e campanhas educativas - frutos de mobilizações sociais e da ação contínua dos movimentos LGBTQIAPN+. As falas dos utentes reforçam a importância desse apoio coletivo:

“Acho que ter acesso à comunidade desde criança. Porque, acho que, quando eu era criança, eu não sabia que as pessoas podiam ser gays. Eu achava que quando cresciam, as pessoas automaticamente se casavam com outras só porque sim. E aí,

foi meio que um processo difícil de descobrir que não é algo assim que eu quero, é algo que as pessoas estão forçando em mim.” (10P19).

“Manter uma amizade que não seja tóxica, né? Uma amizade que seja plausível. Além de participar de atividades, né, com outras pessoas também. Isso ajuda bastante a se desenvolver socialmente.” (8P20).

“Acho que o que você deveria ter é um apoio, assim, da família [...] ou então, da comunidade, da escola, que acho que falta de ser mais forte [...] **se não tem ninguém pra te dar apoio**, ninguém pra saber que, tipo, tu tá vivendo um processo normal, que as pessoas devem viver, a gente fica muito mais perdido e **tem chance de tu ser tornar mais vulnerável**.” (10P19).

Esses relatos evidenciam como o fortalecimento das redes comunitárias e sociais é percebido pelos próprios utentes como um fator protetivo e promotor de saúde. Contudo, chama atenção a ausência dessa dimensão nos discursos médicos. Nenhum dos profissionais entrevistados mencionou explicitamente a articulação com grupos comunitários, instituições de apoio ou movimentos sociais LGBTQIAPN+ como aspectos importantes para a saúde, o que sugere uma lacuna na abordagem da APS. Tal ausência levanta questões sobre a extensão do olhar clínico: será que os médicos consideram o relacionamento comunitário e social como parte do cuidado integral? Reconhecem a potência dessas redes para apoiar a saúde mental, reduzir o isolamento e facilitar o acesso aos serviços? Refletir sobre essas questões pode abrir caminhos para práticas intersetoriais, que valorizem o trabalho em rede e a colaboração entre serviços de saúde, escolas, associações e coletivos da sociedade civil, ampliando a potência da APS na promoção da saúde dessa população.

Ainda no âmbito dos determinantes sociais, emergiu de forma marcante a questão da empregabilidade como um aspecto que também influencia a saúde. A dificuldade de acesso ao mercado de trabalho formal, em especial para travestis e mulheres trans, aparece como um fator gerador de sofrimento, agravado pela lógica da adequação à cisheteronormatividade como critério de aceitação social, o que é referido no discurso de uma utente e de uma médica:

“Porque a gente vai crescendo e ao longo do tempo, a gente quer ter uma casa, um serviço bom, um carro, e a gente se pergunta: Meu Deus, como que eu vou conseguir isso? Porque o preconceito é muito grande, né? [...] que **as mulheres trans, nossa, é raro nós arrumar serviço, é muito difícil. É muito difícil, então, isso gera, deixa a gente com a ansiedade a mil**. Muita coisa pesada pra gente.” (8P20).

“Eu recebo pacientes trans e travestis que sempre reclamam do quanto é difícil conseguir trabalho. Como elas geralmente aplicam para vagas de atendimento ao público, é muito difícil conseguirem algo, porque as empresas não costumam contratar. Como elas seriam o ‘rosto’ da empresa, dependendo da forma que elas se apresentam, acaba que não conseguem trabalho por não estarem em um padrão.” (2M34).

Esse quadro é confirmado pelos dados do CensoTrans, segundo o qual 89,5% de travestis e mulheres transexuais no Brasil atuam como profissionais do sexo (RedeTrans, 2022). A precariedade laboral, longe de ser um problema individual, revela-se como um determinante social da saúde de caráter estrutural, que intensifica desigualdades e limita as possibilidades de autonomia dessa população. O fato de essa questão ter sido citada por uma das utentes trans entrevistadas e por uma das médicas reforça a relevância dessa temática para esse grupo, além de indicar algum nível de reconhecimento profissional sobre o impacto que a exclusão do mercado formal de trabalho tem na saúde das pessoas trans. Essa convergência entre experiência vivida e percepção clínica sugere um ponto de contato potencialmente fértil para a formulação de intervenções intersetoriais, em acordo ao que estamos discutindo nesse tópico.

Exposição a violência como demanda de saúde LGBTQIAPN+

Outro aspecto que emerge dos discursos e que consideramos de grande relevância é a referência à violência estrutural a que pessoas LGBTQIAPN+ estão expostas, que é entendida, aqui, como um fenômeno contínuo, difuso e multiforme (Brasil, 2025), que atravessa diferentes dimensões da vida e produz efeitos diretos e indiretos na saúde. As falas dos médicos entrevistados revelam sensibilidade para essa questão, reconhecendo a violência como parte do contexto de vida de seus pacientes:

“[...] relacionado também com casos de violência.” (5M31)

“[...] eu vi muito essa questão de agressão de outros grupos. Seja da família que não aceita, seja de alguém de fora que realmente parte para agressão física. Em ambas as situações eu já tive a oportunidade de atender.” (7MR26)

O reconhecimento da violência por parte dos médicos é um dado potente, pois sugere que, ao menos no plano do discurso, ela é considerada como um aspecto de saúde e é levada em conta no processo de cuidado.

Importante ressaltar que esse tema não foi trazido de forma direta por nenhum dos utentes entrevistados. Essa ausência pode ser interpretada de diferentes maneiras: por um lado, pode indicar que relatar experiências de violência continua a ser um ato de exposição delicado, que exige alto nível de confiança e segurança. Por outro lado, pode refletir que parte dos utentes não reconhece (ou não associa) as experiências de violência aos aspectos de saúde da população LGBTQIAPN+.

Essa discrepância entre o olhar clínico dos médicos e o silêncio relativo dos utentes sobre o tema nos convoca a problematizar até que ponto os serviços de APS têm conseguido

abrir espaço para que essas vivências sejam nomeadas, legitimadas e trabalhadas no cuidado. Afinal, reconhecer e acolher a experiência de violência não é apenas uma questão de escuta, mas também um passo fundamental para a promoção da saúde integral.

Educação em saúde como uma demanda de cuidado

Por fim, outro ponto destacado tanto por utentes quanto por médicos é o papel primordial da educação em saúde para o cuidado de pessoas LGBTQIAPN+, o que lhes faz considerar esse aspecto como uma demanda dessa população:

“[...] então, eu acredito que palestra, educação sexual, educação comunitária a respeito de prevenção, tudo isso daí é primordial.” (1P38).

“Existem algumas demandas específicas, mas mais na intenção de educação em saúde, eu acho.” 9MR26

As falas acima ganham potencial quando associadas a outros relatos, que revelam a persistência de lacunas significativas de informação, em especial sobre práticas sexuais entre mulheres e estratégias de prevenção, referidas tanto por utentes como por uma médica:

“Porque sobre o sexo heterossexual se fala muito [...], mas, por exemplo, sobre o sexo entre duas mulheres, **as pessoas não sabem como é que se protege**. É muito complicado.” (4M27).

“Por exemplo, eu acho que **uma coisa que eu não tive muita educação é a respeito da sexualidade entre mulheres, né?** Como questão de prevenção. Existem as camisinhas, e eu acho que as pessoas super adaptam essas formas de preservativos, né? Mas, ao mesmo tempo, não tem nada específico, nada elaborado, nada pensado, eu acho, pra essas pessoas. Se tem, eu não tô sabendo, né? [...] eu acho que a falta de informação reflete a falta de preocupação com esse tema.” (3P25).

“E diferente de pessoas héteros, que em geral têm mais informações, as questões que a gente tem estão sendo criadas ainda.” (9P29).

Por exemplo, no que se refere a MSM, as diretrizes recomendam orientar o uso de barreiras de proteção, como campos de látex e preservativos femininos, para reduzir as chances de compartilhamento de fluido vaginal, sangue ou sêmen (durante todos os tipos de relação sexual). Também deve ser orientado o uso de preservativos nos brinquedos sexuais, além de reforçar a necessidade de higienização adequada desses objetos entre os usos (Knight & Jarret, 2017). Então, essas informações existem e estão disponíveis na literatura médica, no entanto, os relatos sugerem que isso dificilmente chega até os utentes, o que evidencia como práticas sexuais não heteronormativas permanecem pouco contempladas nos espaços educativos e clínicos, produzindo uma invisibilidade que fragiliza a prevenção.

Um outro aspecto relevante diz respeito à educação em saúde no campo do rastreamento de neoplasias, frequentemente negligenciado e atravessado por mitos que contribuem para a

exclusão de mulheres lésbicas e bissexuais dos cuidados preventivos. Um dos mais difundidos é a falsa crença de que mulheres que não mantêm relações sexuais com homens estariam dispensadas da realização do exame de rastreamento para o câncer do colo do útero (Vieira & Borret, 2021). Os relatos dos médicos evidenciam a persistência dessa desinformação, mostrando que eles lidam com isso em sua prática diária:

“Eu vi que muitas mulheres não sabem, não têm nem noção de que elas precisam fazer o preventivo, apesar de hoje em dia se relacionarem só com mulheres.” (4MR27).

“Desinformação acerca de rastreamento [de neoplasias]” (9MR26).

“Por exemplo, eu percebo que muitas mulheres lésbicas que eu atendo, que nunca se relacionaram com um homem ou se relacionaram com um homem só uma vez, acreditam que elas não precisam, por exemplo, fazer coletivo preventivo, né.” (10MR28).

Nenhum relato especificamente sobre isso foi trazido pelos pacientes, o que nos parece fazer sentido, pensando que se refere a um domínio mais técnico.

Em síntese, as falas demonstram que tanto médicos quanto utentes consideram a educação em saúde como uma demanda de saúde da população LGBTQIAPN+, principalmente no que se refere a saúde sexual. Os médicos, além desse aspecto, reforçam que algumas questões clínicas podem ser também afetadas por lacunas na educação em saúde dos pacientes. Portanto, no que se refere a práticas de cuidados sexuais, os relatos discutidos ao longo desse tópico apontam para alguns questionamentos: se os usuários relatam não ter acesso a informações adequadas sobre prevenção e cuidado, quais são as justificativas para isso? Até que ponto os médicos estão preparados para oferecer essas orientações? Já o tópico trazido pelos médicos, que se refere ao desconhecimento sobre realização de exames de rastreamento por MSM, nos permite refletir sobre a educação em saúde como um potencializador da adesão a cuidados clínicos importantes.

De forma geral, os achados apresentados ao longo de todo essa seção revelam que as necessidades de saúde da população LGBTQIAPN+ são múltiplas, interligadas e atravessadas por determinantes estruturais, sociais e culturais. Os relatos de utentes trouxeram à tona a centralidade do acesso, da saúde sexual e da saúde mental como eixos prioritários do cuidado, além de evidenciarem a importância de educação em saúde e do reconhecimento das determinantes sociais como parte do processo de promoção da saúde. A análise comparativa com as percepções médicas mostrou convergências relevantes, especialmente no reconhecimento da importância da saúde mental e da prevenção de IST, mas também lacunas significativas, como a ausência de menções ao acesso e ao bem-estar sexual, o que nos parece retratar uma necessidade de ampliação da formação profissional e

da sensibilização dos médicos para uma abordagem mais integral e contextualizada. Por fim, após tratarmos dos aspectos relevantes para a saúde de minorias sexuais e de gênero, passamos a nos questionar: Além de reconhecer essas demandas, os médicos têm conhecimento suficiente para manejar as especificidades da saúde LGBTQIAPN+? Essa reflexão conduz diretamente à próxima seção desta dissertação, em que se discutem as percepções do preparo médico para o atendimento dessa população, considerando as especificidades atreladas a esse processo.

4.2 Percepções acerca do preparo médico para o manejo das demandas de saúde LGBTQIAPN+: perspectiva de médicos e utentes

O presente tópico concentra-se na análise das percepções sobre o preparo dos médicos para atender às demandas de saúde da população LGBTQIAPN+, considerando a diversidade e a interseccionalidade desse grupo. Aqui buscamos responder ainda, ao primeiro objetivo específico, ao investigar como os profissionais percebem a sua capacidade de manejo dessas demandas e como os utentes avaliam esse preparo. Para tanto, foram mobilizados dados provenientes das entrevistas semiestruturadas realizadas com médicos e utentes, permitindo confrontar as percepções profissionais com as experiências dos usuários, bem como com o conhecimento existente na literatura.

Essa transição é fundamental porque o reconhecimento das necessidades, por si só, não garante seu adequado manejo: é preciso que os médicos disponham de conhecimentos, habilidades e atitudes que sustentem práticas clínicas sensíveis e qualificadas. Entretanto, estudos indicam que esse preparo ainda é limitado. Nos Estados Unidos, por exemplo, em um teste aplicado a médicos dos cuidados de saúde primários, a acurácia média em doze itens de conhecimento sobre saúde LGBTQIAPN+ foi de apenas 51%, com a maioria dos tópicos apresentando menos de 50% de acertos, o que reflete uma fragilidade estrutural na formação médica (Nowaskie & Sowinski, 2018). De modo semelhante, um estudo conduzido por Gentile et al. (2020) demonstrou que apenas 6% a 10% dos médicos relatam conhecimento aprofundado em tópicos específicos de saúde LGBTQIAPN+.

“É um tema totalmente obscuro pra mim, na verdade”: percepções de preparo insuficiente

As declarações dos médicos revelam percepções heterogêneas sobre seu próprio preparo para lidar com demandas de saúde LGBTQIAPN+. Dentre aqueles que percebem seu preparo como insuficiente, é possível identificar que isso se relaciona a diferentes dimensões

do aprendizado. Alguns médicos atribuem suas dificuldades à formação básica insuficiente, indicando lacunas no conhecimento técnico e nas orientações recebidas durante a graduação:

“Como médico, realmente, eu não me sinto muito preparado pra esse tipo de atendimento. Na faculdade, a gente não passou por esse tipo de experiência.” (5M31)

Outros destacam a falta de experiência prática, refletindo a importância da vivência clínica e do contato com pacientes LGBTQIAPN+ para o desenvolvimento da confiança e competência:

“Olha, para ser sincero, eu acredito que eu ainda tenho muito a aprender. Eu não tive tanta experiência. Eu diria que eu estou chegando lá, mas eu não acho que é satisfatório para mim, no momento.” (7MR26)

Por fim, há também aqueles que nos levam interpretar que essas lacunas advêm de uma necessidade de um aprendizado contínuo e aprofundado, sugerindo que, mesmo com alguma experiência, os médicos percebem limitações quanto à abrangência e à complexidade do cuidado:

“Ah, eu acho que é bem superficial. Eu acho que tem bastante coisa ainda pra discutir. Eu acho que eu não sou assim tão capacitado pra abordar esses temas como eu gostaria.” (3M30)

Os motivos que podem justificar essas lacunas e percepções de insuficiência serão aprofundados posteriormente, ao tratar das experiências de formação e capacitação para atendimento à população LGBTQIAPN+. Focaremos, agora, em discutir em que demandas há maior percepção de preparo insuficiente.

A principal dificuldade referida diz respeito à prescrição de hormonização para pessoas trans, observada tanto no relato dos médicos generalistas quanto dos médicos residentes:

“Agora, eu não consigo fazer a hormonização [...] isso eu não me sinto segura de fazer [...] acho que se eu tivesse um curso e tal, mas eles (Secretária de Saúde) não fizeram.” (1M31)

“Não, eu não prescrevo hormonização.” (2M34)

“Essa parte de hormônio, eu tenho dificuldade. Porque é um tema totalmente obscuro pra mim, na verdade. Então, eu não lembro de ter visto sobre uso de hormônio, por exemplo, durante a graduação. E mesmo depois também, eu acabei não tendo esses assuntos assim.” (3M30)

“Não, não me sinto seguro com a questão da hormonização [...]” (5M31)

“É uma coisa que eu ainda não sou muito bom, mas isso é no geral, assim, é questão de lidar com a variação hormonal, trabalhar com questões de reposição hormonal, essas coisas. Ainda, né?” (6MR30)

“Sinto muita dificuldade nisso de tratamento hormonal.” (7MR26)

Nenhum dos médicos entrevistados relatou sentir-se completamente capacitado a manejar essa demanda específica. É relevante destacar que essa percepção de preparo

insuficiente se manifesta em ambos os grupos - generalistas e residentes - indicando que, mesmo aqueles que talvez tenham maior contato teórico com a temática, ainda percebem lacunas em seu preparo:

“Eu ainda me sinto insegura [...] na questão da hormonioterapia de forma geral, mesmo tendo contato teórico, pela ausência de contato prático, eu me sinto despreparada pra isso.” (9MR26)

Os relatos sugerem que a dificuldade é percebida como resultado de lacunas em diferentes níveis de formação, indo desde a formação inicial até a prática no ambiente profissional, e que a residência médica, ainda que ofereça contato teórico com o tema, nem sempre proporciona experiência prática suficiente para consolidar a confiança desses profissionais. Essa interpretação é coerente com o currículo baseado em competências (SBMFC, 2014), no qual o manejo de hormonioterapia em pacientes trans é considerado uma habilidade avançada, o que ajuda a compreender por que mesmo médicos em formação especializada ainda não se sentem preparados para esse cuidado.

Os relatos dos médicos dialogam com a percepção de usuários e usuárias dos serviços, que destacam a falta de conhecimento não apenas sobre hormonioterapia, mas sobre várias demandas de pessoas trans:

“Tem médicos que totalmente desconhecem o assunto do hormônio, não sabem nem o que a gente está falando [...] Totalmente despreparados. Se a gente for falar isso, eu acho que eles não vão saber nem lidar. Vão dizer: ‘O que é isso? Pra você? Não. Você não pode.’ **Totalmente despreparados.** Totalmente, totalmente.” (6P39)

“**Ainda não estão capacitados para falar sobre hormônios, sobre cirurgias plásticas, sobre silicone industrial,** não são todos os médicos estão preparados pra isso. São médicos específicos mesmo pra aquilo.” (6P39)

Pelos relatos, tanto médicos quanto utentes parecem concordar que o preparo para lidar com as necessidades de saúde de pessoas trans, especialmente no que se refere à hormonização, apresenta lacunas significativas. Essa percepção sugere que, nesse aspecto, a APS não tem cumprido plenamente seu papel resolutivo.

Ainda que este estudo tenha se concentrado no contexto local os achados se alinham com a literatura: Nos Estados Unidos, quase um quarto dos adultos transgêneros relatou ter que ensinar seus médicos sobre questões relacionadas à sua saúde (Miller et al., 2023), reforçando que este cenário está presente em outras realidades, o que se alinha à sugestão dessa utente, sobre a necessidade de maior capacitação dos médicos da APS:

“Eu acho que falta o preparo mesmo de mais cursos de capacitação, de como lidar com uma travesti, como lidar com uma mulher trans, quais os pronomes corretos [...]” (6P39)

Além disso, outras uma outra insegurança relatada por uma das médicas é a seguinte:

“Eu não me sinto apta para a prescrição de PrEP e PEP” (8MR29)

A PrEP é uma estratégia preventiva relativamente recente, o que pode justificar a ausência de contato com o tema durante a formação de médicos graduados há alguns anos. Na cidade em que se realizou esta pesquisa, a oferta desse serviço teve início apenas em 2021, sendo ampliada em 2024, e atualmente está disponível em nove UBS do município, incluindo algumas nas quais atuam médicos participantes desta pesquisa.

Na literatura, observa-se que, embora a maioria dos médicos refira já ter ouvido falar sobre a PrEP (86,8%), apenas 44,2% relataram ter conhecimento suficiente para sua prescrição, e 84,8% nunca a prescreveram (Bernardes et al., 2022). Esses dados ajudam a contextualizar as dificuldades relatadas por alguns profissionais neste estudo quanto ao manejo da PrEP, especialmente no que diz respeito à segurança na prescrição.

Além disso, um médico referiu não se sentir capacitado para a indicação de exames de rastreamento de neoplasias na população LGBTQIAPN+:

“Imagino que eu não seja tão bom nessa parte de pedir exames de rastreio.” (5M31)

Considerando que essa fala foi dada em resposta a uma pergunta específica sobre as indicações e possíveis particularidades na solicitação de exames de rastreamento para pessoas LGBTQIAPN+, o relato sugere que o médico se sente inseguro no que se refere a quando solicitar os exames e se há recomendações diferenciadas para esse grupo. Essa questão é especialmente relevante, dado que já foi demonstrado que mulheres cis lésbicas apresentam menores taxas de rastreamento para câncer de mama e câncer de colo de útero em comparação a mulheres heterossexuais (Crenitte et al., 2023), o que aumenta o risco de diagnósticos tardios. De forma semelhante, pessoas trans — particularmente aquelas em uso de hormonioterapia, têm necessidades específicas que devem ser consideradas ao indicar exames de rastreamento (UFRGS, 2023). Assim, a falta de familiaridade dos médicos com essas particularidades pode comprometer a efetividade da atenção preventiva oferecida a essa população. Caso os médicos não saibam adequadamente as indicações e especificidades voltadas para a população LGBTQIAPN+, o avanço nessa temática permanece comprometido.

O investimento de médicos na melhoria das suas práticas e conhecimento

Cinco médicos classificaram seu preparo para atendimento de pessoas LGBTQIAPN+ como mediano ou em processo de desenvolvimento. Os relatos de duas dessas profissionais mostram esforço individual de atualização, muitas vezes motivado pela empatia ou por interesse pessoal no assunto:

“Poderia melhorar mais. À medida que vem pra mim um ou outro caso, eu vou pesquisando e vou trazendo [...] e aí, como eu não fiz residência, eu já comecei logo a atender, esse ponto, assim, é um pouco deficitário. **Eu tento corrigir mais pela empatia**, aliás, por entender que aquele ser humano, ele sofre muito mais do que uma população heterossexual [...] mas eu não me sinto muito apta nessa área não.” (1M31)

“Acho que estou mediana. Como eu não fiz residência, eu comecei direto a atender, **eu sempre tento buscar estudar e me atualizar nesses temas**, pra suprir isso.” (2M34)

Esses relatos se contrapõem aos que são frequentemente descritos no trabalho de Paulino et al. (2019), que são definidos por esses autores como o “discurso do não saber”, no qual os médicos atribuem sua falta de conhecimento ao sistema de ensino ou à ausência de ações de educação permanente, sem assumir responsabilidade alguma pela própria atualização. No presente estudo, observa-se que alguns profissionais reconhecem suas limitações e se engajam ativamente na busca de conhecimento, movidos pelo compromisso com os pacientes. Compreender isso é necessário, pois, para além das ofertas educacionais direcionadas a esses profissionais, o cuidado que eles fornecem aos seus pacientes refere-se também ao modo como cada um desses médicos interpreta a sua profissão e o seu papel. Portanto, o interesse em capacitar-se para atender às demandas das pessoas que estão sob seus cuidados é um aspecto importante para esse aprimoramento.

Outros médicos, no entanto, ressaltam que a percepção de preparação parcial decorre tanto pela falta de conhecimento teórico, mas sobretudo da ausência de prática clínica com essa população. Como destacam:

“Olha, sinto que preciso melhorar, porque acaba que a gente fica acomodado, por não ser uma população que a gente atende muito, ou também pela falta de abordagem da sexualidade, a gente acaba não captando.” (8MR29)

“Acho que médio, na verdade [...] não me sinto detentora de muito conhecimento.” (9MR26)

Esses depoimentos revelam como a baixa frequência de atendimento a pessoas LGBTQIAPN+ e a falta de discussão sobre sexualidade na prática clínica cotidiana contribuem para a manutenção de lacunas no cuidado. De uma outra perspectiva, um relato interessante é o de um residente que quantifica sua percepção de preparo de forma relativa às demandas:

“(...) vai depender muito do paciente, mas no geral, 60%, 70%. Porque tem essas questões hormonais que eu acho que, dependendo do paciente, pode ser aquilo que ele está procurando, e eu vou ser um zero pra ele.” (6MR30)

Esse depoimento revela a tensão entre uma sensação de preparo parcial e a consciência de que, para determinadas demandas específicas, o conhecimento disponível pode não ser suficiente para o cuidado integral.

“Comparado com a média, eu acredito que tenha um conhecimento bom”: preparo consolidado

Por fim, duas médicas relataram sentir-se preparadas para atender essa população:

“Eu gosto muito de ler sobre esse assunto, de me atualizar, então, eu acredito que, **se comparado pelo menos aí com a média das pessoas que a gente tem, eu acredito que eu tenha um conhecimento bom.**” (4M27)

“Olha, **eu acho que eu tenho um conhecimento bom**, assim, razoável.” (10MR28)

Vale destacar que uma dessas médicas se identifica como pertencente a uma minoria sexual, o que pode indicar que motivações pessoais de proximidade com a causa influenciam na busca ativa por conhecimento.

Do ponto de vista dos usuários, também há relatos de experiências positivas com profissionais que respeitam pronomes, nome social e oferecem bom acolhimento, o que lhes deu a percepção de bom preparo para o atendimento:

“Geralmente nos tratam com os pronomes corretos e com o nome social. Digamos, se eles pegam um papel com o nome de batismo (...) e eles perguntam: ‘Qual o seu nome feminino? Qual o nome que você gosta de ser chamada?’” (6P39)

“Sim, todas as médicas que me atendem, me tratam bem.” (5P27)

Além disso, alguns médicos apontaram segurança em manejar demandas como saúde mental, prescrição de PrEP e orientações em saúde, atribuindo esse preparo tanto ao esforço individual quanto às oportunidades de formação formal, como na residência e em capacitações no local de trabalho:

“Consigo saber para onde encaminhar esses pacientes, quais exames de rastreio pedir, indicar PrEP.” (2M34)

“Acredito que me sinto segura em relação aos exames de rastreio e a parte de orientações [de saúde sexual] também. Porque isso foi passado por gente na residência.” (8MR29)

“Olha, pra essas demandas que eu citei, eu me sinto apta [saúde mental, prescrição de PrEP, educação em saúde].” (10MR28)

É importante destacar que os médicos vinculados à UBS onde há oferta de PrEP referiram ter recebido treinamento para iniciar esse tipo de atendimentos, fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde, o que pode distanciá-los da realidade dos demais médicos da cidade no espectro dessa abordagem específica. Por fim, é importante ressaltar que as evidências mostram que treinamentos em múltiplos componentes de demandas em saúde LGBTQIAPN+ podem melhorar significativamente conhecimentos, atitudes e habilidades dos profissionais (Damery et al., 2024), reforçando a importância da educação formal e continuada. Faz-se necessário lembrar também que, a empatia e o interesse pessoal têm

um papel importante como estratégias de busca de conhecimento acerca desse tema, mas não substituem a formação estruturada.

Em síntese, os relatos analisados neste tópico evidenciam que o preparo dos médicos para atender a população LGBTQIAPN+ varia amplamente, desde percepções de insuficiência até experiências de preparo consolidado, frequentemente influenciadas pelo contato com a população, pelo interesse pessoal e pelas oportunidades formativas. As principais lacunas identificadas incluem o manejo da hormonoterapia, a prescrição de PrEP, o conhecimento sobre exames de rastreio e, de forma mais geral, a falta de prática clínica com essa população. Esses achados reforçam que o preparo profissional não depende apenas de aquisição teórica, mas também da vivência prática e da atualização contínua, apontando para a necessidade de estratégias educativas estruturadas.

Nesse sentido, conforme referido, a abordagem da sexualidade durante os atendimentos é um elemento central para garantir acolhimento, identificação de demandas específicas e efetividade das intervenções de saúde e, portanto, será o foco de discussão do próximo tópico.

4.3 Abordagem à revelação da sexualidade e identidade de gênero nas consultas médicas

A forma como a orientação sexual e a identidade de gênero são abordadas durante as consultas médicas representa um ponto central na qualidade do cuidado ofertado a pessoas LGBTQIAPN+. Portanto, esta seção visa tratar das experiências de médicos e utentes com relação a essa abordagem, mobilizando, para isso, os dados empíricos coletados durante as entrevistas com os dois grupos de entrevistados.

Dos dez utentes entrevistados, apenas três afirmaram que costumam falar sobre a sua orientação sexual ou identidade de gênero durante as consultas médicas. Dois relataram tentar trazer esse assunto com naturalidade, enquanto uma destacou que o tema é sempre suscitado pelos próprios profissionais em função da sua aparência ser considerada “perceptível”. Os demais participantes afirmaram evitar falar sobre a temática durante os atendimentos.

Esses achados dialogam com a literatura: o Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas aponta que entre 40% e 60% das mulheres que acessaram serviços de saúde não revelaram sua orientação sexual, demonstrando um cenário marcado por inseguranças e receios (Facchini e Barbosa, 2006). De maneira similar, com relação aos profissionais de saúde, Guimarães et al. (2021), ao investigar médicos e enfermeiros de 32 UBS, identificaram dificuldades

recorrentes em abordar a orientação sexual de pacientes ou em incluir questões relacionadas à sexualidade na prática clínica. Essas informações são essenciais para a análise dos dados obtidos nas entrevistas e permitem compreender como os silêncios de pacientes e profissionais se retroalimentam, produzindo consultas nas quais dimensões centrais para o cuidado integral permanecem invisibilizadas.

Neste contexto, o relato de um dos utentes mostra a tentativa de trazer espontaneamente informações acerca da sua vida sexual, apesar de experiências de desatenção e medicalização precipitada:

“Sim. Principalmente pelo mal atendimento. Médicos em geral, mas não só médicos, infelizmente a enfermagem também é péssima, nesse contexto de não olhar para você, de não escutar o que você está falando. Então, teve essa crise de ansiedade, mas teve momentos que eram demandas específicas. E eu falava uma coisa e a pessoa já queria me prescrever algum remédio. E eu dizia: ‘Não, deixa eu explicar, eu tive uma relação desse jeito: eu fiz sexo anal, sexo sem camisinha’. Eu tentando dizer as minhas informações. É natural também, da minha forma, mas é isso.” (9P29)

Do lado dos profissionais, foi possível identificar o relato de uma médica que, embora refira tratar da temática com naturalidade durante seus atendimentos, externa que isso ocorre a partir de suposições da sexualidade do paciente:

“Não é um tabu, eu costumo abordar bastante. Não digo que todas as consultas, mas boa parte delas, especialmente, no meu olhar, eu tento ver se aquele paciente pode ser homossexual ou não. Aí, eu tenho que procurar indicar a PREP.” (1M31)

Ainda que a abertura seja positiva, é preciso cautela com abordagens baseadas em inferências, pois estas podem reproduzir estigmas. Da mesma maneira que a suposição de que os pacientes são heterossexuais, cisgêneros e não intersexuais por padrão é uma barreira aos cuidados de saúde de pessoas LGBTQIAPN+ (McGlynn et al., 2019), é necessário cuidado com inferências no sentido contrário. Conforme referido por Ciasca et al. (2021) qualquer denominação referente à sexualidade de uma pessoa é autodeclarada. Por isso, reforça-se a necessidade de diálogo e abordagem ativa e respeitosa ao tema. Outros médicos, no entanto, expressaram a seguinte postura com relação a abordagem da sexualidade:

“Acho que é muito tranquila pra mim essa abordagem. Eu convivo muito com pessoas LGBTs [...]” (2M34)

“Eu acho que eu tento abraçar todo mundo [...] Eu tento conversar com as pessoas com naturalidade.” (4M27)

“Se eu sinto que o paciente está confortável e a gente está fazendo aquele resumo clínico, assim, de: ‘Nossa, você trabalha com quem, você mora com quem’, eu sempre tento perguntar essas coisas [...] Mas, na grande maioria das vezes, isso acaba vindo de uma forma natural do próprio paciente mesmo [...] Mas, se o paciente não disser, e eu perceber, com um olhar clínico, alguma coisa me chamou a atenção, de

que eu acho que aquilo é importante de ser abordado, naquele momento já, que não pode esperar, aí eu questiono ativamente mesmo.” (10MR28)

Esses exemplos demonstram que a abertura comunicacional, quando conduzida com respeito e sensibilidade, pode favorecer um espaço mais seguro para a revelação da sexualidade e identidade de gênero, aproximando-se do ideal de integralidade do cuidado.

Em outros relatos, a abordagem da sexualidade se mostrou condicionada a alguns fatores, como, por exemplo, a passabilidade, conceito que se refere à capacidade de uma pessoa de “passar despercebida” como cisheterossexual, através de uma performatividade de gênero que envolve um conjunto de atos regulados e repetidos que asseguram uma imagem inteligível e coerente com as normas da matriz cisheterossexual dominante (Pontes & Silva, 2018).

No sistema da cisgeneridade compulsória, as pessoas trans se utilizam dos aspectos que dão materialidade às identidades de gênero cisnormativas (homem e mulher) para adquirir passabilidade (Bagagli, 2016; Martinelli et al., 2018). Como destacam Porto et al. (2021), essa prática de camuflagem social produz um paradoxo: ao mesmo tempo em que favorece o conforto e o acesso individual a direitos - inclusive no campo da saúde -, pode reforçar a invisibilidade das identidades dissidentes, dificultando a produção de políticas públicas efetivas e o reconhecimento institucional das suas necessidades específicas.

Essa dimensão aparece tanto na experiência de uma mulher trans, que relatou ter seu gênero questionado sistematicamente em função da sua aparência, quanto na de mulheres lésbicas que, por apresentarem características consideradas “femininas”, raramente são questionadas sobre sua orientação sexual e que parecem usar sua passabilidade como escudo para evitar a abordagem desse tema nas consultas, conforme será relatado posteriormente, ainda nesse tópico.

“Só que a minha aparência, ela é bem perceptível [...] **É porque eles sempre perguntam.** É isso que eu estou falando. Eles olham o meu documento e a primeira coisa que eles falam é: ‘Você é homem’ e eu digo que não, explico que eu sou uma mulher trans.” (2P23)

Nos relatos dos médicos, a dificuldade em incorporar sistematicamente a discussão aparece relacionada à falta de tempo, de experiência ou de hábito:

“Então meio que no início foi difícil lidar com isso porque a gente não tem experiência. [...] na maioria das vezes, acaba que eu não chego a perguntar diretamente, assim, no dia a dia. É por causa do tempo mesmo. Porque a consulta é curta e não dá tempo de abordar tudo de uma vez.” (3M30)

“Eu não perguntei em todas [consultas], não. Até porque foi no decorrer da residência. De novembro do ano passado pra cá que eu venho perguntando mais, desde a aula da residência.” (6MR30)

“Eu diria que não é tão fácil para mim, mas eu tento quando eu vejo que isso é uma questão importante [...] eu acabo vendo a brecha para perguntar esse tipo de coisa, mas eu não diria que em todas as consultas.” (7MR26)

“Isso é um problema meu, realmente, é uma coisa que eu não tenho costume de fazer, a não ser que a consulta leve pra esse lado, mas dificilmente eu abordo, é uma coisa que inclusive eu preciso corrigir.” (8MR29)

“Uma coisa que não era natural pra mim era questionar realmente sobre orientação sexual ou identidade de gênero. [...] depois que a gente conseguiu ter mais habilidades de comunicação, eu passei a incorporar isso, não em todos os atendimentos, mas em alguns.” (9MR26)

Esses relatos revelam que a abordagem da sexualidade ainda é permeada por condicionantes individuais e institucionais, e nem sempre está integrada de forma consistente à prática clínica, porém, os relatos dos residentes (6MR30 e 9MR26), revelam um aspecto particularmente relevante: a incorporação, ainda que parcial, da abordagem da sexualidade nas consultas a partir de experiências formativas específicas, como a aula recebida durante a residência médica. Esse movimento indica que o ensino, quando direcionado, pode atuar como importante fator de sensibilização e de empoderamento do futuro especialista, ampliando sua segurança para lidar com o tema. A dificuldade em abordar a questão, muitas vezes, não decorre apenas de preconceito ou negligência, mas também da insegurança em relação a como conduzir a conversa ou manejar as demandas que podem emergir das respostas dos utentes. Isso reforça a necessidade de que a formação médica não se restrinja à transmissão de conteúdos, mas também promova o desenvolvimento de competências comunicacionais e clínicas que sustentem uma prática inclusiva e resolutiva.

No entanto, a dimensão mais recorrente nas falas dos utentes foi a do silêncio e do evitamento, frequentemente associados ao medo de discriminação:

“Eu não costumo falar muito [...] às vezes é por medo e por vergonha. Porque eu sou uma pessoa meio que na minha.” (4P21)

“Não, eu prefiro evitar, por medo de sofrer preconceito” (10P19)

Esses relatos se alinham às evidências internacionais: Ayhan et al. (2019) mostraram que indivíduos de minorias sexuais e de gênero frequentemente omitem sua identidade em razão do medo da estigmatização, da quebra de confidencialidade ou de encaminhamentos inadequados. Portanto, a omissão de informações sobre a orientação sexual e a identidade de gênero emerge como uma estratégia de autopreservação diante de experiências negativas anteriores.

Com relação à passabilidade, referida anteriormente, dois relatos retomam diretamente essa questão:

“Não. Eu não costumo expressar que eu sou uma pessoa LGBT, então é mais o visual que causa esse tipo de coisa [...] como se diz na nossa linguagem, eu tenho passabilidade.” (1P38)

“Olha, eu tenho uma questão de que eu sou uma pessoa LGBT, mas eu tenho uma passabilidade muito forte, né? Então, assim, eu não digo 100%, mas eu sou feminina, né? Então eu não costumo falar sobre isso.” (3P25)

Na literatura, o conceito de passabilidade é sobretudo associado à experiência de pessoas trans (Bagagli, 2016; Martinelli et al., 2018). No entanto, é interessante observar a forma como duas participantes cisgênero o ressignificam em suas vivências. Para elas, a adequação de sua expressão de gênero aos padrões normativos faz com que sejam automaticamente vistas como heterossexuais pelos médicos. Nesse contexto, os profissionais assumem que não há necessidade de explorar a dimensão da sexualidade, produzindo um silêncio que invisibiliza identidades dissidentes.

Ainda em relação ao sigilo que permeia a abordagem da sexualidade, observa-se que ele se manifesta tanto entre os utentes quanto entre os profissionais. Estudos internacionais indicam que adolescentes e jovens adultos, pertencentes a minorias sexuais ou não, relatam que as discussões sobre sexualidade com médicos são raras e necessitam de aprimoramento (Fuzzell et al., 2017). Esse padrão aparece também nas falas dos participantes, que ressaltam a ausência sistemática desse questionamento nas consultas:

“É... Eu não falo não, mas eu acredito que seria muito importante ter, numa ficha, [...] pra colocar qual é a sua orientação sexual, qual é a sua identidade de gênero [...]” (6P39)

“Não, nunca cheguei a abordar [...] nunca me perguntaram sobre isso.” (7P18)

“Não. Só teve um médico que me perguntou até hoje [...] eu não falo mesmo porque eles não perguntam.” (8P20)

Essas falas dialogam com achados de Kashaf et al. (2018), que demonstram como apenas 51,7% dos médicos investigam rotineiramente a orientação sexual de seus pacientes. Entre os que não perguntam, 41,9% justificam por considerá-la irrelevante para o cuidado e 25,6% entendem que o paciente revelará essa informação caso julgue pertinente.

Esse silêncio também é constatado na fala de um dos médicos entrevistados, que associa a abordagem da sexualidade a uma invasão da intimidade ou a algo muito pessoal:

“**Não costumo adentrar muito na intimidade da pessoa**, entendeu? Só se for algo bem necessário.” (5M31)

As consequências dessa omissão ficam evidentes em relatos de práticas clínicas fundamentadas em suposições. Um exemplo marcante foi o de um participante que narrou a experiência traumática de uma amiga, submetida a um procedimento ginecológico invasivo sem consentimento, baseado apenas em pressupostos do médico sobre sua vida sexual:

“Eu tenho, por exemplo, uma amiga, que sofreu uma violência com relação a transvaginal dela [...] o médico deduziu que por ela já ter uma certa idade, ela já teria mantido relações sexuais com homens [...] Então, o que era pra ser um cotonete, virou um aparelho dentro dela e até hoje ela tem esse trauma. Isso é quase um abuso, consciente ou inconsciente. Então, fazer essas perguntas quase não existem, né? É tudo quase sempre deduzido.” (9P29)

Esse caso extremo ilustra de forma contundente o perigo do uso da dedução como substituta do questionamento clínico. A ausência de um diálogo aberto não apenas compromete a qualidade do cuidado, mas pode gerar práticas iatrogênicas e traumáticas. Esse cenário reforça a importância de estratégias que promovam a escuta ativa, a criação de espaços seguros e a formação de profissionais capazes de integrar esses aspectos como parte essencial do cuidado em saúde.

De forma geral, a análise das entrevistas evidencia que a abordagem da orientação sexual e da identidade de gênero nas consultas médicas ainda se dá de forma fragmentada, condicionada por fatores individuais - como passabilidade, experiências prévias e medo de discriminação - e institucionais, como tempo disponível e lacunas formativas. A omissão do tema, seja por parte dos utentes, como estratégia de autoproteção, seja por parte dos profissionais, por insegurança ou falta de hábito, produz um ciclo de silenciamento que limita o cuidado integral e invisibiliza necessidades específicas dessa população. Ao mesmo tempo, relatos de médicos que passaram a incorporar a temática após experiências formativas demonstram que a educação direcionada pode funcionar como catalisador para mudanças de prática, reforçando a importância de inserir de forma sistemática conteúdos sobre diversidade sexual e de gênero no currículo médico e na formação em serviço. Nesse sentido, torna-se fundamental discutir as experiências de formação e capacitação de médicos para o atendimento da população LGBTQIAPN+, tema da próxima seção.

4.4 Experiências de formação e capacitação para atendimento à população LGBTQIAPN+

A formação médica constitui um processo contínuo, que se inicia na graduação, passa pela residência/especialização e se prolonga nas capacitações ao longo da prática profissional. Portanto, esse tópico visa responder ao nosso segundo objetivo específico: apresentar as experiências de preparo para o atendimento da população LGBTQIAPN+ vivenciadas pelos médicos durante sua trajetória acadêmica e/ou profissional; mobilizando, para isso, os dados empíricos coletados durante as entrevistas com esses profissionais.

Saúde LGBTQIAPN+ na faculdade: “Acho que nunca tive uma aula sobre isso”

Com relação à graduação, as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina têm como objetivo estabelecer “os princípios, os fundamentos e as finalidades da formação em Medicina” (Brasil, 2014, p.1), porém, como já referido previamente, não apresentam uma estruturação específica sobre a saúde LGBTQIAPN+. Esse documento faz apenas duas menções pontuais a gênero e orientação sexual. A primeira, no Artigo 5º, destaca a necessidade de o médico considerar as dimensões da diversidade no cuidado em saúde:

Na Atenção à Saúde, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social [...] (Brasil, 2014, pp.1-2)

A segunda citação, no Artigo 12, trata da importância de levar em consideração a diversidade na realização do exame físico:

Postura ética, respeitosa e destreza técnica na inspeção, palpitação, ausculta e percussão, com precisão na aplicação das manobras e procedimentos do exame físico geral e específico, considerando a história clínica, a diversidade étnico-racial, de gênero, de orientação sexual, linguístico-cultural e de pessoas com deficiência. (Brasil, 2014, p. 5)

Como salientam Paulino et al. (2019), a sigla LGBT não aparece em nenhum momento no texto das DCN, e a sexualidade é tratada de modo apenas tangencial, conforme apresentado acima. Esse cenário reflete-se na experiência dos médicos entrevistados, já que apenas dois relataram algum contato com o tema durante a graduação, e mesmo assim de forma pontual:

“Eu acho que a minha formação nessa área foi muito pouca, entendeu? Eu acho, assim, que a minha faculdade ainda trouxe alguma coisa. Tem faculdade que não traz nada, né? Se eu não tivesse tido aquela aula no ambulatório de processo transexualizador, eu não ia saber nem o que fazer. Eu não saberia nem que isso era oferecido pelo SUS. Se eu tenho um pouquinho de conhecimento, foi porque eu ganhei um pouquinho na minha graduação.” (1M31)

“Na faculdade, muito pouco. Eu acho que a única pessoa que falou mais disso foi uma professora de Ginecologia [...]” (7MR26)

As falas dos demais entrevistados reforçam a ausência do tema na graduação:

“Acho que nunca tive uma aula sobre isso na faculdade, pelo menos não que eu me lembre.” (2M34)

“É uma coisa que a gente não foi instruído durante a graduação. Pelo menos eu não lembro de ter tido isso durante a universidade.” (3M30)

“Se teve, eu não lembro, realmente.” (5M31)

“A faculdade, vou ser sincero, não prepara nem pra questão da atenção básica, nem habilidade de comunicação, que faz parte da nossa formação. Então, assim, se não explica nem a habilidade de comunicação, não vai explicar coisas específicas assim.” (6MR30)

“Na faculdade, não, zero” (8MR29)

“Olha, durante a graduação, não. Nunca foi um tópico abordado em sala de aula” (10MR28).

Os achados desta pesquisa dialogam com evidências já descritas na literatura nacional, que apontam a abordagem da saúde LGBTQIAPN+ na formação médica como pontual e fragmentada. Por exemplo, em um estudo realizado com estudantes dos últimos semestres do curso de Medicina, os participantes relataram que as menções ao tema, quando existentes, foram esporádicas e sem integração aos conteúdos programáticos: “Se a menção a esse tópico existiu, sei lá, três vezes durante o curso inteiro, acho que foi muito [...] só uma menção, nada de uma aula sobre isso [...] carece bastante” (Medeiros et al., 2023, p. 6).

Situação semelhante foi identificada por Santin et al. (2025), em estudo com discentes e docentes de um curso de Medicina: 78,6% dos estudantes afirmaram nunca ter lido materiais sobre saúde LGBTQIAPN+ por exigência de alguma disciplina e 60% dos docentes declararam não possuir conhecimento suficiente para orientar pacientes dessa população. Essa dados encontram eco em um dos relatos desta pesquisa, em que uma médica expressa a percepção da falta de preparo dos professores:

“Eu não me lembro de terem falado especificamente sobre isso [...] até porque eu acredito que a maioria dos professores, inclusive, que a gente tenha na graduação, também não estejam preparados para esse atendimento.” (4M27)

Da mesma maneira, um dos médicos refere a percepção de falta de sensibilidade para a temática entre seus professores:

“Eu posso contar, assim, nos dedos de uma mão os preceptores ou professores que eu tive, que eu sinto que tinham algum tipo de sensibilização pra isso ou algum olhar pra essa situação.” (10MR28).

Uma entrevistada relatou que seu único contato com a saúde de pessoas LGBTQIAPN+ durante a graduação ocorreu de forma incidental, em atividades práticas pontuais que não faziam parte do currículo formal:

“O único contato que eu tive com isso, com qualquer preparo, com qualquer capacitação, foi durante o internato, que aconteceu um mutirão de cirurgias de afirmação de gênero, que, na verdade, vieram pessoas de fora, foi o primeiro mutirão que ocorreu, então, na verdade, meu único contato foi durante a internação dessas pessoas, né, então pouquíssimo contato, poucas entrevistas, uma captação rápida, assim, mas foi só isso mesmo.” (9MR26)

Esse relato evidencia que a formação oferecida na graduação raramente proporciona experiências consistentes para o cuidado dessa população, limitando-se a situações esporádicas e dependentes de iniciativas externas ou extraordinárias.

Aumento de contato teórico, mas falta de prática: experiências formativas na Residência

No entanto, apesar das limitações observadas na graduação, a residência médica surge como um espaço em que o tema da saúde LGBTQIAPN+ começa a ser abordado de forma mais sistemática, oferecendo aos médicos em formação maior contato com as especificidades dessa população.

O currículo baseado em competências da MFC contempla a abordagem de algumas necessidades de saúde dessa população dentro do eixo da sexualidade, e, mais recentemente, as EPAs incluíram pela primeira vez, de forma estruturada, o atendimento qualificado a essa população como competência essencial e independente (SBMFC, 2014, 2025). Os relatos dos residentes confirmam a presença crescente do tema nas atividades acadêmicas, evidenciando maior exposição à saúde LGBTQIAPN+ durante a residência:

“Aí, saindo da faculdade, entrando na residência, já é outro ambiente, já prepara no sentido da habilidade de comunicação, aí a gente tem aula de populações específicas, em relação a pessoas LGBTs.” (6MR30)

“Na residência, eu já tive bem mais. Geralmente, nas aulas teóricas, algumas delas abordam o manejo dessa população específica, por exemplo: Eu tive uma aula de depressão, aí, eles reservaram um tempinho para falar sobre a depressão em populações específicas, como, por exemplo, gestantes, e a população LGBT.” (7MR26)

“Atualmente a gente está fazendo abordagem de transtornos mentais e a gente trouxe novamente a população LGBTQIA+.” (8MR29)

“É uma coisa que, na verdade, tem mudado nas últimas aulas teóricas [...] no intuito de colocar em qualquer outro contexto de aula teórica, essa parte também de populações específicas [...] pra gente abordar não só dentro desse contexto da aula específica da população.” (9MR26)

Esses relatos dos residentes sobre a mudança na abordagem da temática, com a inserção da saúde dessa população em diferentes momentos da formação, são relevante e dialogam com a literatura internacional. Uma revisão sistemática apontou que a inclusão de conteúdos sobre identidade de gênero em disciplinas básicas, associada a módulos sobre manejo hormonal em Endocrinologia e em atividades clínicas eletivas, promoveu melhorias significativas no conhecimento e na confiança dos estudantes no cuidado a pessoas transgênero (Cooper et al., 2023).

Ainda assim, mesmo com maior frequência do tema na formação, persiste, entre os residentes, a percepção de fragilidade no treinamento prático:

“Então, nesse quesito aí, a gente teve esse treinamento na residência, mas na prática, talvez por atender pouco, não tenho o treinamento.” (8MR29)

Essa lacuna merece atenção, visto que intervenções que incluem rotações clínicas específicas demonstram ganhos expressivos em conhecimento, habilidades comunicacionais

e segurança no atendimento a minorias sexuais e de gênero (Cooper et al., 2023). Esse potencial aparece também nos relatos, como no caso de uma residente que destaca o papel fundamental de preceptoras sensibilizadas para estimular a abordagem ativa do tema durante a formação:

“Durante a residência, eu acho que eu tive a sorte e privilégio de ter preceptoras que são muito sensibilizadas em relação a isso e que sempre incentivaram muito, né, disso ser abordado na UBS, da gente fazer estratégias pra tentar atrair esse público, disso ser ativamente um tópico da preceptoria que a gente se prepara pra abordar, se prepara pra debater [...] mas eu percebo que parte dos meus colegas de turma não tiveram [...] e eu acho que acaba que você fica um pouco à mercê de você ter um preceptor que é aberto a isso também.” (10MR28)

Esse descompasso entre avanços teóricos e limitações práticas evidencia que a simples inclusão do tema em diretrizes ou currículos não é suficiente, sendo fundamental investir em estratégias pedagógicas que articulem teoria, prática e experiências clínicas supervisionadas, de modo a consolidar competências e reduzir desigualdades no cuidado à população LGBTQIAPN+. Além disso, é essencial buscar uma formação mais nivelada, garantindo que todos os residentes tenham acesso a experiências formativas mínimas e estruturadas, e que a aprendizagem não dependa exclusivamente da sensibilidade ou iniciativa individual de determinados preceptores.

Por fim, uma preocupação adicional refere-se ao fato de que, como já discutido, apenas uma pequena parcela dos médicos que atuam na APS no Brasil cursa/cursou residência em MFC. Se o tema não foi devidamente abordado durante a graduação e esses profissionais não tiveram a oportunidade de estudá-lo na residência, permanece a dúvida sobre em que medida essa lacuna formativa pode repercutir no cuidado oferecido à população LGBTQIAPN+.

Lacunas das capacitações institucionais em saúde LGBTQIAPN+

Para além da graduação e da residência, a educação permanente configura-se como espaço fundamental de atualização e desenvolvimento de competências. Em 2009 foi publicada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instrumento que orienta o trabalho do Distrito Federal, estados e municípios nessa temática, definindo que “os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho” (Brasil, 2009, p. 20). Entretanto, o documento não estabelece conteúdos específicos, deixando que cada território defina suas prioridades de acordo com as necessidades locais.

A literatura aponta que as oportunidades de capacitação voltadas à saúde LGBTQIAPN+ ainda são escassas: em estudo com médicos da APS, a maioria relatou nunca ter participado de cursos ou eventos sobre o tema, atribuindo a lacuna ao pouco estímulo institucional, à falta de tempo e à inexistência de oferta (Negreiros et al., 2019). Essa percepção aparece também nos relatos desta pesquisa, em que os médicos entrevistados evidenciam a ausência ou a fragilidade das iniciativas locais:

“Aqui a Secretaria de Saúde oferece muitos cursos, né? Mas, focado nisso, não.” (1M31)

“A Secretaria de Saúde oferta vários cursos e formações, então já tive curso sobre PREP e nele foi exposto um pouco sobre como lidar com a população LGBT.” (2M34)

“Na própria Secretaria, também, eu não vejo incentivo pra tentar abordar esses temas. A gente vê tanta campanha de saúde da mulher, saúde do homem, mas que é voltada, assim, pra doenças, próstata, mama, e esquece outras coisas da pessoa. Então, eu não vejo hoje tanto incentivo, tanta ferramenta, assim, pra ajudar a gente nisso.” (3M30)

Situação semelhante foi observada em Porto Velho, onde 89,7% dos profissionais de UBS afirmaram nunca ter participado de processos de educação permanente nessa temática (Cunha et al., 2024).

Em síntese, as experiências relatadas evidenciam que, embora existam avanços pontuais, de modo geral, as experiências de formação e capacitação em saúde LGBTQIAPN+ ainda se mostram fragmentadas, ora dependentes de iniciativas isoladas, ora restritas a conteúdos teóricos pouco conectados à prática clínica. Esse cenário demonstra a necessidade de integrar, de forma estruturada e contínua, essa temática em todos os níveis formativos, de modo a preparar efetivamente os profissionais para oferecer um cuidado competente, humanizado e equitativo. Nesse contexto, o próximo tópico abordará a percepção dos profissionais com relação ao currículo médico no que se refere à saúde LGBTQIAPN+.

4.5 Percepções sobre o currículo e a formação médica em relação à saúde LGBTQIAPN+

Conforme vem sendo discutido nesse trabalho, a formação médica desempenha um papel central na preparação de profissionais capazes de oferecer um cuidado integral e equânime. No caso da saúde da população LGBTQIAPN+, essa responsabilidade ganha especial relevância, uma vez que lacunas nesse processo repercutem diretamente em falhas de cuidado, reprodução de preconceitos e perpetuação da desinformação nos serviços. Portanto, nesse tópico, visamos responder ao nosso terceiro objetivo específico: analisar as

percepções dos profissionais sobre os perfis de competência da especialidade de Medicina de Família e Comunidade e da formação do médico generalista, no que se refere à saúde da população LGBTQIAPN+, utilizando, para isso, os materiais advindos das entrevistas semiestruturadas realizadas com esses profissionais. Nesse sentido, os médicos que não são residentes trouxeram falas referentes apenas à competência do médico generalista e os residentes abordaram as competências curriculares da graduação e pós-graduação.

Obstáculos no currículo do médico generalista

Todos os participantes foram unânimes em afirmar a importância de incluir a saúde da população LGBTQIAPN+ como tema a ser discutido na graduação, sobretudo porque esse grupo representa uma parcela expressiva das pessoas que recorrem aos serviços de saúde. Como mencionado anteriormente, Spizzirri et al. (2022) demonstraram que 12,04% da população adulta brasileira se identifica como LGBTQIAPN+, o que reforça a urgência de preparar futuros médicos para essa realidade. No entanto, essa necessidade contrasta com o afastamento entre o currículo formal e as demandas concretas da prática médica cotidiana, gerando lacunas no cuidado, conforme vemos nos relatos:

“Eu acho que é uma boa parte da população e a gente fica com muita limitação” (1M31)

“Eu acho que é triste. Apesar de não ser uma população que eu atendo com muita frequência, nós sabemos que é uma boa parcela da nossa população, então **precisamos saber atender.**” (2M34)

“Eu acho triste. A pessoa que faz a grade, por exemplo, tinha que pensar também no que a gente atende no dia a dia. Então, quem faz a grade ou não trabalha mais atendendo na ponta, não sei. Eu vejo uma imagem muito limitada [...] **é triste pensar que quem monta a grade não pensa na diversidade de coisas que a gente atende [...]**” (3M30)

A ausência sistemática desse conteúdo na formação médica tem repercussões práticas, pois limita a capacidade de resposta às necessidades de saúde da população LGBTQIAPN+. Embora os médicos generalistas possam não ter recebido formação específica ou conhecer plenamente os princípios da MFC, eles atuam diariamente na APS, atendendo essa população. Por isso, é fundamental considerar que cabe a esses profissionais conhecerem e responderem às demandas concretas da população sob sua responsabilidade, em consonância com o terceiro princípio da especialidade: o médico de família e comunidade é o recurso de uma população definida (Lopes & Dias, 2019). Como os próprios relatos evidenciam, a população LGBTQIAPN+ compõe parte expressiva dos indivíduos atendidos na APS, logo, torna-se imperativo que os médicos que atuam nesse cenário detenham conhecimento e

preparo para oferecer um cuidado adequado, cumprindo não apenas os princípios da MFC, mas também os princípios doutrinários do SUS.

Ser o recurso de uma população definida implica a responsabilidade do médico de atuar como ponte para o acesso das pessoas ao sistema de saúde, coordenando seu cuidado e promovendo uma abordagem integral (Lopes & Dias, 2019). Como observou uma participante, a ausência desse conteúdo na formação faz com que o cuidado ofertado seja prejudicado:

“Então [se o médico não tiver esse assunto], aquela população não vai ter suporte, porque aquele médico não vai saber que esse tratamento é feito pelo SUS. Ele não vai saber o que pedir de exame de rastreio. Ele não vai saber nem pra onde ir. Ele vai dizer assim: ‘Não, isso a gente não faz’. E esse paciente nunca vai ter acesso a algo que é direito dele.” (1M31)

Nesse sentido, o afastamento entre currículo médico e demandas da prática diária resulta em profissionais menos preparados para atender a pessoas LGBTQIAPN+, fragilizando a atenção à saúde desse grupo e comprometendo o cumprimento do papel do médico como recurso de uma população definida.

Outra percepção citada pelos entrevistados é a de desatualização do currículo médico no que se refere à saúde LGBTQIAPN+. As DCN do curso de Medicina foram revistas pela última vez em 2014, o que já indica uma defasagem considerável. Ainda assim, é importante observar que, diferentemente da versão de 2001, o documento de 2014 passou a incluir de maneira incipiente a abordagem da orientação sexual e identidade de gênero, conforme discutido no tópico anterior (Brasil, 2014). Esse avanço foi provavelmente impulsionado pela publicação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, em 2011, como demonstrado em trabalho recente, que teve como objetivo analisar as DCN de 12 cursos da área da saúde:

“Destaca-se da análise o impacto que a Política teve na revisão destes documentos. As duas Diretrizes que de fato trazem as questões de identidade de gênero e diversidade sexual na sua orientação foram ambas reformuladas após a publicação da Política em 2011 – as diretrizes dos cursos de Medicina (2014) e Farmácia (2017). Nesses documentos, é explícito que fatores como orientação sexual e identidade de gênero compõem os determinantes sociais de saúde.” (Oliveira & Baumont, 2025, p. 16)

Apesar dessa inserção, decorridos 11 anos desde a última revisão, a necessidade de atualização é evidente, dado o avanço das discussões sociais e científicas sobre o tema, o que é possível de ser verificado em diversas falas dos entrevistados:

“Também por ter pessoas nos órgãos de governo que não se atualizam, não acompanham as mudanças. Então é preciso ter pessoas novas que possam assumir isso e renovar.” (2M34)

“**Eu penso que é uma coisa muito desatualizada já.** É uma discussão, uma pauta que já é trazida o tempo todo. E parece que em muitos locais continuam ignorando. Isso é muito necessário.” (4M27)

“Assim, principalmente porque ela provavelmente deve ter sido escrita há muito tempo e pouco mudada. Um tempo em que não existia qualquer tipo de visibilidade pra esse tipo de público. E, à medida do tempo, não foi mudado o estilo e continua aquela ideia arcaica, né? De botar na mesma caixinha e todo mundo ser igual, sem tratar com a diferença pela individualidade de cada um, né? Então, acho que é essa a ideia, de deixar como aquele ambiente, não deixar mudar nada e **como se fosse a medicina de hoje, a mesma medicina de 40 anos atrás.**” (6MR30)

“Eu acho que vem daquele clássico biomédico de muitos anos em que é estruturado e muitas vezes não é feito uma revisão.” (8MR29)

As falas dos participantes evidenciam que, embora as DCN de 2014 tenham incorporado de forma inicial a temática da orientação sexual e identidade de gênero, a defasagem temporal e a limitada profundidade dessa abordagem indicam a necessidade de revisão e atualização do currículo médico. A permanência de conteúdos superficiais compromete a formação de profissionais capazes de responder adequadamente às demandas de pessoas LGBTQIAPN+, reforçando a importância de alinhar a formação médica aos avanços sociais e científicos, de modo a promover um cuidado integral e inclusivo.

Uma outra questão levantada pelos participantes refere-se à percepção de que o preconceito exerce um papel crucial, impedindo a evolução dos currículos médicos no Brasil. Nesse sentido, é importante ressaltar que as exclusões e discriminações sofridas pela população LGBTQIAPN+ no Brasil estão diretamente relacionadas a uma LGBTfobia estrutural (Pedra, 2019). No campo da educação médica, essa estrutura se manifesta na formulação das DCN e na organização das grades curriculares, que historicamente reproduzem referenciais cisheteronormativos:

“O currículo é resultante do modo como a educação é vista, com referenciais e contextos socioeconômicos, políticos e culturais hegemônicos num dado momento. Ele exerce papel como elemento de formação e direcionador de práticas profissionais, envolto em uma teia de relações, conflitos, poder, interesses, normatividades e também possibilidades. Podemos entender, deste modo, que a educação tem sido instrumento estratégico para atender a (dado) modelo de normatividade, seja no caráter religioso ou laico, liberal ou neoliberal, servindo a ordem sociopolítica vigente.” (Bolonha & Oliveira, 2023, pp. 5-6)

Conforme já discutido no primeiro capítulo, essa reprodução de padrões hegemônicos faz com que a cisheteronormatividade compulsória permeie tanto a prática médica quanto a formação universitária. Os relatos dos participantes refletem isso:

“Talvez por ser uma concepção muito, sei lá, **machista e misógina.** Um curso muito masculino, com **uma grade criada muito por homens, né?** Homens cis e héteros.” (1M31)

“Eu acho que tem a questão do **preconceito, do machismo.**” (2M34)

“Não sei quem são as pessoas específicas que fazem esse documento, mas em tudo, geralmente, quem está à frente das coisas são homens héteros. **E tem muito machismo e preconceito ainda. E eu acredito que essas pessoas nem devem se interessar por essa parte da saúde.**” (4M27)

“Eu acho que as pessoas que seriam contempladas por essa mudança não têm espaço pra participar dessa criação das normas, né, ou até de políticas públicas como um todo.” (10MR28)

Dentro desse espectro de preconceito e resistência estrutural, as percepções de uma residente também refletem a influência das instituições médicas contra a corrente do avanço curricular mais inclusivo:

“Por não ter, dentro desse contexto de estruturação de um documento importante como esse, né, pessoas que visem ter esse olhar mais crítico pra isso. Na verdade, eu acredito que o movimento, pelo menos da classe médica, é totalmente em grande maioria contra [...] **a gente está vendo grandes retrocessos**, né, dentro de grandes conselhos, assim, então, acredito que seja esse o problema.” (9MR26)

Essa fala ganha particular relevância diante da recente Resolução nº 2.427, de 08 de abril de 2025, publicada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que altera critérios para a realização de bloqueio puberal, hormonização cruzada e cirurgias de afirmação de gênero em pessoas trans. A normativa impõe novas barreiras de acesso aos pacientes, restringindo direitos e dificultando o acompanhamento seguro dentro do sistema público de saúde. Ao limitar a possibilidade de cuidado especializado, o CFM acaba por expor pessoas trans a contextos de clandestinidade, risco e insegurança (SBMFC, 2025).

Nesse cenário, evidencia-se uma contradição: ao mesmo tempo em que parte dos profissionais em formação busca ampliar competências para um atendimento inclusivo, instâncias normativas de grande influência caminham em sentido oposto. Tal descompasso fragiliza tanto a efetividade das políticas de saúde quanto o próprio processo formativo, minando esforços de sensibilização e aprofundamento crítico.

Avanços e desafios na Medicina de Família e Comunidade

Por outro lado, o currículo baseado em competências da MFC (SBMFC, 2014) já apontava para a necessidade de uma abordagem da saúde da população LGBTQIAPN+ no contexto da residência, mesmo que de forma indireta. Na área de competência da Atenção à Sexualidade, considera-se como habilidade essencial ao médico de família:

Maneja de forma oportuna as demandas relacionadas à sexualidade humana, identidade sexual, homoafetividade, transexualidade, sexualidade em situações especiais [...] e situações de preconceito sexual (homofobia, heterossexismo) [...] lida com seus pré-conceitos de modo a não influenciar negativamente a abordagem das pessoas sob seu cuidado (SBMFC, 2014, p. 60).

Ainda segundo essa publicação, entre as habilidades avançadas para o médico de família, inclui-se o manejo do uso de hormônios por pessoas trans.

Mais recentemente, com a publicação das EPAs, houve um maior detalhamento sobre os elementos necessários para o cuidado inclusivo à essa população no contexto da especialidade de MFC. A EPA 3 - Atendendo pessoas LGBTQIAPN+ - tem como objetivo:

Atribuir confiança ao residente para atender pessoas LGBTQIAPN+ e envolve a demonstração na abordagem da sexualidade, manejo de problemas de saúde específicos, atenção a situações de violência, cuidado de pessoas em modificação corporal e uso de redes de apoio, assegurando um atendimento inclusivo e livre de discriminação. (SBMFC, 2025, p,17).

As tarefas que devem ser executadas pelo médico residente estão detalhadas no mesmo documento, com um espectro de competências bem abrangente (Anexo 7.5). Nesse contexto, a recepção da mudança a partir da publicação das EPAS é majoritariamente positiva entre os residentes. Para alguns, ela surge como resposta a lacunas anteriores, retratando o potencial de melhora que essa mudança pode promover:

“Assim, **a competência da MFC, já era muito boa, mas precisa ser melhorada** [...] as EPAs vieram justamente para resolver os problemas que não estavam incluídos na competência, né, e assim, super necessário porque a gente atende todo tipo de pessoas, né?” (6MR30).

“Eu acho muito positivo porque acaba que **a ideia é que melhore**, que melhore o atendimento, que melhore o acolhimento. Então, que seja uma população que comece a ser mais vista, mais notada. Então, acredito que vão trazer boas mudanças no cenário médico.” (8MR29).

Ao mesmo tempo, ainda se identificam desafios na efetiva incorporação das práticas no cotidiano da residência:

“Então, o manejo dessas populações é parte obrigatória, né, do contexto da residência. A gente ainda assim teve pouco contato.” (9MR26).

"Um grande desafio da residência é que quando a gente vai olhar a matriz de competências, tem um zilhão de coisas e tem pouco tempo pra gente abordar tudo. Então, você tem que fazer um recorte ali do que seria essencial, primordial ser abordado dentro de sala de aula, num momento síncrono com todo mundo junto e o que é que ficaria talvez a mercê de cada um desenvolver dentro da sua unidade com seu preceptor." (10MR28)

Essa fala evidencia que, apesar da formalização das competências e da inclusão das EPAs, a efetiva aprendizagem sobre atenção à população LGBTQIAPN+ depende de decisões pedagógicas estratégicas e da atuação focal de preceptores. Isso revela que avanços curriculares são necessários, mas não suficientes: é preciso garantir que a formação seja equitativa, consistente e articulada com a prática clínica diária, evitando que a responsabilidade de aprofundamento recaia exclusivamente sobre os residentes.

Ainda nesse contexto, para alguns, a implementação das EPAs deve ser compreendida não apenas como atualização técnica, mas como uma mudança de olhar necessária ao compromisso ético da MFC:

“Eu acho que é uma questão importante para a gente dar um pouco de visão para essa população, né? Porque o **nosso dever como médico de família e comunidade é justamente abordar a pessoa como um todo** e seu contexto social, contexto comunitário. Então, a gente tem que ter pelo menos alguma capacitação para lidar com as populações específicas. Então, eu diria que isso é uma **mudança positiva** [a publicação das EPAS].” (7MR26).

A valorização dessa temática no currículo da MFC reflete os princípios da especialidade, reforçando a importância da qualificação profissional contínua e a capacidade de resposta às necessidades da população (Lopes & Dias, 2019). Como médicos que atuam na APS e lidam diariamente com uma população diversa, os residentes demonstram reconhecer que o aprimoramento formativo é indispensável para garantir equidade em saúde. Assim, embora haja avanços significativos no desenho curricular no âmbito da MFC, permanece o desafio de garantir que tais competências sejam desenvolvidas de forma similar entre os residentes e que se materializem em práticas consistentes e transformadoras nos serviços de saúde.

Em síntese, os achados dessa seção mostram que médicos generalistas e residentes reconhecem a necessidade de incluir de forma consistente a saúde LGBTQIAPN+ na formação médica no contexto da graduação, apontando a defasagem das DCN e a influência de estruturas cisheteronormativas como entraves ao avanço curricular. Com relação às competências da MFC, apesar dos avanços nessa temática, ainda existem desafios para garantir sua efetiva implementação e integração na prática clínica, permitindo a formação de profissionais que atendam, de forma integral, as demandas desses indivíduos. Dessa maneira, o próximo tópico tratará das competências médicas no atendimento a pessoas LGBTQIAPN+.

4.6 Competências médicas no atendimento a pessoas LGBTQIAPN+: o que pensam os participantes

Após a identificação dos aspectos de saúde LGBTQIAPN+ considerados importantes pelos utentes e médicos, da discussão acerca da abordagem da sexualidade nos atendimentos, da análise das percepções de preparo desses profissionais para o manejo das demandas específicas das minorias sexuais, bem como de tratar das experiências de formação acadêmica e profissional e das percepções sobre o currículo médico, faz-se necessária a discussão de um dos principais tópicos dentro desse trabalho: as competências médicas no atendimento a pessoas LGBTQIAPN+. Portanto, esse tópico nos permite responder ao nosso

quarto e último objetivo específico: caracterizar as expectativas dos utentes com relação aos cuidados de saúde que recebem nas consultas médicas na APS, correlacionando as percepções desses indivíduos e dos médicos.

Conhecer as expectativas dos utentes é fundamental para que se possa perceber se o que esse público considera importante para si faz parte do que está sendo oferecido a eles quando buscam cuidados de saúde. Pensando em uma dimensão maior, considerar as expectativas dos utentes é também importante para a construção de protocolos e políticas públicas. Essa reflexão se alinha ao princípio organizativo do SUS denominado participação comunitária, sendo uma das ações obrigatórias aos serviços públicos de saúde e aos serviços privados que integram o SUS (Brasil, 1990).

Um estudo que teve como objetivo avaliar as expectativas de minorias sexuais com relação aos cuidados de saúde recebidos nos serviços de APS entrevistou 766 mulheres cis lésbicas de duas cidades da Alemanha e demonstrou que as principais melhorias propostas pelas utentes para os cuidados de saúde primários, são: uso de linguagem neutra em relação ao gênero (36,7%); panfletos sobre homossexualidade na sala de espera (29,8%); envolvimento do parceiro no cuidado (29,4%); treinamento de médicos (27,4%); estabelecimento de diretório de médicos homossexuais (24,7); rotulação como prática favorável a lésbicas (24,4%); mais médicos homossexuais (18,8%); questionamento direto sobre orientação sexual (16,4%) e fornecimento de informações específicas sobre lésbicas (14,8%) (Hirsch et al., 2016). Vários desses tópicos se alinham aos resultados obtidos nesta pesquisa, conforme trataremos a seguir.

Por uma outra perspectiva, conhecer quais ensinamentos os profissionais consideram essenciais a serem repassados para os médicos que atuam ou atuarão na APS é igualmente relevante para compreender quais competências esses trabalhadores reconhecem como necessárias para o cuidado adequado dessa população, a partir da sua experiência. Essa escuta permite identificar lacunas formativas, bem como potenciais estratégias de aprimoramento curricular e de educação permanente.

Competências relacionais e comunicacionais: “Que a pessoa me olhe, nos olhe... e converse”

No que diz respeito às competências comunicacionais e relacionais, um atendimento médico com um bom acolhimento e escuta ativa é uma das principais expectativas dos utentes que contribuíram para essa pesquisa. O acolhimento é, inclusive, uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS, sendo definido, nesse documento como a

ação de “estar com” ou “estar perto de”, firmando o compromisso com o reconhecimento do outro, buscando acolhê-lo em suas particularidades e modo de viver (Brasil, 2013). Portanto, entende-se o acolhimento como a intenção de estabelecer uma relação de confiança e solidariedade entre profissionais e utentes, sendo que, no caso da população LGBTQIAPN+ há uma maior importância atrelada a isso, devido à alta vulnerabilidade desses indivíduos (Cerqueira-Santos et al., 2010).

A relação estabelecida entre médico e paciente a partir de um acolhimento adequado é o que permite o compartilhamento de demandas por parte dos pacientes, conforme referido por uma das utentes:

“Para mim é educação e acolhimento [...] **O acolhimento é o que faz com que a pessoa se abra**, faz com que a pessoa consiga expressar, explicar o que ela está sentindo, o que ela precisa, como ela precisa, sem tantos olhares [...]” (1P38)

O relato dessa utente é extremamente relevante, pois permite refletir que, caso não se sinta acolhido, o paciente pode acabar se retraindo e não compartilhando tudo o que gostaria, o que contribui com a perpetuação do evitamento no fornecimento de informações essenciais para o seu cuidado, como a orientação sexual ou até o próprio motivo que o levou a buscar uma consulta, gerando uma demanda oculta (Menahem, 1987). Os utentes continuam abordando expectativas de comunicação adequada:

“Eu espero compreensão. Que a pessoa me olhe, nos olhe, que a pessoa converse” (3P25)

“[...] eu queria poder esclarecer tudo, tirar todas as minhas dúvidas, eu queria poder falar tudo que eu tenho.” (7P18)

“Eu espero que ele olhe para mim, que ele pergunte o meu nome. Eu acho que a grande questão quando você vai buscar uma unidade de saúde é você querer ser escutado, né?” (9P29)

Esses relatos encontram potência nos achados de Beckman e Frankel (1984). No contexto de 74 consultas avaliadas, esses autores verificaram que em apenas 17 (23%) dos casos, o paciente teve a oportunidade de completar sua declaração inicial de preocupações. Além disso, em 51 (69%) das consultas, o médico interrompeu a declaração do paciente e direcionou as perguntas para uma preocupação específica e, em apenas 1 dessas 51 consultas, o paciente teve a oportunidade de completar a declaração inicial. Portanto, há grande possibilidade de os pacientes não conseguirem tratar de suas demandas como gostariam, nem de elucidar suas dúvidas, ou, tampouco, se sentir efetivamente ouvidos, conforme ilustram os relatos.

Tratando agora da expectativa de humanização nos cuidados, a fala de uma das utentes define a importância de sentir que o seu cuidado é valorizado ou não:

“Então, eu acho que a humanização é o primeiro passo dentro dos profissionais de saúde, porque se eu tenho um problema de saúde e eu já estou debilitada, eu entro em uma unidade de saúde e eu busco atendimento, a pessoa que vai poder resolver o meu problema é a primeira que me agride, é a primeira que me machuca, eu vou desistir, eu vou preferir morrer, eu vou preferir, sei lá, procurar um meio alternativo que pode não ser tão seguro.” (1P38).

Se o paciente não se sente acolhido e validado nos serviços de saúde, buscará outras formas de informação em saúde e até de tratamentos, como demonstram, por exemplo, os elevados índices de uso de silicone líquido industrial em mulheres trans e travestis (Pinto et al., 2017) e o elevado número de pacientes trans em uso de hormonioterapia sem prescrição médica (Bassichetto et al., 2024).

É necessário também destacar que recentemente, por meio da Lei nº 15.126/2025 de 28 de abril (Brasil, 2025), a atenção humanizada foi integrada como um princípio do SUS, sendo acrescida no inciso XVI do Artigo 7º da Lei nº 8080 (Brasil, 1990) e é, portanto, uma obrigatoriedade em todos os atendimentos de saúde.

Vale ressaltar que a questão do acolhimento foi citada por apenas uma das médicas:

“[...] desde o acolhimento, né? (9MR26)

Ainda tratando do ambiente comunicacional e relacional da consulta e, considerando que a intensificação da relação entre o médico e o paciente é um dos componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) (Stewart et al., 2017), os pacientes destacam o respeito e a cordialidade como expectativas no atendimento, bem como os médicos consideram esse também um tópico importante a ser trabalhado na formação:

“Ele é um médico, então tem que fazer as perguntas de forma graduável, do jeito que tem que ser. E respeito, né? Porque geralmente a gente vê o caráter da pessoa pelo respeito que ela vai nos entregar.” (4P21)

“Ele tem que tratar todos iguais, com o mesmo respeito.” (5P27)

“A forma de tratar mesmo, nessa pedra que eu bato, é a forma da pessoa tratar a gente.” (6P39)

“[...] para mim é mais uma questão do respeito, que é o que falta muito [...] e a questão da cordialidade, né? Eu queria chegar, tratar bem a pessoa, receber de volta o bom tratamento.” (7P18)

“E a questão também do respeito à diversidade.” (6MR30)

Os relatos analisados demonstram que as competências referentes ao acolhimento, respeito e humanização aparecem de forma muito mais frequente e detalhada entre os utentes do que entre os médicos entrevistados, o que sugere uma possível assimetria de percepções sobre a centralidade da relação médico-paciente no cuidado. Para os utentes, a qualidade da

interação parece ser tão relevante quanto a própria resolução clínica, funcionando como elemento determinante em seu cuidado.

Adicionalmente, um desejo referido pelos utentes é o uso adequado do nome social pelos profissionais, que é um direito garantido aos usuários do SUS por meio da Portaria nº 1.820, de 13 de agosto (Brasil, 2009):

“Então, escutar a pessoa, perguntar qual é o nome dela e deixar que ela diga qual é o nome dela, para que depois você venha pensar em chamar ela no masculino ou feminino.” (9P29)

“[...] é muito chato quando a gente chega numa UBS e, digamos, eu fiz um exame e vou receber, a pessoa vai lá e me chama pelo nome de homem, pelo nome morto, é muito complicado. Aí, a gente sofre preconceito, a gente passa por constrangimento naquela hora, é muito dolorido. (6P39)

Esse tópico também foi referido pelos médicos como um aspecto importante a ser incorporado na educação dos profissionais:

“Primeiro, tem que ser falado sobre o tratamento das pessoas. Por exemplo, qual é o nome que a pessoa gostaria de ser chamada [...]” (4M27)

“A outra situação é a questão de habilidade de comunicação em relação a respeito ao gênero da pessoa [...]” (6MR30)

“Eu acho que pelo menos tirar um tempo para fazer uma roda de conversa [...] para discutir essas coisas, tipo de nome social, porque ter esse respeito básico eu acho que seria uma coisa não muito elaborada, mas talvez seria fundamental [...]” (7MR26)

Esse é um aspecto importante, pois, conforme refere Rocon et al., (2016), o desrespeito ao nome social e a discriminação são as principais limitações para o acesso de pessoas trans ao sistema de saúde. Portanto:

A presença do campo destinado ao nome social nos documentos e prontuários da saúde, bem como o respeito dos profissionais da área ao adotarem o nome de escolha do usuário em seu atendimento impede que o constrangimento bloqueie o acesso aos serviços ofertados, reafirma o compromisso de universalidade e equidade do SUS, extinguindo a violação de direitos no âmbito institucional, além de estimular uma cultura de respeito às diversidades. (Silva et al., 2017, p. 837)

É positivo, portanto, notar uma simetria nos relatos entre os médicos e os utentes no que se refere a esse aspecto, alinhando-se também à importância dessa temática conforme evidenciado pela literatura. Nesse mesmo contexto, os médicos também referem ser importante treinar os profissionais com relação aos conceitos básicos de sexualidade, o que gera uma melhor relação entre médico e paciente e aprimora a comunicação entre esses pares:

“Eu acho que o principal é ensinar sobre as nomeações corretas, o que é identidade de gênero, o que é orientação sexual [...]” (2M34)

“E entender um pouco sobre a diversidade, que é tanto orientação sexual quanto identidade de gênero.” (4M27)

“Uma aula conceitual, que foi um pouco do que a gente fez na residência, sobre conceitos gerais, assim, né, de conceitos mesmo de identidade de gênero, de orientação sexual. (9MR26)

A capacitação em terminologias corretas e no entendimento de categorias como identidade de gênero e orientação sexual é um passo fundamental para garantir comunicação respeitosa, reduzir microagressões e promover um ambiente seguro para o compartilhamento de informações sensíveis. Essa competência, portanto, não é apenas um saber teórico, mas uma ferramenta prática para qualificar o encontro clínico e é muito importante ver que os médicos consideram isso como uma competência necessária a ser desenvolvida.

Adicionalmente, a abordagem direta da sexualidade aparece como uma expectativa comunicacional relevante, como expresso por uma das utentes:

“Seria muito mais conveniente se, quando tu fosse fazer o exame médico, perguntassem tua orientação ou tua identidade, ou te perguntar se tu tomas hormônios, se tu faz os processos relacionados com o corpo. Porque aí, se o profissional só supor que tu é cisgênero e heterossexual, a pessoa tem que meio que se expor, aquela ideia de que precisa sair do armário, e não que tu pode só viver a vida normal, sem ter que ficar explicando pros os outros toda vez que tu é LGBT.” (10P19).

Embora apenas uma participante tenha mencionado explicitamente a expectativa de abordagem direta da sexualidade durante a consulta, consideramos esse relato de grande relevância. A ausência de perguntas abertas sobre orientação sexual, identidade de gênero e práticas sexuais impede que o médico identifique integralmente as necessidades de saúde dessa população, mantendo invisíveis demandas importantes para o cuidado integral. É sintomático que, também neste estudo, apenas uma pessoa tenha trazido essa expectativa de forma explícita, possivelmente refletindo o quanto a sexualidade ainda é um tema silenciado nos serviços de saúde, seja por receio dos utentes em se exporem, seja pela ausência de um ambiente acolhedor que estimule o diálogo.

Essa demanda torna-se particularmente relevante quando se observa que apenas cerca de metade dos médicos referem perguntar rotineiramente sobre a sexualidade de seus pacientes durante os atendimentos (Kashaf et al., 2018).

A fala revela, portanto, como a suposição de cisheterossexualidade é, ainda hoje, a norma implícita na maioria das interações clínicas, deslocando para o paciente o ônus de revelar aspectos centrais da sua identidade. Esse processo, frequentemente descrito como “sair do armário”, pode ser emocionalmente desgastante e associado ao estresse de minoria (Meyer, 2003), pois expõe o indivíduo a potenciais reações negativas, julgamento moral ou discriminação repetidas vezes. Ao solicitar que o profissional introduza perguntas

padronizadas sobre orientação sexual e identidade de gênero, a paciente não apenas reivindica reconhecimento institucional, mas também propõe uma estratégia de redução de desigualdades comunicacionais, redistribuindo a responsabilidade de iniciar essas conversas com o médico. Ao incorporar essas perguntas de forma sistemática, o profissional não apenas valida a experiência do paciente, como também sinaliza um ambiente de acolhimento, onde a diversidade é reconhecida e legitimada como parte da prática clínica.

Ainda nesse espectro, a expectativa de um atendimento livre de preconceitos foi recorrente entre os utentes:

“[...] que a pessoa entenda e não julgue. Eu acho que é isso. **Não me sentir julgada, por seja lá qual for a minha condição**, que, naquele momento, eu estou tentando tratar.” (3P25)

“Ah, eu espero que a consulta seja **100% sem preconceito**.” (8P20)

“Eu queria que **o médico não fosse preconceituoso, não sei se é muito utópico falar isso**.” (10P19)

Portanto, neste enquadramento, as pessoas desejam o que já lhes é assegurado legalmente. Conforme consta na Portaria nº 1.820: “É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero [...]” (Brasil, 2009, p.2).

Vale ressaltar que essa questão também faz parte do juramento médico, quando proferido que: “NÃO PERMITIREI que considerações sobre idade, doença ou deficiência, crença religiosa, origem étnica, sexo, nacionalidade, filiação política, raça, orientação sexual, estatuto social ou qualquer outro fator se interponham entre o meu dever e o meu doente” (Associação Médica Mundial, 1949, p.1). Portanto, é dever do médico, o tratamento livre de preconceito para com aqueles que estão sob seus cuidados. Dessa maneira, o que cabe é a reflexão dos motivos que fazem com que esses indivíduos não vivenciem o pleno gozo desses direitos no seu cotidiano.

Por fim, um dos aspectos relacionais importantes, referente ao acolhimento, é a criação de um ambiente que se mostre acolhedor a essas pessoas. Conforme referem Junior et al. (2021), esse processo inicia-se antes da consulta. Portanto, bandeiras e adesivos com símbolos LGBT sinalizam para esses pacientes que o serviço é acolhedor e oferece espaço para suas demandas. Apesar desse aspecto não ter sido referido diretamente por nenhum dos médicos e pacientes, ao serem questionados pela pesquisadora (que é egressa do mesmo programa de residência dos médicos residentes que participaram da pesquisa) se ainda costumavam usar o folder de apresentação da especialidade na porta do consultório, eles

referiram que sim. Portanto, essa prática deve ser reconhecida como uma tentativa de criação de um ambiente mais acolhedor:

Figura 2: Folder utilizado na porta dos consultórios dos residentes em MFC.



Fonte: cedido por um dos residentes entrevistados.

Competências clínicas e técnicas – capacitação para lidar com a diversidade

No que se refere às competências técnicas, um aspecto interessante, pontuado por uma das utentes, é o desejo de uma avaliação médica correta, o que muitas vezes pode ser complicado por alguns entraves pessoais, conforme ilustra:

“Eu já presenciei de pessoas chegarem lá, por exemplo, com hemorroida, e o médico não querer ver. O médico só prescreveu um medicamento sem nem examinar, não sabendo nem o que é. Vai que não seja uma hemorroida, vai que seja um DST. Então, ele teve esse bloqueio de preconceito, de não querer ver. Por exemplo, essa pessoa ela tomou o remédio pra hemorroida, mas no final de tudo, ela descobriu que era uma DST, uma verruga.” (8P20)

Por isso, refere como expectativa:

“Uma consulta que o médico faça uma avaliação, trate a pessoa igual a ela é, né? Porque todo mundo é filho de Deus. Então é uma consulta que a pessoa sai de lá com seu laudo, ou com sua receita ou o que for, mas é que ela sai com aquilo mesmo, realmente, o que ela tem.” (8P20)

Esse relato é de extrema importância pois nos demonstra que inferência de um diagnóstico motivado pelo bloqueio na realização do exame físico gerou um diagnóstico tardio para a paciente, com impacto em sua saúde. Isso nos permite compreender que, as competências técnicas e clínicas são também afetadas pelas suposições e evitamentos de abordagem da sexualidade durante os atendimentos, bem como pelo preconceito, que parece ter motivado a avaliação incorreta, nesse caso. Ainda que essa fala tenha sido isolada, a consideramos potente, pois, apesar de aparentemente refletir uma expectativa simples, resume o que trataremos ao longo desse tópico: as competências clínicas devem ser desenvolvidas para resolver as demandas dos utentes sob o cuidado de um médico. Nesse sentido, em alinhamento ao que foi demonstrado por Hirstch et al. (2016) com relação a proposta de treinamento dos médicos, é possível perceber que os utentes esperam médicos capacitados para lidar consigo e com suas necessidades de saúde:

“[...] profissionais capacitados pra lidar com diversas situações, né? Com a diversidade em si, estar preparada pra isso [...] eu acho que ela precisa estudar sobre a realidade de pessoas LGBTs.” (3P25)

“Acho que ele conhecer, né, o tipo de pessoa que ele está lidando. Como eu disse, cada pessoa tem uma forma diferente de ser tratada, então ele deveria saber o que é uma pessoa trans, ele deveria saber o que é uma pessoa pan, deixa eu ver, uma pessoa bi, para saber o que é melhor para aquela pessoa.” (7P18)

“Eu acho que ele precisa sim ter uma especialização, ele precisa sim ter algum curso, alguma capacitação, e algum treinamento.” (9P29)

“Acho que tem que ter um preparo antes, porque eu acredito que tem gente que não estuda sobre as necessidades e vivências de pessoas LGBT. E quando vai interagir pessoalmente, parece que a pessoa nunca viu ninguém assim antes na vida. E aí, às vezes, acaba falando coisas meio desnecessárias.”

As falas aqui reunidas convergem para percepção (por partes dos pacientes), de que há necessidade de capacitação profissional como eixo estruturante de um cuidado qualificado para pessoas LGBTQIAPN+. Eles não se referem apenas a um treinamento pontual, mas um preparo contínuo que envolva conhecimento teórico e habilidade prática.

Por exemplo, a fala da utente 3P25 amplia o escopo da capacitação para incluir a habilidade de lidar com “diversas situações”, sinalizando que a diversidade deve ser considerada parte do cotidiano do atendimento na APS.

Outras falas reforçam a dimensão formativa e pedagógica desse preparo: os participantes 3P25, 9P29 e 10P19 apontam explicitamente a necessidade de cursos, especialização ou treinamentos que garantam conhecimento sobre a realidade de pessoas LGBTQIAPN+. A percepção de que “parece que a pessoa nunca viu ninguém assim antes na vida” (10P19) denuncia a lacuna na formação médica e o impacto que isso tem na experiência do utente.

Por fim, a fala do utente 7P18 explicita uma demanda pelo reconhecimento das identidades: o médico deve “saber o que é uma pessoa trans”, “o que é uma pessoa pan”, “uma pessoa bi”, de modo a compreender a singularidade de cada história e propor intervenções que respeitem essas identidades.

Um outro ponto trazido por uma participante é o que ela chama de uma “adaptação” do atendimento para pessoas LGBTQIAPN+:

“Se adaptar, procurar meios de conseguir atender esse público. Eu acredito que exista, só precisa ser adaptado para a saúde LGBT, para atender uma mulher trans, que é uma mulher que não vai precisar de um ginecologista, que vai precisar de um urologista. Então, esse urologista, ele pode ser adaptado para atender uma mulher trans, entende? Eu acho que é a adaptação.” (1P38)

O que a paciente externa como necessidade de adaptação, parece-nos uma expectativa de incorporação de práticas clínicas inclusivas no atendimento desses profissionais, o que está atrelado a competência técnica a respeito desses assuntos. Conforme amplamente discutido no primeiro capítulo, existem diversas evidências disponíveis com relação aos cuidados específicos para a população LGBTQIAPN+, cabendo aos próprios médicos e aos espaços formativos e institucionais discuti-las e incorporá-las à prática, conforme elucida um dos utentes:

“[...] por exemplo, pessoas trans que tomam hormônios, elas vão ter algumas demandas específicas; como é cuidar de uma mulher que nunca manteve relações com homens? Ela usa dildo? Faz diferença? Então são coisas básicas, que as respostas existem, mas que **exigem um esforço mental do profissional de entender** com quem ele está falando. Então por exemplo, se é uma mulher que não tem relação com homem e não tem penetração peniana, mas tem penetração de outras formas, como eu posso cuidar da saúde ginecológica dela?” (9P29)

Nesse sentido, tratando dessas demandas clínicas específicas, 2 utentes referem as especificidades da população trans como muito importantes, devendo ser contempladas durante os atendimentos médicos:

“As mulheres trans, a maioria recorre para a implantação de próteses de maneira clandestina, usando produtos que não são adequados. Eu acredito que isso é um campo que a medicina precisa se aprimorar para atender, porque depois vêm as consequências e muitas são gravíssimas.” (1P38)

“Eu acho que tratamento de hormônios de mulheres trans. Porque nem todo lugar tem esse início, né? A gente tem que estar rodando no PAM, sendo que tem UBS perto de casa. Eu acho que o início da transição poderia ser na UBS, poderia dar hormônio de graça, encaminhar pro psicólogo.” (8P20).

Esse último relato é especialmente interessante pois, considerando as condições de maior vulnerabilidade socioeconômica de pacientes trans, a prescrição da hormonioterapia na APS representaria uma maior possibilidade de acesso a esse cuidado. Inclusive, segundo

a UFRGS (2023): “pessoas transexuais e travestis que desejam modificações corporais por meio de hormonização e que não apresentam contraindicações clínicas podem ser acompanhadas na APS” e, como já citado, o manejo de prescrição de hormonização para pacientes trans e travestis consta como uma competência avançada no currículo baseado em competências da SBMFC (2014).

Considerando, ainda, a existência de apenas um Ambulatório de Diversidade Sexual e de Gênero em todo o estado na qual se situa o município onde foi feita essa pesquisa, capacitar os médicos da APS pode descentralizar a oferta desse cuidado, alcançando mais pacientes, cumprindo o princípio da resolutividade, conforme postulado na PNAB (Brasil, 2017). Os médicos também consideram esse tópico como importante para quem atua na APS:

“[...] falar desses diferentes exames de rastreio pra quem faz a hormonização, como fazer essa hormonização [...]” (1M31)

“Também ensinar sobre as questões de pessoas trans, hormonização.” (2M34)

“Aí tem a questão de hormonização. Eu acredito que acaba sendo algo mais de especialista, mas que poderia ser abordado pelo menos um pouco na faculdade.” (4M27)

“Principalmente o manejo de tratamento hormonal [...]” (7MR26)

Observa-se, portanto, uma convergência significativa entre as expectativas dos utentes e as percepções dos médicos quanto à necessidade de incluir o cuidado de pessoas trans - especialmente no que se refere à prescrição e acompanhamento da hormonioterapia - no escopo de atuação da APS, o que indica um terreno fértil para intervenções de capacitação e reorganização dos fluxos assistenciais, visando maior resolutividade nos cuidados primários, beneficiando mais pacientes.

Ainda referente às competências técnicas e clínicas, os médicos destacam a importância da discussão, na formação de médicos que atuarão na APS, sobre o rastreamento de neoplasias para a população LGBTQIAPN+:

“Eu acredito que é muito importante abordar sobre a questão do rastreamento de neoplasias.” (4M27)

“Por exemplo, em ginecologia, poderia ter mostrado que existem homens trans que também precisam fazer preventivo.” (3M30)

Conforme os relatos dos tópicos anteriores, que retratam situações de mulheres cis lésbicas que não sabem que possuem a necessidade de realizar rastreamento para câncer de colo de útero mesmo não mantendo mais relações em que há penetração peniana e, conforme também ilustrado pelo médico 3M30, acerca do reconhecimento de homens trans que precisam fazer a coleta desse exame, verifica-se a necessidade de abordar essas

especificidades na formação dos profissionais. Conforme Chan et al. (2024), pessoas trans tem menores taxas de realização de rastreamento de câncer de colo de útero e mama nas frequências recomendadas, se comparados a pessoas cisgênero.

Seguindo nas competências clínicas, pacientes e médicos concordam sobre a necessidade de conhecimento para manejo de diversas outras demandas de saúde para essa população, incluindo questões de saúde sexual e reprodutiva:

“Também é importante ensinar sobre as questões das IST, PrEP.” (2M34)

“Questão de planejamento familiar, cuidados contra a prevenção de ISTs.” (7MR26)

Outros médicos trazem a discussão tópicos referentes a saúde mental e abordagem de violências, que, conforme já discutido anteriormente, são questões de elevada prevalência nessa população:

“Importante também discutir a questão da saúde mental, que nós sabemos que essa população é mais propensa a ter problemas desse tipo.” (2M34)

“A parte de saúde mental, por exemplo, podia ter sido abordada em psiquiatria.” (3M30)

“Eu acredito que a principal situação para falar é a saúde mental, porque, a depender da situação, pode ocorrer suicídios, outras violências que são importantes, que tem um alto índice nessa população, por várias situações.” (6M31)

Ao analisar este tópico, observa-se que os médicos enfatizam de forma mais abrangente a necessidade de desenvolvimento de competências técnicas para o cuidado da população LGBTQIAPN+. Enquanto os relatos dos utentes se concentram sobretudo em aspectos ligados ao atendimento de pessoas trans, ao manejo de IST e à importância de reconhecer a diversidade dentro do grupo LGBTQIAPN+ para oferecer um cuidado individualizado. Os médicos ampliam o escopo de temas que consideram prioritários, destacando a saúde mental, a abordagem da violência e o rastreamento de neoplasias (no contexto das minorias sexuais) como dimensões essenciais a serem fortalecidas na formação e na prática de quem atua na APS, apontando para uma visão mais abrangente das necessidades dessa população, o que é esperado de quem é formado para efetuar esse cuidado.

Competências socioculturais no cuidado em saúde

Tratando das competências socioculturais, os profissionais trazem relatos diversos, que permitem refletir sobre a amplitude das habilidades necessárias ao médico da APS:

“Acho que seria também importante entender o papel social da Medicina. Entender quais são as consequências para uma pessoa LGBT de ser quem ela é.” (2M34)

“É importante também que se discuta como são as questões de trabalho para essa população [...]” (2M34)

“Falar da vulnerabilidade, né, dessa população. Certos tipos de problemas sociais, né?” (5M31)

Essas falas evidenciam que, para além do domínio técnico, os médicos precisam desenvolver sensibilidade para compreender os impactos sociais que incidem sobre as pessoas LGBTQIAPN+. Entender o “papel social da Medicina”, como sugere uma das participantes, implica reconhecer que a vivência da sexualidade e da identidade de gênero pode trazer implicações que atravessam o bem-estar físico, mental e social. A questão da empregabilidade, por exemplo, permanece como um dos fatores mais preocupantes, especialmente para mulheres trans e travestis (RedeTrans, 2022), e torna-se ainda mais crítica para pessoas com pouca passabilidade. Portanto, ser LGBTQIAPN+ pode colocar essas pessoas em grande vulnerabilidade, fator que deve ser considerado pelos médicos responsáveis por esses indivíduos.

Ainda nesse espectro, considerando que, conforme postulado por Starfield (2002), os atributos derivados da APS incluem a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural, é essencial que esses princípios sejam incorporados à prática clínica. Alguns dos relatos se alinham a esses conceitos, tanto do ponto de vista dos profissionais quanto dos utentes:

“Eu creio que família é uma coisa que a gente tem que abordar, que faz parte da saúde delas.” (6MR30)

“Entender o que é isso de você ser expulso de casa, não ter relação com a sua família.” (9P29)

A orientação familiar refere-se ao reconhecimento dos fatores familiares relacionados à gênese e ao manejo das doenças (Starfield, 2002). Para garantir a aplicabilidade da orientação familiar no contexto de atendimentos, os médicos de família têm que desenvolver, como competência, a abordagem familiar (SBMFC, 2014, 2025). Esses conceitos permitem compreender o quão imprescindível é conseguir identificar se paciente está inserido em um contexto que oferece suporte ou, ao contrário, que é gerador de conflitos e sofrimento e quais serão as ferramentas a serem aplicadas nesse manejo.

Por outro lado, a orientação comunitária corresponde ao conhecimento do profissional sobre as necessidades da comunidade e ao seu envolvimento ativo com ela (Starfield, 2002). Da mesma maneira, a abordagem comunitária é uma competência obrigatória na atuação dos médicos de família (SBMFC, 2014, 2025) e é igualmente relevante para o cuidado dessa população, visto que identificar redes de apoio locais, reconhecer lideranças LGBTQIAPN+ no território, propor grupos de apoio para pacientes e/ou familiares, e estabelecer parcerias

com organizações da sociedade civil são estratégias que potencializam a rede de cuidados e favorecem um ambiente mais inclusivo (Junior et al., 2021).

Por fim, a competência cultural diz respeito à adaptação do cuidado para facilitar o relacionamento com populações que possuem características culturais específicas (Starfield, 2002). A comunidade LGBTQIAPN+ tem, de certa maneira, suas particularidades, o que demanda um aprimoramento também nesse sentido, conforme refere uma das utentes:

“Porque, tipo assim, cada pessoa é diferente, então ela [profissional] tem que saber como é aquele estilo de vida dela [paciente].” (7P18)

Esse relato mostra que a qualidade do cuidado depende não apenas do conhecimento técnico, mas também da capacidade de o profissional reconhecer a singularidade de cada paciente e de estabelecer práticas inclusivas, respeitando identidades e experiências diversas.

Analisando também sob o espectro que a competência cultural permite uma aproximação com a realidade dessas pessoas, a representatividade, considerada, nesse contexto, para além da ocupação de espaços, e sim como uma representação mais plural e complexa, também é uma das expectativas dos utentes:

“Eu gostaria, sinceramente, de ver vários profissionais LGBTQs, independente do que seja [...] Tipo: ‘Me formei, sou médica, tô aqui pra dar atenção tripla’. Eu pensaria: ‘Ah, **tem uma médica que faz parte da nossa comunidade, não é tão ruim ir ao médico**, porque tem uma profissional excelente, que me recepciona bem’. Então, com certeza, **eu jamais me desmotivaria a ir em algum lugar cuidar da minha saúde**, sabe?” (2P23)

Dados corroboram esse ponto: um inquérito realizado nos Estados Unidos mostrou que 1 em cada 5 entrevistados LGBTQIAPN+ sente desconforto em revelar sua orientação sexual ou identidade de gênero ao médico - uma taxa oito vezes maior que a de pacientes heterossexuais. Além disso, 78% dos entrevistados afirmaram que se sentiriam mais à vontade para falar de forma aberta e honesta com profissionais que compartilham sua orientação sexual (Bespoke Surgical, 2025).

Portanto, a presença de profissionais LGBTQIAPN+ nos serviços de saúde pode ter um efeito simbólico e prático relevante, funcionando como um marcador de acolhimento e segurança. Essa representatividade facilita a criação de vínculos, reduz barreiras de acesso e contribui para um ambiente onde as especificidades da população sejam reconhecidas e legitimadas.

Como o médico de família é o recurso de uma população definida, cabe-lhe também conhecer os direitos dos seus pacientes para que possa orientá-los adequadamente. Portanto, uma das médicas refere que ensinar sobre isso para os profissionais que atuam na APS é importante:

“Direitos também que essa população tem que a gente desconhece.” (1M31)

O desconhecimento desses direitos limita o acesso a recursos sociais e de saúde. Ao contrário, quando o profissional conhece e divulga essas informações, amplia-se a possibilidade de que os pacientes usufruam do que lhes é garantido por lei, fortalecendo a equidade no cuidado.

De forma geral, a análise desses relatos evidencia que médicos e utentes valorizam dimensões complementares no que se refere às competências socioculturais necessárias ao cuidado em saúde da população LGBTQIAPN+ na APS. Os médicos enfatizam a compreensão dos determinantes sociais de saúde, o reconhecimento da vulnerabilidade e a necessidade de conhecer os direitos dessa população como elementos fundamentais para uma prática clínica mais inclusiva e resolutive. Já os utentes destacam, de forma mais expressiva, o reconhecimento da singularidade de cada indivíduo e a relevância da representatividade de profissionais LGBTQIAPN+ como expectativas nesse contexto. A abordagem familiar aparece como ponto de convergência entre ambos os grupos, reforçando a importância de integrá-la no manejo clínico e na construção de planos terapêuticos.

Portanto, após a análise de todos os dados dessa seção, é possível compreender que o conjunto de expectativas de competências aqui explorado evidencia que tanto utentes quanto médicos reconhecem que o cuidado à população LGBTQIAPN+ exige uma prática clínica que transcenda a dimensão estritamente biomédica, integrando habilidades relacionais, comunicacionais, técnicas e socioculturais. No entanto, os relatos dos utentes mostraram-se mais enfáticos quanto à necessidade de competências comunicacionais e relacionais - como o uso adequado do nome social e o acolhimento sem julgamento - enquanto os médicos deram maior ênfase ao desenvolvimento de competências técnicas, sobretudo no que se refere ao manejo clínico de hormonização, de IST e de saúde mental. Nos aspectos socioculturais, observa-se uma divergência nos relatos, mas, que analisamos como uma possibilidade de complementaridade na abordagem dessas competências.

Esses achados apontam caminhos concretos para o aprimoramento da atenção às pessoas LGBTQIAPN+, ao trazer para o centro da discussão as expectativas tanto dos utentes quanto dos médicos sobre as competências necessárias para esse cuidado. As convergências e divergências identificadas evidenciam que, para garantir uma atenção integral e equitativa, é necessário considerar não apenas as dimensões técnicas, mas também as relacionais, comunicacionais e socioculturais na prática clínica. Desconsiderar essas diferenças pode resultar em lacunas que perpetuam experiências de cuidado insatisfatórias. Assim, torna-se fundamental que os currículos formativos e os programas de educação permanente

incorporem essas múltiplas dimensões, promovendo uma prática clínica mais sensível, resolutiva e alinhada às necessidades da população LGBTQIAPN+. No capítulo seguinte, essas reflexões serão retomadas de forma integrada, permitindo discutir as contribuições do estudo para a qualificação do cuidado na APS.

5 CONCLUSÕES

Com este estudo de caso foi possível conhecer em profundidade as percepções sobre a saúde da população LGBTQIAPN+ por parte dos médicos que atuam na APS de uma cidade no Brasil, bem como as perspectivas e expectativas de utentes LGBTQIAPN+ quanto ao atendimento recebido. A utilização de entrevistas semiestruturadas como método de coleta de dados mostrou-se adequada para possibilitar uma compreensão ampla e detalhada sobre o tema, permitindo que profissionais e utentes expressassem suas experiências, percepções e desafios vivenciados no contexto do cuidado em saúde.

Ao longo desta investigação, foi possível responder aos objetivos a que nos propusemos. Relativamente ao primeiro objetivo específico: identificar as concepções dos profissionais quanto às necessidades de saúde da população LGBTQIAPN+ e sua capacidade de lidar com estas demandas, verificou-se que as percepções dos médicos são heterogêneas e, em grande parte, restritas às dimensões mais frequentemente abordadas na prática clínica, como hormonização, saúde mental e prevenção de IST. Embora exista reconhecimento de algumas demandas específicas, a percepção global revela-se predominantemente mediana quanto ao preparo para o seu manejo. A análise comparativa com as falas dos utentes reforçou esses achados, evidenciando tanto convergências relevantes, especialmente no reconhecimento da importância da saúde mental e da prevenção de IST como demandas de cuidado, quanto lacunas significativas, como a ausência de menções ao acesso aos serviços e ao bem-estar sexual por parte dos médicos. Estes resultados apontam para a necessidade de maior investimento em formação e sensibilização dos profissionais, de modo a favorecer uma abordagem mais integral e contextualizada das necessidades desta população.

Em relação ao segundo objetivo específico: apresentar as experiências de preparo para o atendimento da população LGBTQIAPN+ vivenciadas pelos médicos durante sua trajetória acadêmica e/ou profissional, verificou-se que a formação recebida na graduação foi, em sua maioria, insuficiente ou inexistente, ocorrendo de maneira pontual ou fragmentada. Os relatos mostraram que a maior parte do aprendizado ocorre de forma autônoma, por meio de busca pessoal de informações ou na própria prática clínica. Este achado reforça a necessidade de inserção estruturada de conteúdos relacionados à saúde LGBTQIAPN+ nos currículos de graduação. No que se refere a residência médica, todos os médicos residentes referem ter tido contato com essa temática ao longo dessa especialização, porém, referem que a falta de prática clínica é uma barreira para o aprimoramento e consolidação dos aprendizados. Nos espaços institucionais onde atuam os médicos, essa

abordagem também foi relatada como praticamente nula, o que limita a continuidade do desenvolvimento profissional e a implementação de práticas de cuidado mais inclusivas.

Quanto ao terceiro objetivo específico: analisar a percepção dos profissionais sobre os perfis de competência da especialidade de Medicina de Família e Comunidade e do currículo do médico generalista, no que se refere à saúde da população LGBTQIAPN+, os resultados indicaram que os médicos reconhecem que a MFC possui um escopo de atuação privilegiado para o cuidado integral dessa população, uma vez que valoriza o vínculo, a longitudinalidade e a abordagem centrada na pessoa, além de já ter a abordagem da população LGBTQIAPN+ com uma de suas competências obrigatórias, o que se iniciou por meio do currículo baseado em competências para a MFC e foi firmado pelas EPAs (SBMFC, 2014, 2025). Contudo, com relação às DCN do curso de Medicina e aos currículos médicos em geral, a percepção é de que se trata de um conteúdo ultrapassado, que não dialoga com a realidade dos atendimentos e com muitas lacunas, necessitando de reformulações.

Por fim, no que diz respeito ao quarto objetivo específico: caracterizar as expectativas de pessoas LGBTQIAPN+ utilizadoras dos sistemas de saúde, com relação aos cuidados de saúde que recebem nas consultas médicas na APS, a análise das entrevistas revelou que os utentes esperam ser acolhidos com respeito, terem seus nomes sociais e identidades de gênero reconhecidos, e receberem cuidado livre de discriminação. Além disso, desejam que os médicos tenham competência técnica para lidar tanto com as demandas comuns quanto com as específicas dessa população. Esse objetivo foi potencializado ao propor a análise, em conjunto com a percepção dos pacientes, do que os médicos acreditavam ser importantes como competências ou aprendizados para o profissional que atua na APS. Os discursos dos médicos focaram menos em competências comunicacionais e relacionais, priorizando o desenvolvimento de habilidades técnicas. Isso nos indica uma certa divergência entre o ponto de vista dos médicos e utentes, o que nos parece um terreno fértil para análise, alinhamento de expectativas e preparo no sentido de ofertar o cuidado mais integral possível, considerando todas as dimensões tidas como importantes por ambos os grupos.

Sendo um estudo de natureza qualitativa, há temas emergentes que nos possibilitaram outras reflexões e análises. Foram discutidas questões que dizem respeito à abordagem e revelação da sexualidade durante os atendimentos, que indicaram que a maioria das pessoas LGBTQIAPN+ relatou não revelar espontaneamente sua orientação sexual ou identidade de gênero durante os atendimentos, seja por receio de julgamento ou por não perceber o espaço como seguro para essa partilha. Do lado dos médicos, verificou-se que muitos profissionais também não costumam abordar de forma sistemática a sexualidade, restringindo-se a temas

estritamente biomédicos. Essa combinação produz um ciclo de evitamento, em que o silêncio do profissional reforça o silêncio do utente, e vice-versa, limitando o acesso ao cuidado integral. Entretanto, foi possível identificar, especialmente nos relatos de residentes, que a partir do momento em que tiveram contato teórico com a temática durante a formação, a abordagem da sexualidade passou a integrar de maneira mais frequente suas consultas, evidenciando o impacto positivo da educação formal na prática clínica. Esse achado reforça a necessidade de que a formação médica inclua de modo estruturado conteúdos sobre diversidade sexual e de gênero, de forma a quebrar esse ciclo de omissão e promover uma comunicação clínica mais aberta, segura e inclusiva.

Os resultados desta investigação apontam para o entendimento de que a qualificação do cuidado à saúde da população LGBTQIAPN+ depende diretamente da integração entre formação médica, sensibilização profissional e escuta das demandas dos utentes. Não se trata apenas de incluir o tema nos documentos normativos ou no currículo formal, mas de transformar esse conhecimento em prática clínica, garantindo um atendimento inclusivo, equitativo e centrado na pessoa. Tanto médicos quanto usuários reforçaram a importância de uma abordagem respeitosa e informada, evidenciando que a comunicação aberta e a construção de vínculo são fundamentais para que essas populações se sintam seguras para compartilhar informações relevantes sobre sua saúde.

Outro ponto relevante desta pesquisa foi a possibilidade de analisar as dimensões ainda pouco exploradas na literatura, como a junção das expectativas dos utentes em relação ao atendimento médico e a percepção dos profissionais sobre sua própria formação e entrega. Discutir esses elementos de forma detalhada contribui para um entendimento mais robusto sobre as barreiras e potencialidades da APS no cuidado dessas populações, oferecendo subsídios para aprimoramento de práticas formativas e assistenciais.

É claro que esta pesquisa também apresenta limitações. A principal delas refere-se ao número reduzido de participantes e ao recorte territorial, o que limita a generalização dos achados para outras realidades. Além disso, o tempo disponível para a coleta de dados e a ausência de observação direta de atendimentos podem ter restringido a identificação de aspectos mais sutis das interações entre médicos e utentes. Para pesquisas futuras, considera-se ampliar a amostra e explorar metodologias longitudinais, o que permitiria observar mudanças ao longo do tempo, bem como o impacto de intervenções educacionais voltadas para o tema.

Finalmente, não se pode deixar de correlacionar esta pesquisa com o mestrado em questão. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021, p. 18) define educação em saúde

como “qualquer combinação de experiências de aprendizagem projetadas para ajudar indivíduos e comunidades a melhorar sua saúde, aumentando o conhecimento, influenciando a motivação e aprimorando a literacia em saúde”. Este estudo evidenciou a necessidade de qualificação contínua dos médicos e de fortalecimento da sua competência clínica para o atendimento de pessoas LGBTQIAPN+, uma vez que tais medidas contribuem de forma direta para a promoção da saúde, a redução de vulnerabilidades e o acesso a um cuidado mais seguro, inclusivo e fundamentado em evidências.

Tal como a atenção qualificada e inclusiva não se encerra ao final de uma consulta, espera-se que os resultados desta pesquisa inspirem reflexões e ações duradouras, incentivando a incorporação de práticas inclusivas nos currículos de graduação, nos programas de residência médica e nos espaços de educação permanente em saúde, ampliando o bem-estar, a equidade de acesso e a atenção integral e humanizada a população LGBTQIAPN+.

6 BIBLIOGRAFIA

Aguiar, D. de M. (2023). Dignidade humana e autonomia da vontade na liberdade de ser da pessoa intersexual. *Revista Direito e Sexualidade*, 1(1), 72–75.

Aires, L. (2015). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional* (1 atualizada). Universidade Aberta. <http://hdl.handle.net/10400.2/2028>

Akotirene, C. (2019). *Interseccionalidade*. Pólen Editorial.

Albuquerque, G. A., De Lima Garcia, C., Da Silva Quirino, G., Alves, M. J. H., Belém, J. M., Dos Santos Figueiredo, F. W., Da Silva Paiva, L., Do Nascimento, V. B., Da Silva Maciel, É., Valenti, V. E., De Abreu, L. C., & Adami, F. (2016). Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: Systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 16(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0072-9>

Amado, J. (2014). *Manual de investigação qualitativa em educação*. Imprensa da Universidade de Coimbra.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). Health care for lesbians and bisexual women. Committee Opinion No. 525. *Women's Health Care Physicians*.

American psychiatric association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III* (3º ed.).

American psychiatric association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III* (3º, rev ed.).

American psychiatric association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-4* (4º ed.).

American psychiatric association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5º ed.).

Amorim, M. S. M. A. de. (2019). Interseccionalidade, sexualidade e identidade de gênero: Um estudo exploratório sobre territórios e territorialidades da comunidade LGBTI+ em belo horizonte. *Simpósio Nacional de Geografia Urbana*, 1682–1699.

Angonese, M., & Lago, M. C. D. S. (2017). Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: Abjeção e esterilidade simbólica. *Saúde e Sociedade*, 26(1), 256–270. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017157712>

Ayhan, C. H. B., Bilgin, H., Uluman, O. T., Sukut, O., Yilmaz, S., & Buzlu, S. (2019). A Systematic Review of the Discrimination Against Sexual and Gender Minority in Health Care Settings. *International Journal of Health Services*, 50(1), 44–61. <https://doi.org/10.1177/0020731419885093>

Bagagli, B. P. (2016). A diferença trans no gênero para além da patologização. *Revista Periódicus*, 1(5), 87–100. <https://doi.org/10.9771/peri.v1i5.17178>

Barbosa, R. M., & Facchini, R. (2009). Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(suppl 2), s291–s300. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400011>

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto, Trad.). Edições 70.

Bassichetto, K. C., Pinheiro, T. F., Barros, C., Fonseca, P. A. M., Queiroz, R. S. B. D., Sperandei, S., & Veras, M. A. D. S. M. (2024). Corpos do desejo: Uso de hormônios sem

prescrição médica entre mulheres trans e travestis em cinco capitais brasileiras (2019–2021). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 27(suppl 1), e240010.supl.1. <https://doi.org/10.1590/1980-549720240010.supl.1.2>

Battaglia, F. P., Nasrallah, F. A., Hercowitz, A., Junior, A., & Ciasca, S. V. (2021). Pessoas não binárias. Em S. V. Ciasca, A. Hercowitz, & A. Junior (Ed.), *Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado transdisciplinar* (1º ed.). Manole.

Beckman, H. B., & Frankel, R. M. (1984). The Effect of Physician Behavior on the Collection of Data. *Annals of Internal Medicine*, 101(5), 692–696. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-101-5-692>

Benevides, B. G. (2025). *Dossiê: Assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2024*. Distrito Drag.

Bento, B. (2008). *O Que É Transexualidade*. Editora Brasiliense.

Bernardes, C. T. V., Port, M. E., Freire, M. Q., De Souza, I. G., Rocha, J. S., Borges, N. M. P., & De Freitas, Y. J. F. (2022). O conhecimento e a prescrição da profilaxia pré-exposição ao HIV por médicos em Goiás: The knowledge and prescription of pre-exposure prophylaxis for HIV by physicians in Goiás. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(5), 20634–20650. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n5-228>

Bespoke Surgical. (2025). *What LGBTQ+ Patients Reveal—And Hide—From Their Doctors*. Bespoke Surgical. <https://bespokesurgical.com/2025/06/10/lgbtq-healthcare-study/>

Blackwell, M., & Naber, N. (2002). Interseccionalidade em uma era de globalização: As implicações da Conferência Mundial contra o Racismo para práticas feministas transnacionais. *Revista Estudos Feministas*, 10(1), 189–198. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100012>

Bolonha, F. J., & Oliveira, A. G. D. (2023). Violências curriculares: A (in)visibilidade do corpo LGBTQIA+ na formação médica. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, e023014. <https://doi.org/10.21723/riaee.v18i00.17818>

Bowleg, L. (2008). When Black + Lesbian + Woman ≠ Black Lesbian Woman: The Methodological Challenges of Qualitative and Quantitative Intersectionality Research. *Sex Roles*, 59(5–6), 312–325. <https://doi.org/10.1007/s11199-008-9400-z>

Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*.

Brasil. (1990a). *Lei nº 8.069/1990—Estatuto da Criança e do Adolescente*.

Brasil. (1990b). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*.

Brasil. (2006). *Política nacional de atenção básica*. Ministério da Saúde.

Brasil. (2009a). *Política Nacional De Educação Permanente Em Saúde*. Ministério da Saúde.

Brasil. (2009b). *PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009*.

Brasil. (2010). *Cadernos de atenção básica: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva*. Ministério da Saúde.

Brasil. (2012a). *Política nacional de atenção básica*. Ministério da Saúde.

- Brasil. (2012b). *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013a). *Política Nacional de Harmonização*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013b). *PORTARIA Nº 2.803, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2014). *Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014: Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências*. Ministério da Educação.
- Brasil. (2016a). *Protocolos da atenção básica: Saúde das mulheres*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2016b). *Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016*. Conselho Nacional de Saúde.
- Brasil. (2017). *PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2023). Cobertura da Atenção Primária (PNS 2020—2023). *e-Gestor Atenção Primária à Saúde*. <https://relatorioaps.saude.gov.br/cobertura/pns>
- Brasil. (2024a). *Boletim Epidemiológico—HIV e Aids 2024*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2024b). *Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Parte I - Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2025a). *LEI Nº 15.126, DE 28 DE ABRIL DE 2025*.
- Brasil. (2025b). *Monitoramento das profilaxias pré e pós-exposição de risco ao HIV: Sumário Executivo*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2025c). Painel de Dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos. *Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania*. <https://www.gov.br/mdh/pt-br/ondh/painel-de-dados/2025>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE.
- Butler, J. (2018). *Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade*. Civilização Brasileira.
- Caetano, B. B. R., Dias Oliveira, D., Schaffer Ramos, T., Serra Bavaresco, C., Luiz Stefanello Busato, A., Itzel Acosta Moreno Vinholes, J., & Renato Reis De Moura, F. (2023). LGBTQIA+ vs the Brazilian Unified Health System: Basic Health Unit Use and Associated Factors. *Journal of Homosexuality*, 71(14), 3362–3380. <https://doi.org/10.1080/00918369.2023.2295331>
- Calazans, G., Kalichman, A., Santos, M. R. dos, & Félix, T. (2021). Necessidades de saúde: Demografia, panorama epidemiológico e barreiras de acesso. Em S. V. Ciasca, A. Hercowitz, & A. Junior (Ed.), *Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado transdisciplinar* (1º ed.). Manole.
- Carroll, N. (2022). Sexual and gender minority women (lesbian, gay, bisexual, transgender, plus): Medical and Reproductive Care. *UpToDate*. [uptodate.com](https://www.uptodate.com)
- Carvalho, C. S., Calderaro, F., & Souza, S. J. e. (2013). O dispositivo “saúde de mulheres lésbicas”: (In)visibilidade e direitos. *Revista Psicologia Política*, 13(26).
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). Men Who Have Sex with Men (MSM). *Sexually Transmitted Infections Treatment Guideline*.

- Cerqueira-Santos, E., Calvetti, P. U., Rocha, K. B., Moura, A., Barbosa, L. H., & Hermel, J. (2010). Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. *Interamerican Journal of Psychology*, 44(2), 235–245.
- Cerqueira, D., Bueno, S., Lima, R. S. de, & Lins, G. de O. A. (2025). *Atlas da Violência*.
- Chan, A., Jamieson, C., Draper, H., O’Callaghan, S., & Guinn, B. (2024). Cancer screening attendance rates in transgender and gender-diverse patients: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 29(6), 385–393. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2023-112719>
- Chan, P. A., Robinette, A., Montgomery, M., Almonte, A., Cu-Uvin, S., Lonks, J. R., Chapin, K. C., Kojic, E. M., & Hardy, E. J. (2016). Extragenital Infections Caused by *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*: A Review of the Literature. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, 2016, 1–17. <https://doi.org/10.1155/2016/5758387>
- Chan, R. C. H., Leung, J. S. Y., & Wong, D. C. K. (2022). Experiences, Motivations, and Impacts of Sexual Orientation Change Efforts: Effects on Sexual Identity Distress and Mental Health Among Sexual Minorities. *Sexuality Research and Social Policy*, 19(4), 1534–1548. <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00669-5>
- Ciasca, S. V., Hercowitz, A., & Junior, A. (2021). Definições da sexualidade humana. Em S. V. Ciasca, A. Hercowitz, & A. Junior (Ed.), *Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado transdisciplinar* (1º ed.). Manole.
- Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2015). Mortality Risks Among Persons Reporting Same-Sex Sexual Partners: Evidence From the 2008 General Social Survey—National Death Index Data Set. *American Journal of Public Health*, 105(2), 358–364. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301974>
- Cohen, C. J. (1997). Punks, bulldaggers, and welfare queens: The radical potential of queer politics? *GLQ: A JOURNAL OF LESBIAN & GAY STUDIES*.
- Collins, P. H. (2019). *Intersectionality as Critical Social Theory*. Duke University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv11hpkdj>
- Collins, P. H., & Bilge, S. (2020). *Intersectionality* (Second edition). Polity press.
- Conselho Federal de Medicina. (2025). *RESOLUÇÃO CFM Nº 2.427, DE 8 DE ABRIL DE 2025*.
- Cooper, R. L., Ramesh, A., Radix, A. E., Reuben, J. S., Juarez, P. D., Holder, C. L., Belton, A. S., Brown, K. Y., Mena, L. A., & Matthews-Juarez, P. (2023). Affirming and Inclusive Care Training for Medical Students and Residents to Reduce Health Disparities Experienced by Sexual and Gender Minorities: A Systematic Review. *Transgender Health*, 8(4), 307–327. <https://doi.org/10.1089/trgh.2021.0148>
- Crenitte, M. R. F., De Melo, L. R., Jacob-Filho, W., & Avelino-Silva, T. J. (2023). Transforming the invisible into the visible: Disparities in the access to health in LGBT+ older people. *Clinics*, 78, 100149. <https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2022.100149>
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1). <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>

Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, 10(1), 171–188.

Crenshaw, K. (2023). *Intersectionnalité* (E. Delanoë-Brun, Trad.). Payot.

Cunha, A. J. G., Fernandes, D. E. R., Santos, M. A. M. D., Farias, E. D. S., Guedes, E. D. M., Pinheiro, A. D. S., & Parmejiani, E. P. (2024). Conhecimentos e práticas dos profissionais de Unidades Básicas de Saúde sobre a população LGBTQIAPN+. *CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES*, 17(8), e9225. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.8-099>

Dahlenburg, S. C., Gleaves, D. H., Hutchinson, A. D., & Coro, D. G. (2020). Body image disturbance and sexual orientation: An updated systematic review and meta-analysis. *Body Image*, 35, 126–141. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.08.009>

Damery, S., Sekoni, A. O., Retzer, A., Okafor, I., Manga-Atangana, B., Posaner, R., Gale, N. K., & Jolly, K. (2024). Impact of education and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: A systematic review of comparative studies. *BMJ Open*, 15(1), e090005. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-090005>

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2018). *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (5^o ed.). Sage.

Deslandes, S. F. (2002). A construção do projeto de pesquisa. Em M. C. de S. Minayo (Org.), *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* (21^o ed.). Editora Vozes.

Drescher, J. (2015). Out of DSM: Depathologizing Homosexuality. *Behavioral Sciences*, 5(4), 565–575. <https://doi.org/10.3390/bs5040565>

Eliason, M. J., Ingraham, N., Fogel, S. C., McElroy, J. A., Lorvick, J., Mauery, D. R., & Haynes, S. (2015). A Systematic Review of the Literature on Weight in Sexual Minority Women. *Women's Health Issues*, 25(2), 162–175. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2014.12.001>

Engels, F. (2020). *Dialética da natureza* (N. Schneider, Trad.). Boitempo.

Facchini, R., & Barbosa, R. M. (2006). *Saúde das mulheres lésbicas: Promoção da equidade e da integralidade*.

Ferreira, B. D. O., & Bonan, C. (2020). Abrindo os armários do acesso e da qualidade: Uma revisão integrativa sobre assistência à saúde das populações LGBTT. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(5), 1765–1778. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34492019>

Ferreira, B. D. O., & Bonan, C. (2021). Vários tons de “não”: Relatos de profissionais da Atenção Básica na assistência de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTT). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 25, e200327. <https://doi.org/10.1590/interface.200327>

Flentje, A., Heck, N. C., Brennan, J. M., & Meyer, I. H. (2020). The relationship between minority stress and biological outcomes: A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 43(5), 673–694. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00120-6>

Fuzzell, L., Shields, C. G., Alexander, S. C., & Fortenberry, J. D. (2017). Physicians Talking About Sex, Sexuality, and Protection With Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 61(1), 6–23. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.01.017>

Gagliotti, D. A. M., & Hercowitz, A. (2021). Mulheres e homens cis bi e pansexuais. Em S. V. Ciasca, A. Hercowitz, & A. Junior (Ed.), *Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado transdisciplinar* (1^o ed.). Manole.

- Gentile, D., Boselli, D., & MacNeill, E. (2020). Clinician's Experience and Self-Perceived Knowledge and Attitudes toward LGBTQ + Health Topics. *Teaching and Learning in Medicine*, 33(3), 292–303. <https://doi.org/10.1080/10401334.2020.1852087>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
- Gomes, J. A. S., & Tesser Junior, Z. C. (2022). Experiências de médicos de família e comunidade no cuidado com a saúde de pacientes lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 17(44), 2407. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2407](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2407)
- Guba, E. G. (Ed.). (1990). *The paradigm dialog*. Sage Publications, Inc.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Em N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Ed.), *Handbook of Qualitative Research*.
- Guimarães, R. D. C. P., Lorenzo, C. F. G., & Mendonça, A. V. M. (2021). Sexualidade e estigma na saúde: Uma análise da patologização da diversidade sexual nos discursos de profissionais da rede básica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(1), e310128. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312021310128>
- Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575. <https://doi.org/10.2307/3178066>
- Haraway, D. (1995). SABERES LOCALIZADOS: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial*. *cadernos pagu*, 5, 7–41.
- Harding, S. (1993). Rethinking Standpoint Epistemology: What Is “ Strong Objectivity”? Em L. Alcoff & E. Potter (Ed.), *Feminist Epistemologies*.
- Harding, S. (2004). *The Feminist Standpoint Theory Reader*.
- Hartman, C. (2013). Are lesbian, gay, bisexual, and transgender patients at higher risk for mental health disorders? *Evidence-Based Practice*, 16(3), 7. <https://doi.org/10.1097/01.EBP.0000540346.11533.fd>
- Hercowitz, A. (2019). Puberdade e crescimento. Em M. S. de S. Vitale (Ed.), *Medicina do adolescente fundamentos e prática*. Editora Atheneu.
- Hirsch, O., Löltgen, K., & Becker, A. (2016). Lesbian womens' access to healthcare, experiences with and expectations towards GPs in German primary care. *BMC Family Practice*, 17(1), 162. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0562-4>
- Hobfoll, S. E. (1998). *Stress, Culture, and Community*. Springer US. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0115-6>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2019). *Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Orientação Sexual Autoidentificada da População Adulta*. IBGE.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2024). *Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2024*. IBGE.
- International Commission of Jurists. (2007). *Yogyakarta Principles: Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity*.
- Jin, F., Dore, G. J., Matthews, G., Luhmann, N., Macdonald, V., Bajis, S., Baggaley, R., Mathers, B., Verster, A., & Grulich, A. E. (2020). Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection in men who have sex with men: A systematic review and meta-analysis. *The*

Lancet Gastroenterology & Hepatology, 6(1), 39–56. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(20\)30303-4](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30303-4)

Junior, A., Ciasca, S. V., Cunha, L. V. S. da, & Albano, R. I. P. (2021). Homens cis gays. Em S. V. Ciasca, A. Hercowitz, & A. Junior (Ed.), *Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado transdisciplinar* (1º ed.). Manole.

Kashaf, M. S., Butler, P. R., Cordon-Galiano, B. H., & Herati, A. S. (2018). Sexual Health Care Practitioners' Evaluation of Men Who Have Sex With Men. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(7), 942–946. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.05.004>

Kincheloe, J. L., & McLaren, P. (2005). Rethinking Critical Theory and Qualitative Research. Em N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Ed.), *The Sage handbook of qualitative research* (3º ed.). Sage Publications Ltd.

King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8(1), 70. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-70>

Knight, D. A., & Jarrett, D. (2015). Preventive Health Care for Men Who Have Sex with Men. *American Family Physician*, 91(12), 844–851.

Knight, D. A., & Jarrett, D. (2017). Preventive Health Care for Women Who Have Sex with Women. *American Family Physician*, 95(5), 314–321.

Lima, C. M. N. (2021). Assexualidade: Os desafios para o reconhecimento e aceitação social. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7(3), 110–125. <https://doi.org/10.51891/rease.v7i3.762>

Lima, M., & Hercowitz, A. (2021). Homens trans. Em S. V. Ciasca, A. Hercowitz, & A. Junior (Ed.), *Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado transdisciplinar* (1º ed.). Manole.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

Lombardi, M. R., Sá, M. A. Á. S., & Paula, M. A. B. (2021). *O prazer da entrevista em pesquisas qualitativas* (1º ed.). EDITORA CRV. <https://doi.org/10.24824/978652511836.9>

Lopes, J. M. C., & Dias, L. C. (2019). Capítulo 1: Princípios da medicina de família e comunidade. Em G. de Gusso, J. Cerrati, & L. C. Dias (Org.), *Ratado de medicina de família e comunidade: Princípios, formação e prática* (2º ed.). Artmed.

Lopes, J. T. (2024). Interseccionalidade conceito e crítica do conceito. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 50, 35–53. <https://doi.org/10.21747/08723419/soc50a2>

Louro, G. L. (2004). *Um corpo estranho: Ensaio sobre sexualidade e teoria queer*. Autêntica.

Malik, M. H., Iqbal, S., Noman, M., Sarfraz, Z., Sarfraz, A., & Mustafa, S. (2023). Mental Health Disparities Among Homosexual Men and Minorities: A Systematic Review. *American Journal of Men's Health*, 17(3), 15579883231176646. <https://doi.org/10.1177/15579883231176646>

Manzini, E. (1991). A entrevista na pesquisa social. *Didática*, 26/27, 149–158.

- Manzini, E. (2003). Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. Em M. C. Marquezine, M. A. Almeida, & S. Omote (Org.), *Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial* (p. 11–25). eduel.
- Marconi, M. de A., & Lakatos, E. M. (2017). *Fundamentos de metodologia científica*. Editora Atlas Ltda.
- Martinelli, F., Queiroz, T., Araruna, M. L., & Mota, B. (2018). Entre o cisplay e a passabilidade: Transfobia e regulação dos corpos trans no mercado de trabalho. *Revista Latino-americana de Geografia e Genero*, 9(2), 348–364. <https://doi.org/10.5212/Rlagg.v.9.i2.0019>
- Martins, H. H. T. D. S. (2004). Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e Pesquisa*, 30(2), 289–300. <https://doi.org/10.1590/S1517-97022004000200007>
- Maxwell, S., Shahmanesh, M., & Gafos, M. (2018). Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, 63, 74–89. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.11.014>
- McGlynn, N., Browne, K., Sherriff, N., Zeeman, L., Mirandola, M., Gios, L., Davis, R., Donisi, V., Farinella, F., Rosińska, M., Niedźwiedzka-Stadnik, M., Pierson, A., Pinto, N., & Hugendubel, K. (2019). Healthcare professionals' assumptions as barriers to LGBTI healthcare. *Culture, Health & Sexuality*, 22(8), 954–970. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1643499>
- McMullan, S., Anderson, T., & Elhage, N. (2024). Preventive Care for Men Who Have Sex With Men. *American Family Physician*, 109(4), 324–332.
- Medeiros, E. S., Oliveira Junior, J. B. D., Leiria, M., Moretti-Pires, R. O., & Mello, M. M. C. E. (2023). A formação de estudantes de Medicina para o cuidado destinado à saúde de pessoas LGBTI+. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 47(3), e108. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v47.3-2022-0218>
- Medley, G., Lipari, R. N., Bose, J., Cribb, D. S., Kroutil, L. A., & McHenry, G. (2016). *Sexual Orientation and Estimates of Adult Substance Use and Mental Health: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health*.
- Menahem, S. (1987). Teaching students of medicine to listen: The missed diagnosis from a hidden agenda. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 80.
- Meneguzzo, P., Collantoni, E., Gallicchio, D., Busetto, P., Solmi, M., Santonastaso, P., & Favaro, A. (2018). Eating disorders symptoms in sexual minority women: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 26(4), 275–292. <https://doi.org/10.1002/erv.2601>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychol Bull*, 674–697.
- Meyer, I. H. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 209–213. <https://doi.org/10.1037/sgd0000132>
- Meyer, I. H., & Frost, D. M. (2013). Minority Stress and the Health of Sexual Minorities. Em C. J. Patterson & A. R. D'Augelli (Org.), *Handbook of Psychology and Sexual Orientation* (p. 252–266). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199765218.003.0018>

- Miller, G. H., Marquez-Velarde, G., Mills, A. R., Hernandez, S. M., Brown, L. E., Mustafa, M., & Shircliff, J. E. (2023). Patients' Perceived Level of Clinician Knowledge of Transgender Health Care, Self-rated Health, and Psychological Distress Among Transgender Adults. *JAMA Network Open*, 6(5), e2315083. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.15083>
- Minayo, M. C. D. S., & Costa, A. P. (2018). Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*, Vol. 40 No. 40 (2018): REVISTA LUSÓFONA DE EDUCAÇÃO. <https://doi.org/10.24140/ISSN.1645-7250.RLE40.01>
- Minayo, M. C. de S. (Org.). (2002). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* (21º ed.). Editora Vozes.
- Miskolci, R., Signorelli, M. C., Canavese, D., Teixeira, F. D. B., Polidoro, M., Moretti-Pires, R. O., Souza, M. H. T. D., & Pereira, P. P. G. (2022). Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: Uma análise do cenário por triangulação de métodos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(10), 3815–3824. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.06602022>
- Nascimento, A., & Machin, R. (2024). Gênero e sexualidade no currículo médico: A perspectiva de professorias de um curso de graduação em Medicina. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 28, e220628. <https://doi.org/10.1590/interface.220628>
- Nascimento, R. (2023). *Direitos reprodutivos e acesso à reprodução assistida para pessoas transmasculinas e homens trans no Brasil – políticas públicas, perspectiva médica e transvivências*. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Negreiros, F. R. N. D., Ferreira, B. D. O., Freitas, D. D. N., Pedrosa, J. I. D. S., & Nascimento, E. F. D. (2019). Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: Da Formação Médica à Atuação Profissional. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(1), 23–31. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1rb20180075>
- Neto, W. M., Junior, A., & Hercowitz, A. (2021). Pessoas assexuais. Em S. V. Ciasca, A. Hercowitz, & A. Junior (Ed.), *Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado transdisciplinar* (1º ed.). Manole.
- Nowaskie, D. Z., & Sowinski, J. S. (2019). Primary Care Providers' Attitudes, Practices, and Knowledge in Treating LGBTQ Communities. *Journal of Homosexuality*, 66(13), 1927–1947. <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1519304>
- Nowicki, G. P., Marchwinski, B. R., O'Flynn, J. L., Griffiths, S., & Rodgers, R. F. (2022). Body image and associated factors among sexual minority men: A systematic review. *Body Image*, 43, 154–169. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.08.006>
- Oliveira, G. S., & Baumont, A. C. D. (2025). AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DAS PROFISSÕES DA SAÚDE SOB A ÓTICA DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+. *Saberes Plurais Educação na Saúde*, 9(1), e146067. <https://doi.org/10.54909/sp.v9i1.146067>
- Organização Mundial da Saúde. (2019). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*, 11ª Revisão (ICD-11).
- Paschoalick, R., Adach, F. V., De Biad, J., Silva, W. L. C. E. S., Pereira, C. I. P., & Schlenker, S. M. (2022). Saúde LGBTQIA+: Análise na educação médica. *Revista Médica do Paraná*, 80(1), 1693. <https://doi.org/10.55684/80.1.1693>
- Paulino, D. B., Rasera, E. F., & Teixeira, F. D. B. (2019). Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da

Estratégia Saúde da Família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e180279. <https://doi.org/10.1590/interface.180279>

Pedra, C. B. (2019). *Direitos LGBT: a LGBTfobia estrutural e a diversidade sexual e de gênero no direito brasileiro*. Appris.

Pedro, A. P. (2014). Ética, moral, axiologia e valores: Confusões e ambiguidades em torno de um conceito comum. *Kriterion: Revista de Filosofia*, 55(130), 483–498. <https://doi.org/10.1590/S0100-512X2014000200002>

Pinna, F., Paribello, P., Somaini, G., Corona, A., Ventriglio, A., Corrias, C., Frau, I., Murgia, R., El Kacemi, S., Galeazzi, G. M., Mirandola, M., Amaddeo, F., Crapanzano, A., Converti, M., Piras, P., Suprani, F., Manchia, M., Fiorillo, A., Carpinello, B., & The Italian Working Group on LGBTQI Mental Health. (2022). Mental health in transgender individuals: A systematic review. *International Review of Psychiatry*, 34(3–4), 292–359. <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2093629>

Pinto, T. P., Teixeira, F. D. B., Barros, C. R. D. S., Martins, R. B., Saggese, G. S. R., Barros, D. D. D., & Veras, M. A. D. S. M. (2017). Silicone líquido industrial para transformar o corpo: Prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(7). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00113316>

Pinto, V. M., Tancredi, M. V., Neto, A. T., & Buchalla, C. M. (2005). Sexually transmitted disease/HIV risk behaviour among women who have sex with women. *AIDS*, 19(Suppl 4), S64–S69. <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000191493.43865.2a>

Pompili, M., Lester, D., Forte, A., Seretti, M. E., Erbutto, D., Lamis, D. A., Amore, M., & Girardi, P. (2014). Bisexuality and Suicide: A Systematic Review of the Current Literature. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(8), 1903–1913. <https://doi.org/10.1111/jsm.12581>

Pontes, J. C. de, & Silva, C. G. da. (2018). Cisnormatividade e passabilidade: Deslocamentos e diferenças nas narrativas de pessoas trans. *Revista Periódicus*, 1(8), 396–417. <https://doi.org/10.9771/peri.v1i8.23211>

Porto, R. K. D., Silva, M. A. da, & Gugelmin, S. A. (2021). Narrativas de passabilidade e a segurança para transitar: Transmasculinidades e saúde. *Aceno – Revista de Antropologia do Centro-Oeste*, 8(16), 219–230.

RedeTrans. (2022). *Reflexões sobre os dados do Censo Trans: Sem motivos para orgulho: Diálogos e análises do contexto socioeconômico de mulheres travestis e transexuais no Brasil*.

Reis, A. A., & Carvalho, H. R. D. (2023). A Atenção Primária à Saúde no Brasil e a população LGBTI+: Uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*, 47(spe1), e9135. <https://doi.org/10.1590/2358-28982023e19135p>

Rich, A. (1980). Compulsory heterosexuality and lesbian existence. *Signs: Journal of women in culture and society*, 5(4), 631–660.

Rocon, P. C., Rodrigues, A., Zamboni, J., & Pedrini, M. D. (2016). Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(8), 2517–2526. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.14362015>

Rodrigues, C. A., Marguilho, M., Ferreira, B., Nascimento, S., Nascimento, M., Cardoso, S., Silva, M., Pablo, A. C., Soares, C., Fernandes, C., & Gonçalves, M. (2024). Gender Dysphoria: Concepts, Diagnosis and Clinical Management. *Acta Médica Portuguesa*, 37(5), 379–385. <https://doi.org/10.20344/amp.21057>

- Santin, S. B. F., Silva, F. C. D., Silva Júnior, J. A. D., Fernandes, T. A. A. D. M., Fonseca, Á. M. D., & Nascimento, E. G. C. D. (2025). Percepções do ensino sobre populações LGBTQIAPN+ na graduação de medicina. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 36, 1219. <https://doi.org/10.35919/rbsh.v36.1219>
- Scheffer, M. (com Ribas, S., Resek, J., Araújo, W., Miotto, R. A., Poz, M. R. D., Russo, G., Andrietta, L. S., Bahia, L., Moreira, J. P. de L., Castilho, E. A. de, Brandão, A. P. D., Matijasevich, A., Guerra, A., Almeida, C. de J., Miotto, B. A., Guilloux, A. G. A., & Cassenote, A.). (2023). *Demografia Médica no Brasil 2023* (6º ed.). Cristiane de Jesus Almeida.
- Scheffer, M., David, L., Xavier, M., & Almeida, C. (2024). *Radar da demografia médica no Brasil: Informe técnico nº 5. Panorama da residência médica: Oferta, evolução e distribuição de vagas (2018–2024)*.
- Schwend, A. S. (2020). Trans health care from a depathologization and human rights perspective. *Public Health Reviews*, 41(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s40985-020-0118-y>
- Silva, L. K. M. D., Silva, A. L. M. A. D., Coelho, A. A., & Martiniano, C. S. (2017). Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: Elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(3), 835–846. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000300023>
- Smalley, K. B., Warren, J. C., & Barefoot, K. N. (2016). Differences in health risk behaviors across understudied LGBT subgroups. *Health Psychology*, 35(2), 103–114. <https://doi.org/10.1037/hea0000231>
- Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. (2014). *Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade*.
- Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. (2025a). *EPAs Nacionais em Medicina de Família e Comunidade: Marco Zero*.
- Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. (2025b). *Nota da SBMFC sobre a resolução do CFM nº 2.427, de 08 de abril de 2025*. <https://www.sbmfc.org.br/noticias/nota-da-sbmfc-sobre-a-resolucao-do-cfm-no-2-427-de-08-de-abril-de-2025/>
- Soria, L. (2013). Asexualidad: Primeras aproximaciones, primeros interrogantes. *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*.
- Spitzer, R. L. (1981). The diagnostic status of homosexuality in DSM-III: A reformulation of the issues. *American Journal of Psychiatry*, 138(2), 210–215. <https://doi.org/10.1176/ajp.138.2.210>
- Spizzirri, G., Eufrásio, R. Á., Abdo, C. H. N., & Lima, M. C. P. (2022). Proportion of ALGBT adult Brazilians, sociodemographic characteristics, and self-reported violence. *Scientific Reports*, 12(1), 11176. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-15103-y>
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*.
- Stelet, B. P., Freitas, D. do C. A., Brízida, L. V. de O., Silva, M. R. D. da, & Leite, M. T. C. (2021). Pessoas intersexo. Em S. V. Ciasca, A. Hercowitz, & A. Junior (Ed.), *Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado transdisciplinar* (1º ed.). Manole.

- Stewart, M. (2017). *Medicina centrada na pessoa: Transformando o método clínico* (3º ed.). Artmed.
- Suess, A., Espineira, K., & Walters, P. C. (2014). Depathologization. *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 1(1–2), 73–77. <https://doi.org/10.1215/23289252-2399650>
- Teixeira, E. B. (2011). A Análise de Dados na pesquisa Científica: Importância e desafios em estudos organizacionais. *Desenvolvimento Em Questão*, 1(2), 177–201.
- Tornello, S. L., & Bos, H. (2017). Parenting Intentions Among Transgender Individuals. *LGBT Health*, 4(2), 115–120. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0153>
- UNAIDS. (2020). *Seizing the moment —Tackling entrenched inequalities to end epidemics* (Global AIDS Update).
- United Nations (Org.). (1995). *Report of the International Conference on Population and Development: Cairo, 5-13 September 1994*. International Conference on Population and Development, New York. United Nations.
- Universidade Federal do Rio Grande do Sul. (2023). *TeleCondutas: Atendimento às pessoas transexuais e travestis na Atenção Primária à Saúde*. TelessaúdeRS-UFRGS.
- Veenstra, G. (2011). Race, gender, class, and sexual orientation: Intersecting axes of inequality and self-rated health in Canada. *International Journal for Equity in Health*, 10(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-3>
- Vieira, R. C., & Borret, R. H. (2021). Mulheres cis lésbicas. Em S. V. Ciasca, A. Hercowitz, & A. Junior (Ed.), *Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado transdisciplinar* (1º ed.). Manole.
- World Health Organization. (2016). *FAQ on Health and Sexual Diversity—An Introduction to Key Concepts*.
- World Health Organization. (2021). *Health Promotion Glossary of Terms 2021* (1st ed). World Health Organization.
- World Medical Association. (1949). *International Code of Medical Ethics*.
- Zeeman, L., & Aranda, K. (2020). A Systematic Review of the Health and Healthcare Inequalities for People with Intersex Variance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6533. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186533>

7 ANEXOS

7.1 Guião da entrevista semiestruturada – médicos

Bloco 1 – Identificação

- a) Qual a sua idade?
- b) Em qual cidade reside?
- c) Qual o seu gênero?

Bloco 2 – Formação e experiência profissional

- d) Em qual Universidade graduou-se em Medicina?
- e) Durante o curso de Medicina, quais eram as suas unidades curriculares favoritas ou com quais se identificava mais?
- f) Tem alguma experiência profissional como médico(a) antes da residência/deste trabalho? Pode partilhar conosco?
- g) Por quais motivos escolheu a Medicina de Família e Comunidade (MFC)/trabalhar na Atenção Primária à Saúde?

Bloco 3 – Prática da Medicina de Família e Comunidade/APS

- h) No momento está a cursar qual ano da residência?
- i) Pode nos falar um pouco sobre quais são os principais desafios da atuação nesta área?
- j) O que considera como pontos positivos de trabalhar na APS?
- k) Pode nos fazer uma caracterização da população que atende mais comumente na Unidade de Saúde em que trabalha?
- l) Em qual bairro fica a Unidade de Saúde em que trabalha?

Bloco 4 – Introdução aos aspectos da diversidade

- m) O que pensa sobre a consulta ser um contexto em que se lida com a diversidade?
- n) Pensando nessa diversidade, como considera as diferenças de gênero e orientação sexual neste contexto?
- o) No contexto profissional em que atuou previamente ou no qual atua agora, como acha que essas questões são abordadas?

Bloco 5 – Conhecimentos sobre necessidades de saúde LGBTQIAPN+

- p) Durante o tempo que está a atuar na Unidade de Saúde, já realizou atendimento de um paciente que se declarasse como pertencente ao grupo LGBTQIAPN+? Pode nos falar um pouco sobre essa experiência?
- q) Pode falar um pouco sobre a abordagem da sexualidade durante os atendimentos? Como se sente com relação a isso?

- r) Acredita que pessoas LGBTQIAPN+ podem ter demandas específicas de saúde por conta da sua orientação sexual e/ou identidade de gênero? Quais você pensa que podem ser essas demandas?
- s) Você se considera apto a realizar o manejo de demandas ou orientações de saúde específicas para a população LGBTQIAPN+? Pode nos falar em que aspectos se sente seguro ou inseguro?
- t) Qual a sua percepção sobre os seus conhecimentos acerca da saúde da população LGBTQIAPN+?

Bloco 6 – Ensino da saúde LGBTQIAPN+

- u) Durante sua trajetória acadêmica e profissional, você foi preparado para realizar esses atendimentos? Se sim, pode nos falar sobre suas experiências?
- v) Se médico residente em MFC: No documento que contém o perfil de competências do especialista em Medicina de Família e Comunidade, publicado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, não existe uma competência obrigatória exigida com relação a conhecimentos específicos das necessidades de saúde da população LGBTQIAPN+. O que você pensa sobre isso? Se não for residente em MFC: Nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina, publicado pela Ministério da Educação do Brasil, não existe uma competência obrigatória exigida com relação a conhecimentos específicos das necessidades de saúde da população LGBTQIAPN+. O que você pensa sobre isso?
- w) Por quais motivos você acha que o documento está estruturado desta maneira? Pensa ser necessário algum ajuste no documento?
- x) Quais são suas sugestões para o ensino dessa temática durante a formação dos médicos de família/médicos que atuam na APS?
- y) Como pensa que isso pode influenciar na relação com os pacientes?

7.2 Guião da entrevista semiestruturada – pessoas LGBTQIAPN+

Bloco 1 – Identificação

- a) Qual a sua idade?
- b) Em qual cidade reside?
- c) Qual o seu nível de escolaridade?
- d) No momento desempenha alguma atividade laboral/de trabalho?
- e) Qual o seu gênero?
- f) Qual a sua orientação sexual?

Bloco 2 – Introdução aos aspectos de saúde

- g) Na sua concepção, o que é saúde?
- h) O que pensa que pode influenciar a sua saúde?
- i) Onde você costuma buscar cuidados de saúde?
- j) Poderia falar qual a sua percepção dos atendimentos em saúde que vivenciou até o momento?

Bloco 3 – Saúde LGBTQIAPN+

- k) Considera que a orientação sexual/identidade de gênero tem alguma influência nos cuidados de saúde que as pessoas recebem? Se sim, de que maneira?
- l) Poderia nos falar um pouco das suas experiências enquanto pessoa LGBTQIAPN+ usuária dos serviços de saúde?
- m) Durante os atendimentos de saúde, costuma falar sobre sua orientação sexual e/ou identidade de gênero (se julgar que isso é pertinente para o momento)?
- n) Poderia falar sobre suas experiências como pessoa LGBTQIAPN+ durante os atendimentos com profissionais de saúde do SUS?

Bloco 4 – Expectativas do atendimento

- o) Quais aspectos de saúde considera importantes para pessoas LGBTQIAPN+?
- p) Qual a sua percepção da preparação dos médicos que atuam nas Unidades Básicas de Saúde ao lidar com pacientes LGBTQIAPN+?
- q) Poderia nos falar um pouco quais são as suas expectativas, enquanto pessoa LGBTQIAPN+, durante um atendimento em saúde?
- r) Quais são as competências que espera que um médico de uma UBS tenha ao realizar atendimentos de pessoas LGBTQIAPN+?

7.3 Registro de Consentimento Livre e Esclarecido – médicos

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Mestrado em Educação para a Saúde



Nome do pesquisador:	Paula Carolina Lobato da Cunha
Nome e endereço da instituição:	Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto/ R. Alfredo Allen, 4200-135, Porto
Número de telefone para contato:	+351 226 079 700

REGISTRO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Saúde da população LGBTQIAPN+: percepções de médicos e expectativas de utentes no contexto da Atenção Primária a Saúde na cidade de Manaus”, cuja pesquisadora responsável é **Paula Carolina Lobato da Cunha**. O objetivo da pesquisa a ser realizada é avaliar as percepções dos médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde de Manaus quanto aos seus conhecimentos referentes às necessidades de saúde específicas da população LGBTQIAPN+, bem como caracterizar as expectativas de pessoas LGBTQIAPN+ utilizadoras do Sistema Único de Saúde, com relação aos cuidados de saúde que recebem nas consultas médicas nas Unidades Básicas de Saúde.

Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que não consiga entender, converse com a pesquisadora responsável pelo estudo para esclarecê-los. A proposta deste documento é explicar os principais aspectos do estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

O estudo realiza-se no âmbito da dissertação de mestrado da pesquisadora acima citada, sob orientação da Professora Dr^a Sofia Marques da Silva (e-mail: sofiamsilva@fpce.up.pt) e coorientação do Professor Dr Denison Melo de Aguiar (e-mail: daguiar@uea.edu.br)

Caso aceite participar da pesquisa, o método envolvido em sua participação consiste em uma entrevista individual conduzida pela pesquisadora responsável, com duração estimada de 60 minutos. Para facilitar a recolha e a análise da informação, pedimos a sua autorização para proceder à gravação do áudio da entrevista. A pesquisadora poderá contactar você novamente para confirmar e/ou obter novas informações.

Para garantir sigilo, privacidade e confidencialidade dos participantes, os áudios serão transcritos pela pesquisadora principal e armazenados em planilha de dados com números de identificação criados para a pesquisa. Os dados coletados serão armazenados somente com os números de identificação, não constando nomes. Somente a pesquisadora principal terá o arquivo contendo os nomes e números de identificação, para certificação, em caso de alguma dúvida. A qualquer momento o participante poderá requerer seus dados. Garantimos também que as gravações serão destruídas após transcrição das entrevistas.

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante/responsável

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa os possíveis riscos consistem em divulgação acidental de dados pessoais. Nesse sentido, a equipe da pesquisa trabalha para tentar minimizar os possíveis danos, visando a máxima confidencialidade durante o processo, considerando os aspectos éticos e legais vigentes.

Os possíveis desconfortos decorrentes da participação nesta pesquisa são atrelados ao tempo a ser dispendido na entrevista, a possibilidade de tratar de temas que podem ser considerados sensíveis para algumas pessoas, além do anseio de compartilhar experiências pessoais prévias enquanto médico assistente, o que pode gerar incômodo e sensação de exposição enquanto profissional.

Apesar de não trazer benefícios diretos aos participantes, os resultados da sua participação na pesquisa poderão contribuir para o âmbito coletivo, aumentando o conhecimento sobre o assunto estudado, e, se aplicável, poderão auxiliar na formação de futuros profissionais médicos, em especial daqueles que atuam na Atenção Primária à Saúde.

Se julgar necessário, você dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

É importante ressaltar a garantia de sua plena liberdade enquanto participante da pesquisa, podendo retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo algum.

A sua participação nesta pesquisa não envolve qualquer tipo de pagamento. No entanto, fica garantido o ressarcimento das despesas realizadas por você e, se necessário, por seu(sua) acompanhante, decorrentes da sua participação no estudo, como por exemplo, custos com transporte, alimentação ou outras necessidades relacionadas à coleta de dados. Todos os eventuais custos e ressarcimentos relacionados à pesquisa serão integralmente custeados pela pesquisadora responsável. Também estão assegurados a você o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano causado pela pesquisa ao participante da pesquisa.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto, bem como em todas as fases da pesquisa.

Ao término da pesquisa, a devolutiva de resultados será realizada via e-mail, disponibilizando material elaborado para esta finalidade.

Caso seja necessária alguma assistência imediata durante ou após a participação na pesquisa, a pesquisadora auxiliará no transporte e no encaminhamento para o serviço de saúde mais adequado. Em situações de complicações ou danos, diretos ou indiretos, decorrentes da participação na pesquisa, a pesquisadora deverá ser contactada para oferecer as devidas orientações. A assistência integral e gratuita será garantida, pelo tempo que for necessário, sem qualquer ônus ao Sistema Único de Saúde (SUS) ou a planos de saúde.

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante/responsável

Você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável (Paula Carolina Lobato da Cunha) a qualquer tempo para informação adicional pelo número de telefone (+55 92996063432) e/ou pelo e-mail (up202300952@up.pt).

Você também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, E-mail: cep@ufam.edu.br. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Por sua vez, a CONEP é a Comissão responsável, à nível nacional, pela avaliação dos aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos no Brasil e tem o seguinte endereço e contato: SRTVN - Via W 5 Norte - Edifício PO700 - Quadra 701, Lote D - 5º andar - Asa Norte, CEP 70719-040, Brasília (DF); Telefone: (61) 3315-5877. Horário de atendimento: 09h às 18h.

Este documento será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) senhor(a) ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

Por favor, assinale uma das opções abaixo com relação à autorização da gravação de áudio:

() Sim, autorizo a gravação em áudio da entrevista para fins exclusivos de análise pela pesquisadora.

() Não autorizo a gravação em áudio da entrevista.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Li e concordo em participar da pesquisa.

Assinatura do participante ou responsável	Data: ____ / ____ / ____
Assinatura da pesquisadora responsável	

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante/responsável

7.4 Registro de Consentimento Livre e Esclarecido – pessoas LGBTQIAPN+

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Mestrado em Educação para a Saúde



Nome do pesquisador:	Paula Carolina Lobato da Cunha
Nome e endereço da instituição:	Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto/ R. Alfredo Allen, 4200-135, Porto
Número de telefone para contato:	+351 226 079 700

REGISTRO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Saúde da população LGBTQIAPN+: percepções de médicos e expectativas de utentes no contexto da Atenção Primária a Saúde na cidade de Manaus”, cuja pesquisadora responsável é **Paula Carolina Lobato da Cunha**. O objetivo da pesquisa a ser realizada é avaliar as percepções dos médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde de Manaus quanto aos seus conhecimentos referentes às necessidades de saúde específicas da população LGBTQIAPN+, bem como caracterizar as expectativas de pessoas LGBTQIAPN+ utilizadoras do Sistema Único de Saúde, com relação aos cuidados de saúde que recebem nas consultas médicas nas Unidades Básicas de Saúde.

Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que não consiga entender, converse com a pesquisadora responsável pelo estudo para esclarecê-los. A proposta deste documento é explicar os principais aspectos do estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

O estudo realiza-se no âmbito da dissertação de mestrado da pesquisadora acima citada, sob orientação da Professora Dr^a Sofia Marques da Silva (e-mail: sofiamsilva@fpce.up.pt) e coorientação do Professor Dr Denison Melo de Aguiar (e-mail: daguiar@uea.edu.br)

Caso aceite participar da pesquisa, o método envolvido em sua participação consiste em uma entrevista individual conduzida pela pesquisadora responsável, com duração estimada de 60 minutos. Para facilitar a recolha e a análise da informação, pedimos a sua autorização para proceder à gravação do áudio da entrevista. A pesquisadora poderá contactar você novamente para confirmar e/ou obter novas informações.

Para garantir sigilo, privacidade e confidencialidade dos participantes, os áudios serão transcritos pela pesquisadora principal e armazenados em planilha de dados com números de identificação criados para a pesquisa. Os dados coletados serão armazenados somente com os números de identificação, não constando nomes. Somente a pesquisadora principal terá o arquivo contendo os nomes e números de identificação, para certificação, em caso de alguma dúvida. A qualquer momento o participante poderá requerer seus dados. Garantimos também que as gravações serão destruídas após transcrição das entrevistas.

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante/responsável

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa os possíveis riscos consistem em divulgação acidental de dados pessoais. Nesse sentido, a equipe da pesquisa trabalha para tentar minimizar os possíveis danos, visando a máxima confidencialidade durante o processo, considerando os aspectos éticos e legais vigentes.

Os possíveis desconfortos decorrentes da participação nesta pesquisa são atrelados ao tempo a ser dispendido na entrevista, a possibilidade de tratar de temas que podem ser considerados sensíveis para algumas pessoas, além do anseio de compartilhar experiências pessoais prévias enquanto paciente, o que pode relembrar situações desconfortáveis.

Apesar de não trazer benefícios diretos aos participantes, os resultados da sua participação na pesquisa poderão contribuir para o âmbito coletivo, aumentando o conhecimento sobre o assunto estudado, e, se aplicável, poderão beneficiar os atendimentos futuros de pessoas LGBTQIAPN+ utilizadoras dos serviços de atenção primária a saúde.

Se julgar necessário, você dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-lo na tomada de decisão livre e esclarecida.

É importante ressaltar a garantia de sua plena liberdade enquanto participante da pesquisa, podendo retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo algum.

A sua participação nesta pesquisa não envolve qualquer tipo de pagamento. No entanto, fica garantido o ressarcimento das despesas realizadas por você e, se necessário, por seu(sua) acompanhante, decorrentes da sua participação no estudo, como por exemplo, custos com transporte, alimentação ou outras necessidades relacionadas à coleta de dados. Todos os eventuais custos e ressarcimentos relacionados à pesquisa serão integralmente custeados pela pesquisadora responsável. Também estão assegurados a você o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano causado pela pesquisa ao participante da pesquisa.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto, bem como em todas as fases da pesquisa.

Ao término da pesquisa, a devolutiva de resultados será realizada via e-mail, disponibilizando material elaborado para esta finalidade.

Caso seja necessária alguma assistência imediata durante ou após a participação na pesquisa, a pesquisadora auxiliará no transporte e no encaminhamento para o serviço de saúde mais adequado. Em situações de complicações ou danos, diretos ou indiretos, decorrentes da participação na pesquisa, a pesquisadora deverá ser contactada para oferecer as devidas orientações. A assistência integral e gratuita será garantida, pelo tempo que for necessário, sem qualquer ônus ao Sistema Único de Saúde (SUS) ou a planos de saúde.

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante/responsável

Você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável (Paula Carolina Lobato da Cunha) a qualquer tempo para informação adicional pelo número de telefone (+55 92996063432) e/ou pelo e-mail (up202300952@up.pt).

Você também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, E-mail: cep@ufam.edu.br. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Por sua vez, a CONEP é a Comissão responsável, à nível nacional, pela avaliação dos aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos no Brasil e tem o seguinte endereço e contato: SRTVN - Via W 5 Norte - Edifício PO700 - Quadra 701, Lote D - 5º andar - Asa Norte, CEP 70719-040, Brasília (DF); Telefone: (61) 3315-5877. Horário de atendimento: 09h às 18h.

Este documento será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) senhor(a) ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

Por favor, assinale uma das opções abaixo com relação à autorização da gravação de áudio:

() Sim, autorizo a gravação em áudio da entrevista para fins exclusivos de análise pela pesquisadora.

() Não autorizo a gravação em áudio da entrevista.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Li e concordo em participar da pesquisa.

_____ Assinatura do participante ou responsável	Data: ____ / ____ / ____
_____ Assinatura da pesquisadora responsável	

 Rubrica do pesquisador

 Rubrica do participante/responsável

7.5 Tarefas EPA 3 – Atendendo pessoas LGBTQIAPN+

Tarefas:

- Aborda a sexualidade da pessoa, a partir de sua identidade de gênero e sexual, expressão de gênero e orientação afetivo-sexual;
- Maneja os problemas de saúde específicos conforme as diversidades de sexualidade e gênero;
- Maneja situações de violências LGBTQIAPN+fóbicas;
- Realiza, interprofissionalmente, o cuidado das pessoas em modificação corporal para afirmação de gênero;
- Aborda, interprofissionalmente, as dinâmicas familiares e parentalidade das pessoas LGBTQIAPN+;
- Avalia os impactos na saúde e no percurso clínico das pessoas em suas diversidades de sexualidade e gênero;
- Utiliza recursos da rede de saúde e intersetorial na abordagem às pessoas em suas diversidades de sexualidade e gênero;
- Educa-se e contribui para a educação sobre as diversidades de sexualidade e gênero;
- Colabora em ações de enfrentamento às discriminações de diversidades da sexualidade e gênero.

Limitações: Essa EPA não confia o profissional para a abordagem familiar e comunitária, o atendimento especializado a pessoas de diferentes diversidades étnicas, raciais ou culturais, a pessoas vulnerabilizadas e o cuidado de pessoas com transtornos mentais.

SBMFC, 2025.

SEDE ADMINISTRATIVA

FACULDADE DE **MEDICINA**

FACULDADE DE **PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**

