



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



**LUIZ VALÉRIO SOARES DA CUNHA JÚNIOR**

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DOS AMBULATÓRIOS DE  
REFERÊNCIA À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT NAS  
DIMENSÕES DE ACESSO E CLÍNICA AMPLIADA**

Recife  
2025

LUIZ VALÉRIO SOARES DA CUNHA JÚNIOR

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DOS AMBULATÓRIOS DE  
REFERÊNCIA À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT NAS  
DIMENSÕES DE ACESSO E CLÍNICA AMPLIADA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC, do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Orientadora: Dra. Bernadete Perez Coêlho

Coorientadora: Dra. Inês Eugênia Ribeiro da Costa

Recife

2025

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Cunha Júnior, Luiz Valério Soares da.

Análise da implementação dos ambulatórios de referência a saúde da população LGBT nas dimensões de acesso e clínica ampliada / Luiz Valério Soares da Cunha Júnior. - Recife, 2025.

169f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2025.

Orientação: Bernadete Perez Coêlho.

Coorientação: Inês Eugênia Ribeiro da Costa.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Pessoas LGBT; 2. Modelos de atenção; 3. Análise de política; 4. Sistema Único de Saúde. I. Coêlho, Bernadete Perez. II. Costa, Inês Eugênia Ribeiro da. III. Título.

UFPE-Biblioteca Central

LUIZ VALÉRIO SOARES DA CUNHA JÚNIOR

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DOS AMBULATÓRIOS DE  
REFERÊNCIA À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT NAS  
DIMENSÕES DE ACESSO E CLÍNICA AMPLIADA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC, do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Aprovado em: 25/07/2025

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Dra. Bernadete Perez Coêlho (Orientadora)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof. Dra. Gabriella Morais Duarte de Miranda (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof. Dr. Tiago Feitosa de Oliveira (Examinador Externo)  
Universidade Católica de Pernambuco

“Quando falamos temos medo de que as nossas palavras não vão ser ouvidas ou bem vindas. Mas quando estamos em silêncio, ainda temos medo. Por isso é melhor falar.”

**Audre Lorde**

## AGRADECIMENTOS

Início esses agradecimentos lembrando que sou Luiz Valério Soares da Cunha Júnior, filho de Maria das Graças Gomes da Cunha e de Luiz Valério Soares da Cunha; irmão de Elizangela, Elida, Elielza e Elissandra. Homem negro, gay e candomblecista.

Chegar até este momento representa a certeza de ter rompido com a lógica colonialista, universalista e racista que ainda estrutura os espaços de produção de saber em nosso país. Sou fruto da educação pública, que muitas vezes não oferece os subsídios técnicos e conhecimentos básicos necessários à construção de um pensamento crítico ou de uma história de saber normativo. Ainda assim, foi nesse mesmo espaço que encontrei professoras que se desdobravam, que me atravessaram e me inspiraram a buscar novos caminhos, o da educação como resistência e transformação.

Me reconhecer, me reinventar e construir caminhos todos os dias para ser quem sou.

Quero celebrar aqueles e aquelas que vieram antes de mim, que abriram portas, desafiaram o sistema, e, em muitos casos, tombaram com seus corpos, para que tantos de nós pudéssemos, apesar de tudo, chegar até aqui. Para que eu pudesse, inclusive, estar escrevendo, por exemplo, uma dissertação de mestrado.

Foram muitos os desafios que me atravessaram para que eu pudesse viver este momento — que, para muitos, se configura como uma entrega técnica e normativa, instituída por processos reguladores que moldam o que se entende por “fazer ciência” neste país. Para mim, no entanto, este momento representa, acima de tudo, um ponto de superação, fortalecimento e uma denúncia transformada em gesto: o apontamento para a entrada de outros, como eu, nesses espaços, com a certeza de que não há ciência neutra — há um fazer político que inscreve na história a história que se quer contar.

O processo de escrita foi e ainda é um exercício constante de refazer-se e, por vezes, de moldar-se para sobreviver. Mesmo assim, tive a oportunidade de ser um corpo político autorizado a deixar registrado o que a história tantas vezes tentou negar. Essa jornada só foi possível porque antes de mim outros e outras se disponibilizaram a construir um arcabouço firme, que sustenta e sustentará as atuais e futuras gerações.

Quero aqui agradecer aos Orixás, especialmente ao meu Pai Oxalá. Foi ele quem, com seu Alá, definiu que eu deveria ingressar neste mestrado. Todo o processo se iniciou numa sexta-feira e foi numa sexta-feira que vesti branco, e vestirei branco, para reverenciar o sagrado ancestral que me fortalece, me edifica e me permite sonhar. Obrigado, minha Mãe Oyá.

Agradeço à professora Bernadete Coêlho, minha orientadora, que desde o início me atravessou de forma positiva e esperançosa. Não tenho como esquecer o dia em que, como homem negro, cheio de inseguranças e incertezas, entrei em um ambiente completamente branco, vestido de branco, para ser arguido sobre meu desejo de ingressar no mestrado. Meu corpo, naquele momento, mal se sustentava diante de tanta dúvida, dúvida sobre mim, sobre minha existência, sobre a possibilidade de fazer ciência. E você, professora, com toda sua sensibilidade, afeto, respeito, cuidado e acolhimento, sem saber, aplicou os princípios do SUS: a equidade, a clínica ampliada, o direito ao

acesso. Você me lembrou da potência que habitava e ainda habita em mim. Com um sorriso leve, recitou: “Toda sexta é branca / Toda pele é preta / Todo sol, magenta / Todo mundo é baiano.” Naquele instante, senti a presença de Oxalá, e sorrindo, defendi meu projeto. Obrigado, professora, por não ter soltado a minha mão.

Meu coração transborda de alegria por poder falar de uma pessoa que, há tanto tempo, constrói comigo uma relação de irmandade, pautada no respeito e na admiração. Como dizemos, é o retorno espiritual de vidas que já se cruzaram em outros mundos, em outros tempos. Agradeço e celebro toda a sua potência, inteligência, paciência, risada, choro e cada conversa vivida de madrugada, de manhã, em todos os horários. Obrigado, Inês Costa, por ser essa pessoa que me faz acreditar que é, sim, possível contar a história que muitas vezes foi apagada. Que sigamos por muito tempo construindo laços de afeto, amor e transformação, que afetem positivamente a vida de muitas outras pessoas. Agradeço ao Sistema Único de Saúde por ter nos cruzado e por reconhecer em você uma força essencial para o fortalecimento deste país. Obrigado, amiga.

Esta escrita só foi possível porque existe um controle social que reivindica, que luta e que, muitas vezes, deixa seus corpos no chão para que existam elementos norteadores e políticas públicas efetivas. Que assim se construam espaços de cuidado e acolhimento para grupos historicamente afetados pelas vulnerabilidades.

Obrigado a cada profissional e a cada usuário que me permitiu atravessar suas vidas e ser atravessado por elas. Suas histórias, com muito respeito, eu transcrevi, investiguei e tentei compreender, para registrar e anunciar, a outros que virão, a possibilidade concreta de mudança. Foi lindo. Mas também foi doloroso viver, de novo, as violências que nos marcam e que, tantas vezes, se naturalizam.

Aos meus Residentes, todos, sem exceção: obrigado. Cada um que, com afeto, se debruçou sobre a minha escrita, corrigiu, sugeriu, colaborou juntos, melhoramos palavra por palavra, letra por letra, parágrafo por parágrafo. Cito aqui alguns nomes: Alessandra, Bruna, Sheila, Robson, Helizânio. E em especial, João Victor, que com carinho, conhecimento técnico e acadêmico, me orientou com generosidade e rigor para que eu compreendesse as exigências formais da academia. Obrigado, João, por caminhar comigo nesse processo.

À minha turma de mestrado, amigos e amigas que, desde o primeiro dia, se reconheceram, se reconectaram e pactuaram o compromisso de não adoecer — foi lindo. Lindo o processo, a entrega, a superação. É necessário revisitar caminhos, garantir e estruturar ambientes que permitam uma entrega acadêmica sem o adoecimento de nossos corpos, sem apagamentos. Agradeço sem equívocos ao meu grupo dentro do grupo: Mayhane, Ellen, Gisele e Raissa. Amigas que, com leveza, fé, proteção e cuidado, promoveram trocas de saberes que nos trouxeram até aqui.

Quero, em especial, registrar meu amor, admiração, respeito, afeto e gratidão a Mirelle Stephanie. Amiga, você foi, e é, parte essencial deste processo. Obrigado por me acolher nos teus sonhos, nas tuas dúvidas, no teu saber, um saber que cura, organiza e constrói. Você é uma peça-chave desta caminhada. E aos cotistas do mestrado, que com sabedoria constroem e sustentam denúncias necessárias para transformar a educação e a saúde deste país, minha reverência.

Agradeço ao Governo do Estado de Pernambuco por ter tido a coragem, em tempos anteriores, de instituir a Política de Saúde LGBT, e por mantê-la, fortalecê-la e reorganizá-la ao longo dos anos. Política que há nove anos coordeno com orgulho, e que neste ano completa uma década de existência, melhorando a vida de muitas pessoas LGBT. Esse é um ato de Estado que reafirma o direito à dignidade humana.

Às pessoas do movimento social, que se colocam e se reconhecem como parte fundamental na construção, estruturação e manutenção dessa política viva e em constante transformação, meu

muito obrigado.

Por fim, encerro deixando que a força e a coragem de Audre Lorde sigam me guiando:

"Quando falamos, temos medo de que nossas palavras não sejam ouvidas nem bem-vindas. Mas quando nos calamos, ainda temos medo. Por isso é melhor falar."

## RESUMO

A identidade de gênero e a orientação sexual, compreendidas como construções socioculturais que transcendem o biológico, enraízam-se na subjetividade do indivíduo. Contudo, a cisheteronormatividade histórica tem se mostrado um potente determinante de adoecimento, exclusão e violência para a população LGBT. Para a efetivação de direitos, faz-se necessária a construção de sistemas de saúde que contemplem essas singularidades. Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) instituiu, em 2011, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População LGBT (PNSILGBT), impulsionando a inclusão e o cuidado para grupos historicamente marginalizados. Pernambuco, pioneiramente, criou sua política em 2015, estabelecendo uma rede de treze ambulatorios especializados. Esta dissertação analisou a implementação e o funcionamento desses ambulatorios no estado, com foco em Acesso e Clínica Ampliada. A pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, triangulou dados de análise documental, entrevistas semiestruturadas com profissionais e usuários, e diário de campo. A análise de conteúdo de Bardin interpretou as realidades vivenciadas. A investigação revelou uma centralização do cuidado no processo transexualizador, em detrimento de outras demandas de saúde, como a saúde mental, que se apresentou como um agravo recorrente. As violências e a LGBTfobia, especialmente no âmbito familiar, constituem-se como determinantes sociais de saúde, impactando o processo de adoecimento e a vida social da população LGBT. Embora tais violências não sejam a principal motivação para a procura por atendimento, a pesquisa revelou que elas são fatores de exclusão e sofrimento psíquico, reforçando a importância de incorporá-las como dimensões centrais do cuidado. A pesquisa identificou que as mulheres cis lésbicas permanecem invisibilizadas nos serviços especializados, apontando para a reprodução de lógicas normativas. Por outro lado, o estudo evidenciou que o esforço dos profissionais em aplicar os princípios da Clínica Ampliada, por meio do acolhimento, da escuta qualificada e do estabelecimento de vínculos, promovendo cuidado integral e humanizado, superando, em muitos casos, as limitações estruturais e a fragmentação da rede de saúde. Em conclusão, a pesquisa destaca que a implementação da política de saúde LGBT em Pernambuco, embora promissora, requer o fortalecimento da rede de atenção e a superação dos vieses normativos que persistem nas práticas de cuidado. A efetivação do acesso e da integralidade depende do reconhecimento da singularidade de cada sujeito, da articulação entre os serviços e da valorização das dimensões sociais e subjetivas da saúde. O estudo espera qualificar a Política de Saúde LGBT no estado, contribuindo para a construção de práticas mais equitativas e inclusivas no SUS.

**Palavras-chave:** Pessoas LGBT. Modelos de atenção. Análise de política. Sistema Único de Saúde

## ABSTRACT

Gender identity and sexual orientation, understood as sociocultural constructs that transcend biological determinism, are rooted in individual subjectivity. However, historical cisheteronormativity has proven to be a powerful driver of illness, exclusion, and violence against the LGBT population. To ensure the fulfillment of rights, it is essential to develop healthcare systems that address these specificities. In this context, Brazil's Unified Health System (SUS) established the National Policy for Comprehensive Healthcare for the LGBT Population (PNSILGBT) in 2011, promoting inclusion and care for historically marginalized groups. In a pioneering move, the state of Pernambuco launched its own policy in 2015, creating a network of thirteen specialized outpatient clinics. This dissertation analyzes the implementation and functioning of these clinics, focusing on Access and the concept of Expanded Clinic. This is a qualitative, exploratory-descriptive study that triangulates data from document analysis, semi-structured interviews with professionals and users, and field notes. Bardin's content analysis method was used to interpret the lived realities. The investigation revealed a centralization of care in the transsexualizing process, to the detriment of other health demands, such as mental health, which emerged as a recurrent issue. Violence and LGBTphobia, especially within the family, constitute social determinants of health, impacting the illness process and social life of the LGBT population. Although such violence was not the primary motivation for seeking care, the research showed that it is a factor of exclusion and psychological suffering, reinforcing the importance of incorporating it as a central dimension of care. The research found that cis lesbian women remain invisible in specialized services, pointing to the reproduction of normative logics. On the other hand, the study demonstrated that the effort of professionals to apply the principles of the Expanded Clinic, through welcoming, qualified listening, and building bonds, promotes comprehensive and humanized care, often overcoming structural limitations and healthcare network fragmentation. In conclusion, the research highlights that the implementation of the LGBT health policy in Pernambuco, while promising, requires strengthening the healthcare network and overcoming the normative biases that persist in care practices. The effectiveness of access and comprehensiveness depends on recognizing each individual's uniqueness, coordinating services, and valuing the social and subjective dimensions of health. The study hopes to enhance the LGBT Health Policy in the state, contributing to the development of more equitable and inclusive practices within the SUS.

**Keywords:** LGBT people. Care and Management Models. Policy analysis. Unified Health System.

## SUMÁRIO

|                                                                                                                                                                       |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO .....</b>                                                                                                                                            | <b>15</b> |
| <b>2. OBJETIVOS .....</b>                                                                                                                                             | <b>18</b> |
| 2.1. Objetivo geral .....                                                                                                                                             | 18        |
| 2.2. Objetivos específicos .....                                                                                                                                      | 18        |
| <b>3. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>                                                                                                                                 | <b>19</b> |
| 3.1. Orientação sexual, identidade de gênero e os condicionantes da saúde da população LGBT .....                                                                     | 19        |
| 3.2. Política de atenção integral à saúde da população LGBT no Brasil e em Pernambuco .....                                                                           | 24        |
| 3.3. Os desafios da atenção integral à saúde LGBT em Pernambuco: Acesso e Clínica Ampliada .....                                                                      | 33        |
| <b>4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>                                                                                                                           | <b>41</b> |
| 4.1. Tipo de estudo e abordagem metodológica .....                                                                                                                    | 41        |
| 4.2. Local de Estudo .....                                                                                                                                            | 42        |
| 4.3. Participantes do estudo .....                                                                                                                                    | 42        |
| 4.4. Critérios de inclusão e exclusão de participantes .....                                                                                                          | 43        |
| 4.5. Coleta de dados.....                                                                                                                                             | 44        |
| 4.5.1. <i>Análise documental</i> .....                                                                                                                                | 44        |
| 4.5.2. <i>Entrevistas individuais semiestruturadas</i> .....                                                                                                          | 44        |
| 4.5.3. <i>Caderno de campo</i> .....                                                                                                                                  | 45        |
| 4.6. Identificação dos Participantes .....                                                                                                                            | 45        |
| 4.7. Transcrição automática das entrevistas .....                                                                                                                     | 46        |
| 4.8. Análise dos dados das entrevistas.....                                                                                                                           | 47        |
| 4.8.1. <i>Análise lexical das entrevistas</i> .....                                                                                                                   | 48        |
| 4.9. Aspectos éticos .....                                                                                                                                            | 50        |
| <b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>                                                                                                                                | <b>51</b> |
| 5.1. Marcos normativos e protocolos institucionais para implantação e funcionamento dos ambulatórios de saúde LGBT .....                                              | 51        |
| 5.1.1. <i>Entre o papel e a prática: a execução da política nacional de saúde LGBT no contexto do SUS</i> .....                                                       | 51        |
| 5.1.2. <i>Entre o protocolo e a realidade: barreiras na execução do cuidado integral para pessoas trans e travestis no SUS</i> .....                                  | 53        |
| 5.1.3. <i>Entre a interiorização e a qualidade do cuidado: uma análise do acesso e da descentralização da saúde LGBT em Pernambuco</i> .....                          | 56        |
| 5.1.4. <i>Caminhos e lacunas: um olhar sobre a instrumentalização da política de saúde LGBT no município de Afogados da Ingazeira</i> .....                           | 58        |
| 5.1.5. <i>A integralidade em foco: o processo transexualizador do Hospital das Clínicas da UFPE e a sistematização do acolhimento em saúde trans e travesti</i> ..... | 59        |
| 5.1.6. <i>Da burocracia à humanização: a implementação do política estadual de saúde LGBT e o</i>                                                                     |           |

|                                                                                                                                                                                                   |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>cuidado multiprofissional no ambulatório LGBT Patrícia Gomes</i> .....                                                                                                                         | 61  |
| 5.2. Análise do perfil dos participantes do estudo: um retrato interseccional dos usuários e profissionais dos ambulatórios LGBT .....                                                            | 64  |
| 5.3. A implementação do cuidado em Saúde LGBT em Afogados da Ingazeira sob a ótica dos usuários: Diálogos sobre Acesso e Clínica Ampliada .....                                                   | 67  |
| 5.3.1. <i>Identidade de gênero e família</i> .....                                                                                                                                                | 68  |
| 5.3.2. <i>Transição de gênero</i> .....                                                                                                                                                           | 73  |
| 5.3.3. <i>Acesso aos Serviços de Saúde</i> .....                                                                                                                                                  | 75  |
| 5.3.4. <i>Autoconhecimento e apoio psicológico</i> .....                                                                                                                                          | 79  |
| 5.4. Perspectiva dos profissionais de saúde no Ambulatório LGBT de Afogados da Ingazeira: Desafios e práticas na construção do Acesso e da Clínica Ampliada .....                                 | 82  |
| 5.4.1. <i>Contexto Social e Identidade de Gênero</i> .....                                                                                                                                        | 83  |
| 5.4.2. <i>Atendimento e Práticas Profissionais</i> .....                                                                                                                                          | 86  |
| 5.4.3. <i>Relacionamento com os usuários e aspectos subjetivos do atendimento</i> .....                                                                                                           | 88  |
| 5.5. O cuidado em saúde trans e travesti no Espaço Trans do HC-UFPE sob a ótica dos usuários: Reflexões sobre Acesso, Identidade e Preconceito .....                                              | 91  |
| 5.5.1. <i>Identidade de gênero e preconceito</i> .....                                                                                                                                            | 91  |
| 5.5.2. <i>Dinâmica familiar e cotidiano</i> .....                                                                                                                                                 | 95  |
| 5.5.3. <i>Atendimento à saúde no contexto hospitalar</i> .....                                                                                                                                    | 98  |
| 5.6. O Cuidado em saúde trans e travesti no Espaço Trans do HC-UFPE sob a ótica dos profissionais de saúde: Processos Clínicos, Estrutura e Percepções Sociais no Acesso e Clínica Ampliada. .... | 102 |
| 5.6.1. <i>Saúde mental e processos clínicos</i> .....                                                                                                                                             | 103 |
| 5.6.2. <i>Serviços de saúde e estrutura</i> .....                                                                                                                                                 | 106 |
| 5.6.3. <i>Percepção sociais e experiência dos profissionais</i> .....                                                                                                                             | 108 |
| 5.7. A experiência dos usuários no Ambulatório LGBT Patrícia Gomes: Intersecções entre Identidade de Gênero, Bem-Estar e a Dinâmica do Acesso e Terapia Hormonal .....                            | 112 |
| 5.7.1. <i>Identidade de Gênero</i> .....                                                                                                                                                          | 112 |
| 5.7.2. <i>Bem-Estar e família</i> .....                                                                                                                                                           | 115 |
| 5.7.3. <i>Acesso ao Serviço e Terapia Hormonal</i> .....                                                                                                                                          | 117 |
| 5.7.4. <i>Relação ambulatório e usuário</i> .....                                                                                                                                                 | 119 |
| 5.7.5. <i>Atendimento profissional</i> .....                                                                                                                                                      | 122 |
| 5.8. O olhar dos profissionais de saúde no Ambulatório LGBT Patrícia Gomes: Gestão do Acesso, Direitos e Aspectos Subjetivos na Prática da Clínica Ampliada. ....                                 | 127 |
| 5.8.1. <i>Acesso e procedimentos em saúde</i> .....                                                                                                                                               | 127 |
| 5.8.2. <i>Direitos e Questões Sociais</i> .....                                                                                                                                                   | 130 |
| 5.8.3. <i>Percepções sociais e experiência dos profissionais</i> .....                                                                                                                            | 132 |
| <b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....                                                                                                                                                              | 135 |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....                                                                                                                                                           | 138 |

|                                                                                                                                                      |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A EQUIPE PROFISSIONAL DO AMBULATÓRIO LGBT .....</b>                                                        | <b>151</b> |
| <b>APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS DO AMBULATÓRIO LGBT.....</b>                                                                      | <b>153</b> |
| <b>ANEXO A – Plano Municipal de Saúde de Afogados da Ingazeira .....</b>                                                                             | <b>155</b> |
| <b>ANEXO B – Ficha de Triagem do Ambulatório LGBT de Afogados da Ingazeira.....</b>                                                                  | <b>156</b> |
| <b>ANEXO C – Ficha de Acolhimento Psicológico do Espaço Trans HC/UFPE .....</b>                                                                      | <b>157</b> |
| <b>ANEXO D – Ficha de Acolhimento Social do Espaço Trans HC/UFPE.....</b>                                                                            | <b>158</b> |
| <b>ANEXO E – Termo de Consentimento do Espaço Trans HC/UFPE .....</b>                                                                                | <b>159</b> |
| <b>ANEXO F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Espaço Trans HC/UFPE .....</b>                                                            | <b>160</b> |
| <b>ANEXO G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Espaço Trans HC/UFPE .....</b>                                                            | <b>161</b> |
| <b>ANEXO H– Ficha de Acolhimento do Ambulatório LGBT Patrícia Gomes .....</b>                                                                        | <b>162</b> |
| <b>ANEXO I – Resolução CIB/PE nº 6324/23.....</b>                                                                                                    | <b>163</b> |
| <b>ANEXO J– Laudo diagnóstico para testes rápidos do Ambulatório LGBT Patricia Gomesa .....</b>                                                      | <b>164</b> |
| <b>ANEXO K– Plano Municipal de Saúde de Recife .....</b>                                                                                             | <b>166</b> |
| <b>ANEXO L– Receituário de exames laboratoriais para terapia hormonal feminilizante do Ambulatório LGBT Patrícia Gomes .....</b>                     | <b>167</b> |
| <b>ANEXO M– Termo de Esclarecimento e Consentimento para Pessoas em Uso de Estrógeno e/ou Antiandrógeno do Ambulatório LGBT Patrícia Gomes .....</b> | <b>168</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

Identidade de gênero e orientação sexual são conceitos que por vezes se confundem no senso comum, enquanto o primeiro se refere a autopercepção de gênero independente do sexo biológico, o segundo se refere a como a pessoa se relaciona afetiva, romântica ou sexualmente. Pessoas que diferem da norma padrão definida social e culturalmente pela cisheteronormatividade podem sofrer com preconceitos, estigmatização e violências que se efetivam no sentir singular e subjetivo ultrapassando barreiras que se realizam, muitas vezes, no negar direitos, inclusive no direito à saúde (Hatzenbuehler, 2024).

As políticas públicas surgem na intenção de resguardar e proteger a integridade física, moral, mental e identitária da população de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais e travestis (LGBT), cabendo aos Estados adotarem instrumentos para a aplicabilidade desses direitos. Sendo assim, a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População LGBT de Pernambuco (2015) se configura como um desses elementos que visam promover a equidade em saúde, e reafirma os princípios da universalidade, integralidade e a efetiva participação da comunidade (Pernambuco, 2015).

Nos aspectos tocantes ao cuidado em saúde há necessidade de se ampliar ações voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, se constituindo em desafio para a concretização do direito à saúde para esse segmento populacional respeitando suas singularidades e subjetividades. Em Pernambuco, foram criados os ambulatorios LGBT visando cumprir o objetivo da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População LGBT (PNSILGBT), qual seja: “ampliar e qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolutividade de suas demandas e necessidades” (Pernambuco, 2015, p. 20).

Tais ambulatorios trazem consigo a missão de atender de forma equânime, especializada e focada nas necessidades específicas desta população, compreendendo que permeia no Sistema Único de Saúde (SUS), ainda, uma grave LGBTfobia que afasta estes usuários da rede geral (Silva, 2019). Os ambulatorios são compostos por equipe multiprofissional e atendem demandas espontâneas e encaminhamentos, dialogando, inclusive, com a rede existente no SUS. Apesar dos diversos avanços no que diz respeito a implantação da Política de saúde LGBT, autores afirmam que ainda há necessidade de instrumentalização e aperfeiçoamento na aplicabilidade de cuidados específicos na

assistência e ampliação de outros direitos, a exemplo do uso do nome social, o reconhecimento da orientação sexual e identidade de gênero sem estigmatização, o acesso ao Processo Transexualizador (PrTr) e o acesso a serviços públicos de saúde específicos para esta população e em toda a rede de saúde sem cair nas violências da LGBTfobia institucional (Bezerra et al., 2019; Laurentino, 2015).

Percebe-se que estruturar pontos de atenção voltados ao atendimento à população LGBT nas redes de atenção à saúde requer um olhar para além do campo assistencial propriamente dito. É, portanto, necessário a adoção de estratégias de gestão que promovam a capacitação da equipe e a desmistificação de estereótipos que associam a existência LGBT à promiscuidade e marginalidade (Silva; Finkle; Moretti-Pires, 2019).

A partir do que fora apresentado, destaca-se que o acesso é uma das maiores dificuldades enfrentadas pela população na busca de cuidados em saúde, sendo o ambulatório um equipamento chave para a efetivação deste direito; ao chegar no equipamento a clínica ampliada favorece a autonomia do sujeito e um cuidado para além do biológico. Nada do que foi conquistado nesta recente política o teria sido sem a luta ativa e cobrança constante dos movimentos sociais LGBT e do controle social, do direcionamento comprometido da gestão e dos técnicos envolvidos com a causa (BVS, 2010; Gouvêa, Souza, 2021).

Sendo assim, estudar a implantação e o funcionamento dos Ambulatórios LGBT no Estado de Pernambuco se constitui numa pauta que efetiva direitos historicamente negligenciados. Isto posto, a análise da implantação dos ambulatórios é assunto de grande relevância uma vez que poderá contribuir para a eficiência, eficácia e aperfeiçoamento da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População LGBT minimizando as violações de direitos sofridas por esta população.

Este estudo apresenta, portanto, relevância de cunho social, ao adentrar em uma temática sensível que afeta diretamente um grupo populacional historicamente estigmatizado e dependente do pleno funcionamento desta política. Soma-se a isto a relevância acadêmica, pela pouca produção científica sobre o tema. Parte-se do pressuposto de que os ambulatórios de referência em saúde LGBT são um espelho para a análise da política em sua prática. Para guiar o desenvolvimento desta investigação foi elaborada a seguinte questão de pesquisa: Como se deu a implementação dos ambulatórios de referência em saúde LGBT no Estado de Pernambuco, considerando diretrizes de acesso e clínica ampliada?

O tema proposto para pesquisa está diretamente ligado ao trabalho realizado pelo pesquisador que coordena há nove anos a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População LGBT em Pernambuco. Essa dupla postura (trabalhador-pesquisador) irá propiciar a compreensão e reflexões das ações e práticas destinadas à implementação da política no Estado, além do que irá contribuir para enfrentar a invisibilidade dessa discussão na academia.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo geral**

Analisar a implementação dos ambulatórios de referência em saúde LGBT no Estado de Pernambuco, considerando diretrizes de acesso e clínica ampliada.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Apresentar o contexto de implantação dos ambulatórios de referência em saúde LGBT;
- Correlacionar os contextos de implantação com os efeitos observados no funcionamento de cada ambulatório de referência em saúde LGBT;
- Analisar a implantação de diretrizes de acesso e clínica ampliada nos ambulatórios de referência em saúde LGBT;
- Analisar o funcionamento dos ambulatórios de referência em saúde LGBT a partir da perspectiva dos profissionais de saúde e usuários.
- Compreender as relações sociais, identidade de gênero e experiências de violência pela população LGBT a partir da perspectiva dos profissionais de saúde e usuários.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1. Orientação sexual, identidade de gênero e os condicionantes da saúde da população LGBT

A diversidade humana é um elemento fundamental da nossa sociedade, manifestando-se na singularidade de cada indivíduo. Embora identidades sejam moldadas por fatores como raça e classe social, muitas diferenças são construções sociais, não inatas. Desde a infância, estereótipos de gênero são naturalizados, criando a ilusão de que características de gênero são biológicas, quando são influenciadas pelo ambiente social (Jesus, 2012). A sociedade, por exemplo, associa a existência humana ao sexo biológico. Contudo, forçar a 'genitalização' – a classificação rígida como 'homem-pênis' ou 'mulher-vagina' – exclui e violenta quem não se encaixa nessas normas de gênero (Ciasca; Hercowitz; Lopes Junior, 2021).

Do ponto de vista da ciência biológica, o sexo humano é definido com base em características físicas. *“Na espécie humana, utilizam-se como parâmetros os cromossomos, a composição hormonal, a genitália e os caracteres sexuais secundários para a definição de pessoas como sendo do sexo masculino (XY; testosterona; pênis e testículos; distribuição de pelos e gordura típicos) ou feminino (XX; vagina, útero e ovários; estrógeno e progesterona; presença de mamas, distribuição de pelos e gordura típicos) ou intersexo (estados biológicos atípicos relacionados a diferenças no desenvolvimento do sexo).”* (Ciasca; Hercowitz; Lopes Junior, 2021, p.107-108)

No entanto, essas características biológicas não ditam o comportamento de gênero das pessoas. O que, de fato, molda o comportamento de gênero é a cultura em que vivemos, que pode variar de acordo com o local e o contexto social. Portanto, a definição de gênero é um construto social e é influenciada por diversas experiências culturais. Nesse sentido, os cromossomos e a genitália não devem ser vistos como determinantes do que é ser homem ou mulher, mas sim a autoimagem e a forma como a pessoa se expressa socialmente (Jesus, 2012).

Além disso, é importante fazer uma distinção entre identidade de gênero e orientação sexual. A identidade de gênero diz respeito à forma como as pessoas se identificam, independentemente de seu sexo biológico, pode incluir: pessoas transgêneras, que não se adequam o sexo atribuído ao nascimento; e pessoas Cisgêneras, que se identificam com o sexo atribuído ao nascimento (Ciasca; Hercowitz; Lopes Junior, 2021).

A orientação sexual, por sua vez, compreende a atração afetiva, romântica e/ou sexual, e pode ser categorizada da seguinte maneira: homossexual, referindo-se àqueles que estabelecem conexões afetivas, sexuais e românticas com pessoas do mesmo gênero; heterossexual, que engloba indivíduos que se relacionam com pessoas do gênero oposto; bissexuais, que mantêm relacionamentos com pessoas de ambos os gêneros; agêneras, que não estabelecem conexões afetivas com pessoas de nenhum gênero específico; e pansexuais, que se relacionam com pessoas de todos os gêneros. Importante ressaltar que a orientação sexual não é uma escolha, mas uma parte intrínseca da identidade de uma pessoa (Ciasca; Hercowitz; Lopes Junior, 2021).

A partir do exposto, destaca-se que tal grupo de pessoas passou a ser denominada pela sigla LGBT (lésbica, gay, bissexual, transsexual/travesti/transgêneras,) que engloba identidades de gênero e orientação sexual distintas da norma padrão.

Figura 1 – Desenho do boneco da diversidade.



Fonte: Adaptado de Ciasca; Hercowitz; Lopes Junior (2021, p. 16)

Conhecer e estudar essas definições é compreender que essas categorias para além

dos conceitos se configuram na existência de pessoas dotadas de singularidades e especificidades, que geram demandas sociais a serem observadas pelos gestores e governantes, a fim de que os mesmos tomem decisões assertivas que propiciem garantias de direitos e assim se constituam em marcadores positivos na luta contra as negações existentes (Jesus, 2012; Ciasca; Hercowitz; Lopes Junior, 2021).

As violências e preconceitos enfrentados pela população LGBT não são eventos isolados, mas sim interconectados e frequentemente amplificados por fatores que se interseccionam, como o racismo estrutural, a LGBTfobia, etarismo e outros. A negação da orientação sexual e identidade de gênero, juntamente com sentimentos de aversão, ódio ou práticas de violência gera o que é denominado de LGBTfobia, o que agrava as vulnerabilidades e desafia a luta por direitos (Gouvêa; Souza, 2021).

Segundo Minayo (2006), a violência tem sua manifestação socialmente aceita ou condenada a partir das regras sociais definidas numa determinada época, estando associadas a conflito de autoridade, luta de poder, questões ligadas a dominação, posse, aniquilamento do outro ou dos seus bens. A Organização Mundial de Saúde (2002) classifica a violência em três tipos: a coletiva que diz respeito a situações de dominação de grupos e estados; a autoinfligida que está relacionada ao suicídio e/ou auto abuso, e pôr fim à violência interpessoal que é aquela que ocorre no âmbito comunitário e familiar. Minayo (2006) chama a atenção para mais um tipo de violência relacionada a processos sociais, econômicos e políticos, a esse tipo de violência, a estudiosa classifica de estrutural.

Todo esse contexto, influencia na determinação social de produção do processo saúde- doença, que conforme Barata (2009, p. 18-19):

*“A versão brasileira da teoria da determinação social do processo saúde-doença dá maior ênfase explicativa ao modo de vida, considerando que nele estão englobados tanto os aspectos materiais quanto os aspectos simbólicos que refletem as características sociais de produção, distribuição e consumo, às quais cada grupo social está relacionado através do modo de vida. Ao mesmo tempo que busca articular as diferentes esferas*

*da organização*” (Barata, 2009, p. 18-19).

O modo de vida da população LGBT, em geral, é atravessado por questões de marginalização, estigmatização, negação de acesso a direitos sociais, negação de sua própria singularidade e subjetividade enquanto indivíduo. Isto sem nomear, ainda, questões de baixa escolaridade, subemprego, acesso à moradia digna, alimentação e demais itens considerados básicos para a população geral (Fébole, 2017).

Costa, Ludemir e Avelar (2009), explicam que a violência ocupa posição de destaque na pauta da saúde coletiva, uma vez que tira do cenário pessoas em idade produtiva, especialmente jovens negros, mulheres, pessoas moradoras da periferia, demonstrando o caráter seletivo dessas violências. Cabe aqui uma reflexão sobre a necessidade de promoção de ações que tragam em seu bojo a cultura pela paz, o respeito pelo outro, além da implantação de programas específicos dirigidos a esse grupo populacional.

Cunha Júnior *et al* (2022) chamam a atenção que a violência estrutural é a base das vulnerabilidades e violências sofridas pela população LGBT e suas famílias. Ainda conforme os autores, uma das expressões desse tipo de violência é que, desde a infância, as pessoas LGBT enfrentam barreiras estruturais e atitudinais que as afastam do padrão social cisheteronormativo<sup>1</sup>, que tende a universalizar a cisgeneridade e a heterossexualidade como norma. Isso resulta na negação de suas singularidades e subjetividades, impactando negativamente em suas vidas ao longo do tempo.

Essas formas de discriminação e preconceito prejudicam o acesso da população LGBT a serviços essenciais, como saúde, educação e emprego, levando a altas taxas de abandono escolar, limitando o acesso a oportunidades de empregos formais, forçando a muitos a buscar meios informais de subsistência, como a prostituição, que traz riscos à saúde e perpetua desigualdades (Cunha Júnior *et al*, 2022)

No Brasil, a violência sempre esteve associada à forma de colonização e de desenvolvimento da sociedade. Na população LGBT a violência toma uma amplitude que perpassa não só os corpos, mas as mentes, os sonhos e os direitos já não garantidos pelo Estado (Cunha Júnior *et al*, 2022).

Sendo assim, trazer para o debate dos condicionantes da saúde da população LGBT a diversidade de identidades de gênero e as orientações sexuais, como determinantes de adoecimento, amplia a compreensão da necessidade de intervenções no campo da garantia dos direitos. Coloca uma lupa para compreensão das diversas formas de violência e discriminações enfrentadas por essa população, apontando as causas para intervenções, através de políticas públicas inclusivas dentre elas a saúde em seu acesso integral e integrado ao cuidado nas redes de atenção à saúde (Vaz *et al.*, 2024).

Vale destacar que as demandas e especificidades da saúde da população LGBT vão além da violência. A saúde é um direito fundamental de todo ser humano, e é essencial que seja garantido o acesso a serviços de saúde de qualidade para todas as pessoas. Infelizmente, isso muitas vezes não se torna uma realidade para a população LGBT. Essas pessoas acabam enfrentando dificuldades no acesso a serviços de saúde, o que podem levar a uma maior vulnerabilidade a doenças infecciosas e ao desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e transtornos mentais, além de outras demandas específicas relacionadas à sua identidade de gênero e orientação sexual (Cardoso, Ferro, 2011).

---

<sup>1</sup> Define que a identidade de gênero deve ser adequada ao sexo biológico de nascença e constitui uma relação direta heterossexual, e impõe isto como uma norma social obrigatória (Gouvêa; Souza, 2021).

De Sousa *et al.* (2021) destacam que a construção de serviços não discriminatórios na área da saúde enfrenta diversas barreiras em uma sociedade onde a heterossexualidade é vista como um padrão amplamente difundido. Além disso, a falta de preparo dos profissionais de saúde para lidar com as especificidades da população LGBT pode levar a um atendimento inadequado e a uma maior vulnerabilidade a doenças infecciosas, como destacado pela Fabrício (2022). Por esses e outros motivos, Miller (2002) destaca a importância da formação profissional para ações frente às especificidades da população LGBT, o que pode contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas mais adequadas às suas necessidades.

É necessário promover um debate no SUS para que ocorram mudanças culturais que propiciem o enfrentamento das desigualdades e promovam a compreensão da saúde como um fenômeno relacionado à diversidade humana. A atuação do SUS deve ter uma abrangência inclusiva das identidades de gênero e orientações sexuais como um dos fatores dos determinantes sociais do processo saúde doença. Neste sentido há uma amplitude na compreensão da lógica complexa do adoecimento, trazendo para o bojo o empoderamento dessa população do conhecimento do seu processo de adoecimento para garantia dos seus direitos (Brasil, 2017).

### 3.2. Política de atenção integral à saúde da população LGBT no Brasil e em Pernambuco

A partir de 1970, a redemocratização ocorrida no Brasil e a Reforma Sanitária Brasileira possibilitou a discussão sobre cidadania e direitos sociais, permitindo a incorporação de reivindicações de grupos organizados voltados para populações em situação de vulnerabilidade, dentre elas a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – (LGBT) (Brasil, 2013).

Nesse momento ocorria no país um movimento de grupos organizados voltados para a discussão das identidades sociais e de gênero, assim como o grupo de Afirmação Homossexual - SOMOS, que tinha como bandeira de luta sensibilizar os indivíduos a serem protagonistas das transformações sociais necessárias para reconhecimento de sua existência naquilo que é pertinente às suas subjetividades e singularidades

(Laurentino, 2015).

O acúmulo das discussões e compreensões das necessidades de garantia dos direitos levou a formação do Movimento LGBT, que incorporou outras identidades sexuais e de gênero como lésbicas, travestis e transexuais, como também veio somar esforços para a necessidade de construções de políticas que promovessem ampliação dos direitos civis, políticos, sociais e humanos (Facchini; França, 2009)

Os movimentos sociais possuem um papel crucial para a conquista dos direitos LGBT. A história do Movimento Homossexual no Brasil é dividida em três ondas desde a década de 1980, destacando-se a mudança de foco em direção à política institucional nos anos 1980 e a abordagem da epidemia de AIDS (Simões; Fachini, 2009).

Ainda conforme os autores, vale destacar que a epidemia de AIDS é considerada um marcador histórico na mudança de um olhar sobre uma infecção que dialogava diretamente com práticas sexuais ditas “abomináveis”, associadas ao grupo de homens gays, o que resultou num processo de estigmatização, discriminação e violência perpetuadas contra essa população, mas que também potencializou processos de agrupamento para luta e exigência pela criação de políticas públicas específicas para esse grupo (Simões; Fachini, 2009).

Na obra "*The AIDS Generation: Stories of Survival and Resilience*", Halkitis (2013) relata histórias pessoais que destacam a mobilização e formação de grupos de apoio como respostas à epidemia, evidenciando a capacidade de enfrentamento e superação. Além da estigmatização, a população LGBT enfrentou disparidades socioeconômicas e políticas na resposta à AIDS. Farmer, Connors e Simmons (1996), em "*Women, Poverty, and AIDS: Sex, Drugs, and Structural Violence*", analisam criticamente essas disparidades, ressaltando as complexidades das respostas institucionais e as implicações estruturais na experiência da epidemia.

Em "*From Silence to Voice: What Nurses Know and Must Communicate to the Public*" de Buresh e Gordon (2006) é destacada a importância da comunicação como parte das estratégias de resiliência, evidenciando o papel crucial da conscientização na desconstrução de estigmas associados à AIDS. Trazendo para o contexto brasileiro, Ayres (2002) e Santos et al. (2015) abordam as vulnerabilidades sociais frente à infecção pelo

HIV/AIDS no Brasil contemporâneo. A análise crítica dessas vulnerabilidades oferece uma perspectiva essencial para compreender os desafios enfrentados pela população LGBT no país.

Ao considerar as obras citadas, nota-se que elas delineiam uma narrativa complexa da história da AIDS na população LGBT, ressaltando tanto os obstáculos quanto a resiliência, e destacando a necessidade contínua de combater estigmas e discriminação para promover a saúde e o bem-estar dessa comunidade.

A história normativa do processo transsexualizador no Brasil inicia com um episódio marcante com a publicação da primeira resolução do conselho supracitado de nº 1.652/2002 que reconhece o sucesso das cirurgias em mulheres transexuais e autorizou sua realização em hospitais públicos e privados. Esta resolução ainda definiu que processos para neofaloplastia, faloplastia e metoidioplastia se mantenham como práticas a serem realizadas em hospitais universitários (Arán; Lionço, 2008).

No entanto, percebeu-se que a incorporação das diversas pautas nos espaços do governo não se deu de forma homogênea, a exemplo das políticas públicas dirigidas à população LGBT, onde somente em 2004 foi publicado o Plano Brasil sem Homofobia (Bezerra *et al.*, 2019). Ainda neste mesmo ano, é constituído o Comitê Técnico de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (GLBT) que tem a missão de elaborar uma política específica dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo este, o primeiro passo para a incorporação de cuidados pensados para esta população nos planos de governo e nos espaços de governança.

Seguindo a cartografia temporal de fatos importantes para o reconhecimento do direito às cirurgias transsexualizadoras, em 2005 ocorreu o I Encontro Nacional de Transexuais, realizado em Brasília, que teve como produto político a criação do Coletivo Nacional de Transsexuais (Arán; Lionço, 2008).

Fato importante ocorreu em 2005 com ampliação do acesso ao procedimento para as mulheres travestis, entendendo essa identidade como política e singular e

posteriormente, incorporou-se, também, o cuidado específico para os homens trans, com oferta de cirurgias do trato mamário e dos órgãos reprodutores internos, ainda existindo restrições para a realização da faloplastia, cirurgia até então reconhecida como experimental. Em relação às mulheres trans, o programa se apresentou de forma completa (Arán; Lionço, 2008).

No avanço do tempo, como reflexo desta busca por direitos da população LGBT no Brasil, uma das primeiras conquistas foi a normatização do Processo Transsexualizador através da Portaria MS nº 2.803/13. Segundo Lionço (2009), sua análise sobre a primeira versão da portaria, publicada em 2008, permanece contemporânea e aplicável ao cenário atual, marcado pela consolidação da Portaria MS nº 2.803/2013. A regulamentação desse processo, que emergiu como uma necessidade de saúde pública, tanto do ponto de vista da população que reivindicava o acesso às cirurgias quanto dos médicos que eram acusados de lesão corporal grave, foi crucial para trazer visibilidade social e política a esse grupo, nas palavras de Caetano e Martins (2021, p. 111):

*“Essa portaria tornou-se um primeiro recurso para produzir um processo mais sistemático de inclusão, permitindo que pessoas trans tivessem maior acesso à saúde e fizessem procedimentos para transformações corporais com acompanhamento profissional”.* (Caetano e Martins, 2021, p. 111):

A Portaria MS nº 2.803/13 foi fruto da ação de movimentos sociais que em conjunto com o Ministério Público, exigiram do Ministério da Saúde o financiamento das cirurgias transsexualizadoras, que haviam sido determinadas judicialmente (Arán; Lionço, 2008; Arán; Lionço, 2007). Esta situação realça a complexidade e os obstáculos estruturais e técnicos que foram encontrados ao implementar políticas de saúde inclusivas, destacando a urgência de uma postura mais proativa por parte das autoridades de saúde, uma vez que o processo transsexualizador no SUS surge como ato de resposta política relacionada às demandas de judicialização para o alcance dos direitos das mulheres transexuais utilizarem tal tecnologia.

O processo transsexualizador vem passando ao longo do tempo por diversos momentos de reformulação. É importante ressaltar que acompanhando esse processo se

observa a luta por direitos, inclusive de se entender a não patologização desses corpos. Tal fato pode ser constatado através de uma cartografia temporal que se inicia com o reconhecimento do Conselho Federal de Medicina que incorpora o procedimento de transexualização como ato legal através da Resolução nº 1.482 de 1997, onde define que a cirurgia e procedimentos afins de caráter experimental devem ocorrer em hospitais universitários com acompanhamento psiquiátrico no mínimo de 2 anos (Arán; Lionço, 2008).

Caminhando na linha do tempo, foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), em 2011. Esta Política foi instituída através da Portaria nº 2.836 de 01 de dezembro de 2011 e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) conforme Resolução nº 2 de 06 de dezembro de 2011, que orienta o plano operativo de saúde integral LGBT (BRASIL, 2012). Ela traz como marca:

*“[...] Processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais.*  
(Brasil, 2012 p. 08)

A PNSILGBT tem como principal objetivo a promoção da saúde integral para essa população e busca eliminar práticas discriminatórias institucionalizadas, bem como contribuir para promover a redução das iniquidades, visando o fortalecimento do SUS, baseado na sua tríade de princípios composta pela universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 1990; Ministério da Saúde, 2013).

Apresentado o contexto nacional, foi a partir do advento da PNSILGBT que os estados começaram a se estruturar e elaborar a sua política de saúde local, sendo Pernambuco o primeiro estado do país a instituir o Comitê Técnico de Saúde LGBT – CT-LGBT, através da Portaria nº 445 de 2012 da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (Cunha, 2021). A aprovação unânime da portaria que institui o CT-LGBT pelo Conselho Estadual de Saúde não apenas representa um marco importante, mas também ressalta a necessidade contínua de diálogo e ação conjunta para promover a

equidade na atenção à saúde da população LGBT no estado (PERNAMBUCO, 2015).

O percurso do Movimento LGBT em Pernambuco delineou através de sua luta a inserção da pauta no Plano Estadual de Saúde (PES), em 2012, avançando até a criação do CT-LGBT e da Política Estadual de Saúde LGBT, enfatiza-se a persistência e a luta política dos ativistas LGBT (Pernambuco, 2015; Cunha, 2021). A formação e atuação de grupos LGBT, como o pioneiro Grupo de Atuação Homossexual (Gathó), desempenharam um papel crucial na defesa dos direitos dos homossexuais (Zanatta, 2011; Pernambuco, 2015).

Segundo Cunha (2021) O CT-LGTB foi o responsável junto com a gestão, controle social e movimento social, pela realização de seminários que percorreram as macrorregionais de saúde do estado, colhendo as informações trazidas pelos participantes, para a elaboração de um documento técnico que apontasse para a Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE) as reais necessidades para a implantação de uma política pública que aplicasse a equidade e reconhecesse a importância dessa população dentro do SUS. Isso culminou na publicação de uma portaria que oficializa e institui este importante espaço de discussão para superar muitos desafios e avançar no cuidado da população LGBT no estado de Pernambuco (Pernambuco, 2015; Cunha, 2021).

O CT-LGBT também se configura um espaço mobilizador para a criação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População LGBT, que teve sua criação e oficialização pouco tempo depois, em 11 de março de 2015, através da Portaria Estadual nº 60/2015, publicada no Diário Oficial do Estado de Pernambuco. Dentre os objetivos específicos destacam-se aqueles que dialogam com a estruturação da rede de atenção tanto na perspectiva de ampliação do acesso como na promoção do cuidado integral à população LGBT (Pernambuco, 2015).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) representam a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades de uma determinada população, em consonância com os princípios e as diretrizes que estruturam o SUS; este que tem enfrentado, desde a sua gênese, grandes desafios para viabilizar o acesso ao cuidado em saúde para os(as) brasileiros(as), com maior resolutividade e qualidade em tempo oportuno (Mendes, 2010).

Em Pernambuco, a construção da Rede de Atenção Integral à Saúde da População LGBT tem sido uma iniciativa colaborativa, estabelecendo parcerias com universidades públicas e municípios. Atualmente, a rede é composta por 13 ambulatórios que oferecem cuidados especializados voltados para essa população, tais como atendimento psicológico, psiquiátrico, oferta de hormônios para adequação fenotípica, e cuidados clínicos gerais (Vaz *et al.*, 2024).

É importante ressaltar que, embora os ambulatórios representem uma estratégia específica de cuidado, a abordagem integral não deve limitar-se a esses espaços isoladamente. O cuidado abrangente à população LGBT deve ser plenamente efetivado dentro da rede do SUS, assegurando a integralidade em todos os níveis de atenção (Vaz *et al.*, 2024).

A necessidade de criação desses ambulatórios surge da carência de cuidados básicos garantidos à população em geral, encontrando barreiras institucionais que dificultam o acesso para a população LGBT. A estratégia dos ambulatórios específicos busca minimizar a lacuna existente no cuidado estatal a esse grupo, contando com equipes multiprofissionais sensibilizadas e capacitadas para atender às demandas particulares (Santos *et al.*, 2024). Essa abordagem visa superar obstáculos e assegurar que a população LGBT receba o cuidado necessário de forma integral e inclusiva, promovendo, assim, a equidade no acesso aos serviços de saúde (Nogueira; Aragão, 2019).

Historicamente, os ambulatórios vinculavam-se à entrega de cuidado exclusivo do processo transsexualizador no SUS, procedimento este que excluía as demandas de outras categorias. Um exemplo disso é o Espaço de Acolhimento e Cuidado às Pessoas Trans e Travestis, conhecido como Espaço Trans do HC, localizado no Hospital das Clínicas e associado à Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Este serviço destaca-se como pioneiro do estado de Pernambuco a oferecer cuidado para este grupo específico, sendo referência para o Norte e Nordeste do Brasil. Além da oferta de serviços ambulatoriais, também oferece o processo cirúrgico de afirmação de gênero (Caetano, Martins, 2021; Costa, 2021).

Outro serviço voltado para a população transexual é o Espaço de Acolhimento e Cuidado às Pessoas Trans e Travestis do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM), denominado Espaço Trans do CISAM, que é referência no cuidado e no

acolhimento ambulatorial para homens trans, ainda não habilitado pelo Ministério da Saúde (Costa, 2021).

Considerando a necessidade de ofertar uma atenção às demais categorias que vão além da população transgêneras, começou-se a implantação de ambulatórios voltados a atender as demandas da população LGBT como um todo. Para iniciar esta oferta, foi implantado na cidade do Recife o Ambulatório LGBT Patrícia Gomes, caracterizado por inaugurar este novo momento político de oferta de cuidados. Trata-se de uma estratégia que leva em consideração a compreensão do que define a PNSILGBT, que é atender o indivíduo na sua integralidade, compreendendo as demandas e especificidades de cada segmento populacional (Costa, 2021).

A capital do estado foi então o epicentro nesse tipo de serviço por já ter instituído no seu território a política pública LGBT e por atender demandas advindas das conferências municipais de saúde através da presença marcante do controle social pernambucano, se estendendo, então, para as demais regiões do Estado (Recife, 2016).

Após ele, foi inaugurado o Ambulatório Darlen Gasparelle, situado no município de Camaragibe, Ambos constituindo a responsabilidade sanitária municipal, possuem como foco a criação do vínculo do usuário LGBT com a rede de atenção à saúde, desenvolvendo atividades que garantam uma devolutiva de cuidados específicos, alcançando a efetividade dos princípios e diretrizes do SUS. Com o passar do tempo e muito trabalho por parte da gestão em saúde estadual em parceria com os municípios, a rede de serviços que ofertam cuidado específico à população LGBT foi crescendo (Costa, 2021).

O Quadro 1 informa os serviços de atenção à saúde da população LGBT presentes no estado de Pernambuco, indicados por município, ano de inauguração e região de saúde.

Quadro 1 – Serviços de Atenção à Saúde da População LGBT. Pernambuco, 2023

| <b>Nome</b>                                           | <b>Município</b> | <b>Ano de Inauguração</b> | <b>Região de Saúde</b> |
|-------------------------------------------------------|------------------|---------------------------|------------------------|
| Espaço Trans do Hospital das Clínicas (UFPE)          | Recife           | 2014                      | I                      |
| Ambulatório LBT do Hospital da Mulher do Recife (HMR) | Recife           | 2016                      | I                      |

|                                                                                                                          |                         |      |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------|----|
| Espaço de acolhimento e cuidado às pessoas trans e travestis do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM/UPE) | Recife                  | 2016 | I  |
| Ambulatório LGBT Patrícia Gomes                                                                                          | Recife                  | 2017 | I  |
| Ambulatório LGBT Darlen Gasparelli                                                                                       | Camaragibe              | 2018 | I  |
| Ambulatório LGBT Jaboatão dos Guararapes                                                                                 | Jaboatão dos Guararapes | 2020 | I  |
| Ambulatório LGBT Cabo de Santo Agostinho                                                                                 | Cabo de Santo Agostinho | 2021 | I  |
| Ambulatório LGBT de Serra Talhada                                                                                        | Serra Talhada           | 2021 | XI |
| Ambulatório LGBT Rafaella Cicareilly                                                                                     | Olinda                  | 2022 | I  |
| Ambulatório LGBT Dani Almeida                                                                                            | Vitória de Santo Antão  | 2022 | I  |
| Ambulatório de Saúde LGBT de Afogados da Ingazeira                                                                       | Afogados da Ingazeira   | 2023 | X  |
| Ambulatório LGBT Ipojuca                                                                                                 | Ipojuca                 | 2023 | I  |

Fonte: Secretária Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco (2023).

O quadro acima revela o avanço da responsabilidade sanitária municipal para a efetivação da política de saúde LGBT voltada para uma lógica de promoção da assistência à saúde através da criação de seus próprios ambulatórios.

Contudo, mesmo com os avanços e principalmente com a criação de serviços de saúde para este público específico, é certo de que ainda há um longo caminho a ser percorrido para que as pessoas LGBT possam ter acesso a uma atenção à saúde que respeitem, de fato, a existência em sua integralidade. Nogueira e Aragão (2019) destacam a necessidade de uma análise aprofundada da atual situação de saúde da população LGBT, visando identificar os desafios na implementação de políticas que possam atender de maneira eficaz as suas necessidades.

Em 2019, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) incluiu, pela primeira vez em uma pesquisa domiciliar, a investigação sobre a orientação sexual da população, representando um marco importante no reconhecimento da diversidade sexual no Brasil. Os dados sobre orientação sexual, declarados por indivíduos com 18 anos ou

mais, foram obtidos por meio da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) daquele ano. Contudo, a identidade de gênero ainda não é contemplada nas estatísticas oficiais (IBGE, 2022). A ausência dessas informações dificulta tanto o desenvolvimento de políticas públicas específicas quanto a efetivação de direitos e o enfrentamento da discriminação (Barbosa et al., 2020; Suliano, Irff e Veras, 2014).

A escassez de serviços que abranja toda a territorialidade pernambucana, escassez de medicamentos específicos, ausência de profissionais comprometidos com a causa LGBT, a não compreensão da urgência de discussão da temática LGBT no estado e municípios, a LGBTfobia institucional, a dificuldade de acesso destas pessoas aos serviços, estão dentre tantas outras questões que impactam o funcionamento das ditas unidades de saúde (Costa, 2021).

Enfatiza-se, portanto, que equipamentos como os ambulatorios LGBT são indispensáveis, pois a estigmatização e a não compreensão das necessidades individuais desta população resulta em cenas de violência e afastamento destas pessoas dos serviços de saúde tradicionais da rede. Muitos relatam preconceito, discriminação, violência e outras formas de atendimento de baixa qualidade, que não chegam a atender suas demandas de saúde (Nogueira; Aragão, 2019).

Além da percepção equivocada de alguns profissionais, gestores e trabalhadores da saúde em acreditar que a população LGBT é responsável pela transmissão de infecções sexualmente transmissíveis (IST), também há o pensamento de que não se faz necessário produção e criação de espaços e políticas que cuide desta população de forma a respeitar as suas singularidades e subjetividades (Nogueira; Aragão, 2019).

Nesse sentido, se faz necessário que o SUS desenvolva, por meio daqueles que o aplicam, um olhar inovador, participativo, solidário e equânime para a resolução das lacunas vividas por essas populações dentro de seus estabelecimentos.

### 3.3. Os desafios da atenção integral à saúde LGBT em Pernambuco: Acesso e Clínica Ampliada

Acesso e acessibilidade são conceitos dinâmicos e multidimensionais. O acesso refere-se à inter-relação entre usuários e serviços, definindo a capacidade de os serviços

responderem às necessidades de saúde das populações de forma oportuna e eficaz, garantindo a entrada e a continuidade do cuidado. Este conceito está diretamente ligado ao desempenho na oferta de serviços (Jesus; Assis, 2010). A acessibilidade, por sua vez, abrange as características dos serviços que facilitam ou restringem seu uso, como localização geográfica, e a capacidade de absorver demandas de diferentes grupos, considerando condições sociais, econômicas ou diagnósticos. Assim, o acesso, compreendido como acessibilidade, vai além do simples uso dos serviços, envolvendo a adequação de profissionais e recursos tecnológicos para atender às necessidades das pessoas (Travassos; Martins, 2004).

Penchansky e Thomas, citado por Travassos (2004), acrescentam ao debate sobre acesso, o conceito de aceitabilidade, que representa as atitudes das pessoas e dos profissionais de saúde em relação às características, culturas, subjetividades e práticas de cada um.

Costa e Lima (2021) apontam que ao considerar classe social, raça/cor, identidade de gênero e idade os vislumbres de violência criam mosaicos diferentes. Tais situações repercutem no acesso, “observa-se a falta de incorporação dos LGBT em serviços de saúde, por medo, vergonha de possíveis retaliações, desconhecimento da política ou até mesmo pela falta de legitimação do direito de aparecer e ocupar esses espaços enquanto pessoas empoderadas de direitos” (Gouvêa; Souza, 2021, p. 25). Para além dos desafios próprios da estigmatização e da LGBTfobia, atravessamentos distintos influenciam direta e indiretamente no acesso e garantia de direitos.

Nesse contexto, Georges Canguilhem (2009) contribui ao afirmar que o conceito de normalidade, muitas vezes reproduzido no interior dos serviços de saúde, não deve ser entendido como uma norma universal, mas como uma construção social e histórica. Assim, “ser saudável é instituir normas próprias frente às adversidades”, o que desloca a ideia de anormalidade associada às identidades LGBT.

Corroborando com as discussões apontadas pelos autores acima e acrescentando novos aspectos, Mendes (2016) define o acesso como a oportunidade de buscar e obter serviços de saúde apropriados em situações de necessidades percebidas de cuidado. Sob essa perspectiva o acesso resulta de uma interação entre as características pessoais, familiares,

dos ambientes físicos e sociais e as características do sistema de atenção à saúde, das organizações que o compõem e dos prestadores de serviços.

Ainda de acordo com Mendes (2016), o acesso tem sido visto como a possibilidade de identificar necessidades de atenção à saúde, de procurar serviços de saúde, de alcançar os recursos de atenção à saúde, de usar os serviços de saúde e de realmente oferecer serviços apropriados para as necessidades de cuidados. Essas distintas etapas representam transições fundamentais em que as barreiras ao acesso podem ser revelada. Uma das principais barreiras de acesso é a presença da violência institucionalizada, em nosso território sócio-histórico expressas na LGBTfobia institucional. Em relação aos agravos em saúde, a violência institucional age como barreira a não compreensão das identidades de gênero e orientações sexuais, incluída na perspectiva de cuidado e acolhimento dos diversos profissionais de saúde, levando a não entrega da excelência do cuidado com essa população. O não reconhecimento das diversas identidades de gênero e orientações sexuais, apontam para esse grupo populacional um caminho de expulsão dos serviços (Vaz *et al.*, 2024).

Foucault (2005), em "O Nascimento da Clínica", ao abordar a formação do saber médico, descreveu:

*“O que define o ato do conhecimento médico em sua forma concreta não é, portanto, o encontro do médico com o doente, nem o confronto de um saber com uma percepção; é o cruzamento sistemático de várias séries de informações homogêneas [...] mas cuja interligação faz surgir, em sua dependência isolável, o fato individual.”* (Foucault, 2005, p. 33)

Este trecho ressalta a complexidade da constituição do saber médico, que, segundo Foucault, não se restringe à relação direta entre médico e paciente, mas se constrói em uma rede de informações e discursos que modelam a percepção e a intervenção. Para a população LGBT, essa rede de informações e a forma como a medicina as organiza são fundamentais para entender a persistência de estigmas e a necessidade de uma transformação profunda no campo da saúde.

O acesso é sem dúvida uma das problemáticas mais expressivas na construção de uma

política pública. Neste estudo adotaremos o conceito ora descrito por Mendes (2016) por conter características que contribuirão para responder a pergunta condutora deste estudo é apontar reflexões para a melhoria da operacionalização da Política de Saúde LGBT no Estado de Pernambuco.

Para além do acesso, e observando o princípio da autonomia do indivíduo que compõe a legislação do SUS, art. 7º, III (Brasil, 1990), é que no ano 2000 foi criado o programa HumanizaSUS que traz em seu bojo a diretriz da clínica ampliada.

*“Ampliar a clínica é aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade. É integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário. A vulnerabilidade e o risco do indivíduo são considerados e o diagnóstico é feito não só pelo saber dos especialistas clínicos, mas também leva em conta a história de quem está sendo cuidado.”* (BVS, 2010, p. 1)

A clínica ampliada sugere que a produção de cuidado extrapole a dimensão da doença, observe a variedade inata do processo saúde-enfermidade, considerando as singularidades de cada caso e colocando os sujeitos no centro do cuidado. Aponta para a afirmação da autonomia dos profissionais de saúde na condução e tomada de decisões, na gestão do caso clínico, resgatando o sentimento de responsabilização na produção do cuidado de grupos e indivíduos (Campos; Amaral, 2007).

Segundo Paulo Amarante (2007a), é justamente essa ampliação da clínica que possibilita um cuidado que vá além da medicalização da vida. Para ele, ‘a clínica deve ser um espaço ético e político, comprometido com o sofrimento do sujeito em sua integralidade e não apenas com a supressão de sintomas’.

A implicação de responsabilidade dos profissionais de saúde em uma clínica dos sujeitos e que se faça por meio da interdisciplinaridade promoveria melhores cuidados em saúde – promoção, prevenção, assistência, reabilitação e cuidados paliativos. A clínica ampliada, contribui ainda para o aumento do grau de autonomia dos usuários. Autonomia

entendida como capacidade dos usuários na compreensão do processo saúde doença, sua relação com o autocuidado e o poder de estabelecer compromissos com si e com a rede de saúde (Campos; Amaral, 2007).

No caso específico da saúde LGBT a ampliação da clínica requer a compreensão, por parte da equipe de saúde, dos diversos elementos que incidem sobre a vida deste grupo populacional, e para além, a singularidade da história de vida de cada indivíduo que chega ao serviço. Vislumbrar a singularidade é entender que apesar de diferentes sujeitos apresentarem as mesmas queixas de saúde, por exemplo: hipertensão; a condição de vida, a rede de apoio, a história, o trabalho, a escolaridade, e diversos outros fatores que compõem o ser ontológico os diferenciam, requerendo Projetos Terapêuticos Singulares (PTS; BVS, 2010).

A compreensão da saúde e da doença, bem como das identidades que a permeiam, não se estabelece em um vácuo conceitual. Conforme postulado por Canguilhem (2009), a normalidade não se configura como um dado estático ou universalmente predefinido, mas sim como uma norma em constante processo de renegociação e ressignificação. Nesse sentido, a adesão a padrões rígidos de normalidade, frequentemente calcados em pressupostos heteronormativos, pode resultar na exclusão e invisibilização de experiências que se situam para além dessas construções hegemônicas.

Em paralelo, a análise foucaultiana revela que o saber médico moderno transcende a mera descrição de realidades biológicas. Ele atua como um dispositivo produtor de verdades, estabelecendo discursos que moldam a percepção e o tratamento dos corpos. A clínica, nesse contexto, não é apenas um espaço de cura, mas também de normatização e controle. Assim, a proposição de uma clínica verdadeiramente inclusiva para sujeitos LGBT exige um tensionamento crítico dessas "verdades" estabelecidas, que historicamente patologizam ou marginalizam essas identidades (Arán e Murta, 2009).

Na conformação do PTS os fatores acima mencionados, e muitos outros, devem ser considerados. No mais, o projeto deve prever a autonomia do cuidado, ou seja, fornecer as informações e educação em saúde necessárias para criar a independência do sujeito frente ao seu próprio cuidado, e retirar a dependência institucional. Isto significa dizer que a equipe deve ensiná-lo como aferir a própria pressão ou aplicar a própria insulina, por exemplo.

(Silva et al, 2016)

Conforme aponta Cotta et al. (2011), o desenvolvimento da autonomia e do autoconhecimento favorece a emancipação dos sujeitos, permitindo que compreendam criticamente os determinantes sociais da saúde e fortaleçam o exercício do controle social.

Agrega-se, também, o fato de que a clínica ampliada prevê uma equipe multidisciplinar capaz de fornecer suporte para além da visão biomédica. Saindo do eixomédica centrada, a equipe passa a identificar outras questões que refletem na saúde, para além do puramente biológico. Autores afirmam que:

*“Essas pessoas precisam ser acolhidas e acompanhadas com equipe multiprofissional nas instituições de saúde, não para corrigir os possíveis erros do passado, mas para que, olhando para eles, garanta-se desta vez um acolhimento humano e cuidadoso em saúde, minimizando riscos e oferecendo suporte adequado, principalmente em saúde mental.”* (Silva; Rosa; Gagliotti, 2021, p. 105)

Outro aspecto central da clínica ampliada é a visualização da pessoa acima da doença.

*“A Clínica Ampliada propõe então que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida. Para implantar essa diretriz da PNH é importante também que sejam discutidas outras orientações ético-políticas, como o Projeto Terapêutico Singular, Equipe de referência e apoio matricial, cogestão e o acolhimento.”* (BVS, 2010, p. 1)

Desde a criação da Política Estadual de Saúde LGBT, liderada pela Coordenação Estadual de Atenção Integral à Saúde LGBT ligada à Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco (SES-PE), foram criados 13 Ambulatórios LGBT e a realização de

capacitação periódica da gestão e de trabalhadores em saúde, assim como educação permanente de profissionais de outros níveis de função e serviços do SUS (PES- 2020 a 2023).

Para a superação de estereótipos, envolvimento da equipe e direcionamento da política de saúde a nível local, a gestão é uma figura central. Dentro do SUS a gestão direciona o fazer político e o rumo dado àquela política pública. Para além da cobrança de metas quantitativas, é no comprometimento ético-político, o acúmulo de conhecimento, a aproximação com o coletivo, a relação interpessoal com a equipe e na resolução das demandas cotidianas que se efetivará a excelência do cuidado (Aragão *et al.*, 2022).

No mais, há a necessidade de que a política específica da população LGBT converse com as demais políticas públicas, visto que um único indivíduo pode ser perpassado por mais de uma vulnerabilidade, enfatizando que as políticas públicas de saúde devem ser transversais. Traz-se como exemplo a política de saúde LGBT e a política de saúde da população negra, que segundo Aragão *et al.* (2022) e Souto *et al.* (2016):

*[...] A implantação e a implementação das políticas de promoção de equidade na saúde voltadas para as necessidades de segmentos da população mais vulneráveis, que estão mais expostos ao risco de adoecer ou morrer em função de características econômicas, sociais, culturais e históricas, como negros e quilombolas; moradores de rua; lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT); ciganos; populações do campo, da floresta e das águas (ribeirinhos, pescadores, marisqueiros, camponeses, trabalhadores rurais, sem-terra etc.) (Souto *et al.*, 2016).*

*Ademais, para se atingir o sucesso na implementação de políticas transversais, como a PNSIPN e a PNSILGBT, requer perfis de gestores com grau de envolvimento significativo e que assumam a importância destas políticas nos diversos espaços, sensibilizando e qualificando os profissionais para o trabalho na perspectiva da equidade. (Aragão *et al.*, 2022, p. 209)*

O envolvimento da gestão com capacitação contínua da equipe de saúde, a partir de uma lógica de clínica ampliada, pode ser decisiva para o fazer saúde, impactando desde o preenchimento correto das notificações no sistema de casos que envolvem pessoas LGBT, até mesmo no acesso dos usuários da política, já que:

*Os elevados percentuais de casos ignorados nas variáveis orientação sexual e identidade de gênero podem ser consequência de preconceitos e dificuldades de abordagem dessas questões por profissionais de saúde. É recorrente o relato de práticas discriminatórias nos estabelecimentos, o que impacta de forma negativa o acesso da população LGBT aos serviços de saúde, especialmente das pessoas travestis e transgêneras. Assim, afirma-se a necessidade de capacitação constante das equipes de saúde para o atendimento humanizado e pautado na PNSILGBT, assim como de capacitação para o preenchimento adequado da ficha de notificação. (Pinto et al., 2020, p. 9)*

São os dados das notificações compulsórias, a partir do preenchimento correto do sistema que fornece aos gestores as informações necessárias para a elaboração do planejamento e o direcionamento das futuras ações em saúde.

No mais, complementarmente ao compromisso da coordenação e da equipe multiprofissional com a saúde LGBT, destaca-se a participação social como instigador do diálogo e da tomada de decisões. Afinal, toda política pública é construída a partir de uma demanda proveniente e exigida pela sociedade, apontada em conferências públicas de saúde, e acompanhada pelos Conselho de Saúde.

Por conseguinte, a política estadual LGBT “tem caráter transversal e intersetorial, envolvendo diversas áreas relacionadas à produção de conhecimento, participação social, promoção, atenção, cuidado e apoio” (Pernambuco, 2015). Assim, a participação social, juntamente com a gestão serão os responsáveis pela construção e manutenção da política.

## 4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 4.1. Tipo de estudo e abordagem metodológica

Esta pesquisa alinha-se na perspectiva qualitativa. Segundo Minayo (2016) a pesquisa qualitativa compreende o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, e é neste sentido que este trabalho aborda questões objetivas, mas também subjetivas na construção da saúde. Compreendendo também que “a pesquisa qualitativa é uma atividade historicamente situada” (Martínez-Salgado, 2021, p. 171), apresentar-se-á o contexto sociohistórico da implantação e funcionamento dos ambulatórios de referência em saúde LGBT no estado de Pernambuco.

A política de saúde LGBT, tanto a nível nacional quanto estadual, são ainda demasiado recentes e que necessitam de estudos que viabilizem a sua melhoria contínua, assim como os ambulatórios LGBT, equipamentos de saúde implantados no estado, e que não tem, ainda, estudos que o abordam em profundidade. Sendo, portanto, necessário compreender como tem sido essas construções historicamente situadas.

A pesquisa qualitativa é caracterizada como um estudo detalhado de um determinado fato, grupo de pessoas ou ator social e fenômenos da realidade, buscando informações fidedignas para se explicar em profundidade o significado e as características de cada contexto em que se encontra o objeto de pesquisa. Trata-se, ainda, de um estudo descritivo e exploratório (Oliveira, 2016).

O estudo exploratório tem como objetivo apresentar uma explicação geral sobre o fenômeno estudado, é realizado quando o tema escolhido é pouco explorado. Destarte, a pesquisa descritiva está interessada em descobrir e observar fenômenos, procurando conhecê-los, classificá-los e interpretá-los (Oliveira, 2016). Neste trabalho, pretende-se a aproximação com o tema dos ambulatórios LBGT no estado de Pernambuco e a realização de uma descrição do processo de implantação e funcionamento, temática escassa de publicações acadêmicas.

Para garantir a profundidade da investigação, adotou-se uma abordagem metodológica triangulada, que permitiu a combinação de diferentes técnicas de coleta e análise de dados. Essa triangulação visa aprimorar a validade dos resultados, ao confrontar informações obtidas por distintas fontes e métodos, oferecendo uma compreensão mais abrangente e multifacetada do fenômeno

estudado. As técnicas empregadas foram o Caderno de Campo, Entrevistas individuais semiestruturadas com profissionais e usuários, e a Análise Documental.

#### 4.2. Local de Estudo

Este estudo foi realizado em três ambulatorios de atenção integral à saúde LGBT. Foram considerados como critérios de inclusão do serviço: 1) Espaço de Acolhimento e Cuidado Trans (Espaço Trans) no Hospital das Clínicas do Hospital das Clínicas da UFPE, o único ambulatório que realiza os procedimentos cirúrgicos do processo transsexualizador localizados em espaço universitário que é referência Norte/Nordeste; 2) Ambulatório Patrícia Gomes na Policlínica Lessa de Andrade na cidade do Recife, o primeiro Ambulatório LGBT instituído a nível municipal de caráter integral; 3) Ambulatório de Saúde LGBT de Afogados da Ingazeira, o primeiro ambulatório localizado em uma Unidade de Saúde da Família.

#### 4.3. Participantes do estudo

A definição dos participantes deu-se por meio de seleção intencional, em consonância com a abordagem qualitativa, na qual o critério central não é a representatividade estatística, mas a relevância teórica e a potencialidade dos sujeitos em fornecer subsídios para a compreensão aprofundada do objeto de estudo. Assim, optou-se por incluir indivíduos cujas experiências e trajetórias possibilitam evidenciar dimensões significativas do fenômeno investigado, conforme a orientação metodológica proposta por Minayo (2017). O quantitativo de entrevistas foi de 32 entrevistas, distribuídas abaixo:

Tabela 1. Quantitativo de participantes do estudo entre usuários e profissionais de saúde por serviço de saúde LGBT.

| <b>AMBULATÓRIO</b>                                        | <b>Nº DE USUÁRIOS</b> | <b>Nº DE PROFISSIONAIS</b> | <b>TOTAL</b> |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------|--------------|
| Espaço Trans - Hospital das Clínicas                      | 5                     | 5                          | 10           |
| Ambulatório Patrícia Gomes - Policlínica Lessa de Andrade | 6                     | 5                          | 11           |
| Ambulatório de Afogados da Ingazeira - USF Mandacaru      | 6                     | 5                          | 11           |

A escolha dos entrevistados foi realizada de forma espontânea pelo próprio pesquisador, sem indicação prévia de terceiros ou coordenador dos serviços. A seleção ocorreu de maneira direta, considerando exclusivamente a presença dos profissionais de saúde e usuários em seus respectivos locais de serviço no momento da visita do pesquisador.

Baseando-se em Minayo (2017) foi estabelecido como critério de saturação a repetição das falas. Quando o pesquisador compreendeu que a fala dos indivíduos já refletiu o entendimento coletivo da situação, as entrevistas chegaram ao seu ponto de saturação. Contudo, não foi determinado previamente um quórum máximo de entrevistados, tendo em vista o entendimento de Martínez-Salgado (2021):

*De resto, se se considerar que uma boa amostragem neste território é aquela que responde aos requisitos apresentados pelo tema em estudo e pelas perguntas de pesquisa, ficará evidente que isso não dependerá de quantos são, mais do que ou quem são, aqueles que devem ser incluídos, pois o que interessa aqui é como os potenciais participantes se posicionam em relação ao assunto que está sendo indagado, o que sabem a respeito, o que são capazes de comunicar e até onde estão dispostos a fazê-lo. (Martínez-Salgado, 2021, p. 182)*

Para tanto, o critério de saturação foi observado a partir da análise do pesquisador acerca das informações já obtidas.

#### 4.4. Critérios de inclusão e exclusão de participantes

Foram adotados os mesmos critérios de inclusão tanto para usuários do serviço quanto para os profissionais que nele atuam. Assim, foram considerados elegíveis para as entrevistas os indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, presentes no serviço no dia da coleta de informações, independentemente do tempo de acompanhamento no ambulatório LGBT, no caso dos usuários. Como critérios de exclusão, definiram-se a não aceitação em participar da pesquisa, o não atendimento aos requisitos de inclusão ou a presença de condição de saúde ou deficiência que inviabilizasse a realização da entrevista.

#### 4.5. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de três técnicas complementares, visando à triangulação metodológica: Análise Documental, Entrevistas individuais semiestruturadas com profissionais de saúde e usuários dos ambulatórios LGBT, e a elaboração de um Caderno de Campo, com ilustrado no quadro 2:

Quadro 2 – Técnicas de coletas de dados utilizados no estudo.

| Técnica de Coleta             | Descrição                                                                                                      | Fontes de Dados                                    | Objetivos                                                                                      |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Caderno de Campo              | Registros de observações do pesquisador <i>in loco</i> , impressões, percepções sobre o ambiente e interações. | Observações do pesquisador.                        | Captar nuances não verbais, dinâmicas e contextos não explícitos nas falas.                    |
| Entrevistas Semi-Estruturadas | Diálogo aprofundado com profissionais e usuários, guiado por roteiro.                                          | Discursos de profissionais e usuários.             | Compreender as vivências, percepções e desafios relacionados ao Acesso e Clínica Ampliada.     |
| Análise Documental            | Leitura e interpretação de documentos oficiais.                                                                | Políticas, portarias, protocolos dos ambulatórios. | Entender o arcabouço legal e normativo da política de saúde LGBT e a organização dos serviços. |

##### 4.5.1. Análise documental

Para a análise documental foram observados os seguintes documentos legais: a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais, Portaria nº 2.836/11; Política Estadual de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais, Portaria nº 60/15; Resolução da Comissão Intergestores Bipartite de Pernambuco (CIB-PE) nº 6324/23 e a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.803/13 que versa sobre o processo transsexualizador no SUS. Para além dos textos legais, analisar-se-á também os protocolos e normas do serviço. Essa etapa teve como objetivo identificar temas relacionados ao acesso da população LGBT aos serviços de saúde e à operacionalização da clínica ampliada, de modo a contextualizar os achados empíricos da pesquisa.

##### 4.5.2. Entrevistas individuais semiestruturadas

Para a coleta dos dados primários foi utilizada a técnica de entrevistas individuais semiestruturadas, realizada em sala privativa, a qual propicia a obtenção de informações de forma particular se constituindo num recurso ideal para dispor sobre o agir, pensar e sentir dos participantes (Minayo, 2015).

Os autores Marconi e Lakatos (2017), informam que a entrevista semiestruturada se dá por meio de um diálogo informal entre pesquisador e entrevistado, e por serem questões abertas às perguntas o pesquisador trabalha a temática na direção de seu interesse. As perguntas foram direcionadas para a compreensão do funcionamento do serviço.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo sua concordância e compreensão sobre os objetivos do estudo, bem como assegurando o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas.

Como recurso para registro das respostas foi utilizado um gravador, com tempo estimado de gravação entre 35 e 50 minutos de duração. Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas, gravações), ficarão armazenados em pastas de arquivo no computador pessoal do pesquisador assim como em cópia de segurança no drive do e-mail institucional, sob a responsabilidade do pesquisador pelo período mínimo de 5 anos após o término da pesquisa.

#### 4.5.3. *Caderno de campo*

Adicionalmente, um caderno de campo foi utilizado pelo pesquisador para registrar as informações observadas pelo pesquisador durante as visitas aos ambulatórios. Este recurso permitiu captar detalhes que, como descreveu Minayo (2016), vão para além do que é explicitado nas entrevistas, mas que compõem o contexto no qual as informações foram produzidas, tornando-se parte integrante das futuras análises.

#### 4.6. Identificação dos Participantes

Para garantir a confidencialidade e a privacidade dos participantes, as falas e os dados extraídos das entrevistas foram codificados utilizando um sistema de siglas que permite identificar a categoria do entrevistado e o ambulatório em que a entrevista foi realizada, sem revelar suas identidades.

O primeiro conjunto de letras da sigla identifica o local da entrevista: AI refere-se ao Ambulatório de Saúde LGBT de Afogados da Ingazeira; ETHC ao Espaço Trans do Hospital das Clínicas; e PG ao Ambulatório de Saúde LGBT Patrícia Gomes. Em seguida, a letra "P" ou "U"

diferencia os participantes, indicando se são profissionais de saúde ou usuários do serviço, respectivamente. A numeração que se segue a essa diferenciação (1, 2, 3...) foi atribuída aleatoriamente para cada participante dentro de sua categoria e ambulatório, que garantiu a sua individualização e a rastreabilidade dos seus depoimentos.

#### 4.7. Transcrição automática das entrevistas

As entrevistas realizadas no presente estudo foram gravadas em formato de áudio (.mp3). Para a transcrição automática desses arquivos, foi utilizado o modelo *Whisper* da OpenAI, modelo de aprendizado de máquina para reconhecimento e transcrição de fala, por meio do ambiente Google *Collaboratory*. A escolha dessa ferramenta se deu pela facilidade de uso, compatibilidade com diferentes formatos de áudio e pela precisão na conversão de fala para texto. O processo foi realizado em etapas, conforme descrito a seguir:

Primeiramente, foi feito o acesso à plataforma Google *Collaboratory*, que permite a execução de código em Python de forma gratuita. No ambiente do notebook, foram instaladas as bibliotecas e dependências necessárias para o funcionamento do *Whisper*.

O primeiro comando executado foi:

```
!pip install git+https://github.com/openai/whisper.git  
!sudo apt update && sudo apt install ffmpeg
```

Este código realiza a instalação da versão mais recente do *Whisper* diretamente do repositório oficial no GitHub. O comando também instala o ‘ffmpeg’, uma ferramenta essencial para o processamento de arquivos de mídia, garantindo a compatibilidade com diferentes formatos de áudio.

Após a configuração inicial, o segundo passo consistiu na execução do código de transcrição propriamente dito. Utilizou-se o seguinte comando:

```
!whisper "nome do arquivo aqui.mp3" --model medium
```

Neste comando, o parâmetro "nome do arquivo aqui.mp3" foi substituído pelo nome de cada arquivo de áudio correspondente às entrevistas. O modelo escolhido para a transcrição foi o

‘medium’, que oferece um equilíbrio entre velocidade de processamento e precisão na transcrição. O Whisper processa o arquivo de áudio e gera automaticamente um arquivo de texto contendo a transcrição completa da entrevista.

Apesar da alta precisão do modelo utilizado, todas as transcrições geradas foram revisadas manualmente para garantir fidelidade ao conteúdo original. Esta revisão incluiu a correção de possíveis falhas de transcrição, ajuste de pontuação, nomes próprios, siglas ou termos técnicos específicos da pesquisa.

#### 4.8. Análise dos dados das entrevistas

Como referencial central da abordagem qualitativa, adotou-se a análise de conteúdo conforme proposta por Bardin (1977), com o objetivo de interpretar os significados presentes nos discursos dos participantes. A partir das classes analíticas emergentes do material coletado, buscou-se compreender não apenas a frequência de certos termos, mas, principalmente, as relações de sentido entre eles. Essa análise possibilitou identificar os principais temas abordados, revelando camadas de significado construídas pelos sujeitos a partir de suas experiências e contextos específicos.

O método de análise de conteúdo das entrevistas seguiu três etapas principais:

- a. Pré-análise: Esta etapa inicial envolveu a organização do material coletado. Foi realizada uma leitura exaustiva de todo o texto das entrevistas transcritas, buscando uma imersão geral no conteúdo. Em seguida, foram definidos os objetivos específicos para a análise, que guiaram a escolha das unidades de análise e a formulação das perguntas de pesquisa pertinentes.
- b. Exploração do material: Nesta fase, procedeu-se à codificação e categorização dos conteúdos. Por meio de leituras sistemáticas e uso de software analítico, identificaram-se unidades de registro (palavras, frases e temas) relevantes para os objetivos do estudo. Essas unidades foram agrupadas em classes analíticas, buscando padrões, palavras-chave e temáticas recorrentes que emergiram dos discursos. Esse processo visou aprofundar a compreensão não apenas da frequência de certos termos, mas, principalmente, das relações de sentido entre eles, revelando camadas de significado construídas pelos sujeitos a partir de suas experiências e contextos específicos.

- c. Tratamento dos resultados e interpretação: Por fim, os dados categorizados foram submetidos a um tratamento sistemático, permitindo a inferência e a interpretação. Os resultados foram analisados à luz dos referenciais teóricos adotados sobre Clínica Ampliada e Acesso no contexto de produção das falas, buscando estabelecer conexões entre as classes analíticas e os objetivos da pesquisa. Essa etapa permitiu a construção de uma compreensão aprofundada dos fenômenos investigados, extrapolando a mera descrição e buscando a interpretação dos sentidos subjacentes.

Adicionalmente, foi levado em conta o contexto de enunciação em que as falas foram produzidas, com o objetivo de compreender a intencionalidade presente nos relatos e captar as nuances dos discursos. Esse processo analítico possibilitou uma interpretação qualitativa dos dados, complementando as informações obtidas na etapa quantitativa e oferecendo uma visão mais ampla e contextualizada dos conteúdos analisados.

Embora o referencial principal tenha sido Bardin (1977), a interpretação dos dados também se beneficiou de elementos da análise do discurso, especialmente no que tange à consideração do contexto de enunciação das falas, conforme preconizado por Minayo (2016). Essa abordagem complementar permitiu uma compreensão mais aprofundada da intencionalidade presente nos relatos e a captação das nuances dos discursos, enriquecendo a interpretação qualitativa dos dados e oferecendo uma visão mais ampla e contextualizada dos conteúdos analisados.

#### 4.8.1. *Análise lexical das entrevistas*

A análise de conteúdo das entrevistas foi operacionalizada através do Iramuteq® (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), um software que opera como interface para a linguagem R, possibilitando a análise estatística textual e lexical de grandes volumes de dados qualitativos. A ferramenta viabilizou a aplicação de métodos como a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e a Análise Fatorial de Correspondência (AFC), permitindo uma abordagem integrada, quantitativa e qualitativa, na exploração de dados textuais (Garcia, 2024; Lima e Rodrigues, 2025).

Inicialmente, procedeu-se à organização e formatação do corpus textual, composto por entrevistas realizadas com usuários dos serviços e profissionais de saúde. O material analisado foi

estruturado exclusivamente nas respostas dos participantes, sem excluir trechos de respostas, suprimindo-se as perguntas realizadas pelo pesquisador. Essa decisão metodológica teve como objetivo garantir que a análise incidisse sobre os discursos dos entrevistados, assegurando maior autenticidade às informações coletadas (Garcia, 2024).

A análise estatística lexical constituiu a etapa inicial do processamento do corpus, contemplando os seguintes indicadores:

- a. Contagem do número total de palavras no corpus;
- b. Cálculo da média de palavras por texto;
- c. Identificação da quantidade e porcentagem de hapax (termos que ocorrem apenas uma vez), considerados relevantes para avaliar a diversidade lexical e a complexidade do discurso (Lima e Rodrigues, 2025; Souza e Garcia, 2024).

A estatística lexical permitiu avaliar a riqueza do vocabulário e a estrutura dos discursos, constituindo-se como etapa fundamental para a análise textual quantitativa realizada com o Iramuteq® (Oliveira Júnior e Kian, 2024).

Em seguida, aplicou-se a CHD, segundo o método de Reinert, que segmentou o corpus em classes lexicais. Essa segmentação possibilitou a identificação de agrupamentos de palavras que compartilham significados e contextos específicos, permitindo uma leitura aprofundada dos conteúdos e dos padrões discursivos (Ogliari e Ens et al., 2024).

Para a definição das classes, priorizou-se a seleção das categorias gramaticais verbos, substantivos e adjetivos, com a finalidade de explorar a estrutura argumentativa e as principais temáticas emergentes do discurso analisado (Silva et al., 2025). A aplicação da CHD no Iramuteq® demonstrou-se eficaz na categorização de grandes volumes de texto, contribuindo para a identificação de padrões temáticos (Garcia, 2024; Luiz et al., 2024).

Observou-se que a diversidade dos contextos estudados resultou em classes temáticas que variaram entre os ambulatórios LGBT analisados. Considerando que os ambulatórios estudados apresentam contextos distintos, ainda que tenham sido avaliados com os mesmos critérios, era

esperado que as classes geradas refletissem as especificidades linguísticas e temáticas de cada ambiente. A diversidade do serviço leva a premissa de que a estrutura lexical emergiu das particularidades do discurso local, influenciado por temas como acesso e à qualidade do atendimento, relações familiares, recursos materiais, infraestrutura, discursos sobre identidade de gênero e harmonização.

Para interpretar essas variações de classes analíticas, adotou-se o referencial metodológico dos estudos de casos múltiplos conforme proposto por Yin (2009). Essa abordagem permitiu a comparação entre diferentes ambulatorios LBGT de análise e reconheceu que cada caso constitui um sistema particular, com dinâmicas próprias que afetaram a manifestação dos dados empíricos. Segundo Yin, o desenho de estudos de casos múltiplos é adequado para investigações em que se busca compreender um fenômeno em profundidade, respeitando as especificidades dos contextos em que ele se insere. Dessa forma, os resultados divergentes entre os casos não comprometem a coerência metodológica, mas, ao contrário, reforçam a validade analítica da pesquisa ao evidenciar a heterogeneidade dos discursos nos diferentes serviços analisados.

A AFC foi empregada para representar visualmente as relações entre as classes lexicais identificadas, distribuindo-as em eixos fatoriais. Essa técnica permitiu mapear a proximidade e a oposição entre os diferentes grupos de palavras, facilitando a compreensão das conexões e padrões presentes nos discursos analisados. Os gráficos gerados possibilitaram a visualização da organização temática, evidenciando como determinados conjuntos lexicais se agrupam e se relacionam no espaço fatorial, contribuindo para uma interpretação aprofundada das relações entre os discursos emergentes.

Além disso, sua aplicação no software Iramuteq® tem se consolidado como um recurso valioso para estudos qualitativos, pois estrutura de maneira objetiva os vínculos entre os termos e temas identificados no corpus analisado (Souza e Garcia, 2024; Silva et al., 2025).

#### 4.9. Aspectos éticos

A produção de informações empíricas iniciaram após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Pernambucana de Saúde - AECISA em atendimento à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regula as diretrizes e normas que tratam de pesquisa com seres humanos, respeitando-se o sigilo e a privacidade das informações

obtidas durante a pesquisa, e das instituições participantes pela disponibilidade de carta de anuência (Número do parecer: 6.917.361; CAAE: 79953024.2.0000.5569).

Os entrevistados foram informados sobre o objetivo da pesquisa pelo TCLE. Durante as entrevistas foi assegurado que as informações sobre a pesquisa fossem explicadas aos envolvidos, tais como os procedimentos a serem utilizados, o direito à garantia do anonimato em relação à identidade do participante, o respeito ao sigilo das informações obtidas através dos diálogos, o respeito integral à dignidade, autonomia dos participantes e a liberdade para não participação ou desistência da pesquisa a qualquer momento, se assim desejar. Além disso, os entrevistados foram informados acerca da utilização das informações em artigos e eventos científicos, garantido o anonimato.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1. Marcos normativos e protocolos institucionais para implantação e funcionamento dos ambulatórios de saúde LGBT

#### 5.1.1. *Entre o papel e a prática: a execução da política nacional de saúde LGBT no contexto do SUS*

A Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 instituiu a Política Nacional de Saúde Integral de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transsexuais, representando um marco na luta pelos direitos sociais e de saúde dessa comunidade. A Política visa garantir o acesso integral e sem discriminação desse público nos serviços de saúde, fortalecendo a humanização da assistência e ampliação do acesso e tem como objetivo promover a saúde integral, eliminando a discriminação e preconceito institucional, além de contribuir para a redução das desigualdades e consolidar o SUS como sistema universal, integral e equitativo (Brasil, 2011).

O estabelecimento de uma Política de saúde, que visa justamente reduzir as desigualdades e vulnerabilidades da população LGBT, é um passo de grande importância na luta pela garantia de direitos sociais dessa comunidade, mesmo diante de muitos empecilhos que dificultam as ações e práticas que abarquem um cuidado integral à saúde. Há diversos agentes sociais que fortalecem as barreiras institucionais da comunidade LGBT no SUS, dificultando o acesso, a integralidade do

cuidado e o reforço a não execução integral da Política, bem como a pulverização da oferta de serviços em todo o território nacional (Murasaki e Galheigo, 2024)..

No plano operativo da instituição da Política, encontram-se quatro eixos estratégicos: acesso da população LGBT à atenção integral à saúde; ações de promoção e vigilância em saúde; educação permanente e educação popular em saúde; monitoramento e avaliação das ações de saúde. Um fator importante a ser considerado se refere aos recursos financeiros aplicados para o estabelecimento dessa política, já que os investimentos em saúde também possuem relação direta com a qualidade da assistência ofertada às populações LGBT e a compreensão dos gestores e profissionais da saúde sobre a diversidade sexual e de gênero (Ferreira; Nascimento, 2022).

Alguns dos objetivos específicos são ampliar o acesso da população LBGT aos serviços de saúde, garantindo o respeito e resolução de suas necessidades; instituir mecanismos de gestão, visando atingir maior equidade no SUS, incluindo as especificidades de raça, cor, etnia, território e outras congêneres; qualificar a rede de serviços do SUS para atenção e cuidado integral à comunidade LGBT; atuar na garantia do uso do nome social de travestis e transexuais, fortalecer a participação de representações da população LGBT nos Conselhos e Conferências de Saúde e atuar na redução de problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio (Brasil, 2011).

As diretrizes constantes na política orientam o processo de estruturação da mesma enquanto estratégia de cuidado à população LGBT e contribuem para a promoção da cidadania e da inclusão por meio da articulação com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho e segurança. A luta pela eliminação do estigma e da discriminação decorrentes das homofobias e transfobias (consideradas na determinação social de sofrimento e de doença) e a produção de conhecimentos científicos e tecnológicos e fortalecimento da representação do movimento social organizado, são exemplos de como essas diretrizes convergem na busca de uma atendimento integral e resolutivo (Brasil, 2011).

Apesar dos avanços, na prática as necessidades de saúde da população LGBT ainda são desconhecidas por grande parte dos profissionais de saúde, prejudicando a relação terapêutica e contribuindo para a banalização das vulnerabilidades no processo de cuidado dessa comunidade. Para que tenham suas necessidades de saúde abarcadas pela política, é necessário compreender a comunidade LGBT em toda sua complexidade, respeitando a autonomia e diversidade de cada

segmento populacional que compõe essa sigla, ressaltando, pois, o pluralismo e a delimitação das especificidades no âmbito do sistema único de saúde (Melo et al., 2020).

As responsabilidades e atribuições relacionadas à política são subdivididas entre as três esferas do governo, com atividades de cunho compartilhado ou exclusivo, realizadas por parte do Ministério da Saúde e das Secretarias estaduais e municipais de saúde. As atribuições consideram sobretudo as especificidades e vulnerabilidades de saúde da comunidade LGBT+ e de que forma essas ações e serviços serão distribuídas territorialmente, priorizando o combate a LGBTfobia e demais formas de preconceito e discriminação institucional (Brasil, 2011).

A discussão dessa problemática tem como objetivo atuar na identificação dos determinantes que reforçam a manutenção desse cenário, compreendendo que a raiz do preconceito não é apenas social, mas também institucional. Estratégias como a criação de ouvidorias nas Secretarias municipais, investimento em educação permanente e identificação das necessidades sociais e de saúde da população LGBT podem ser utilizadas como mecanismos de enfrentamento a todas as formas de preconceito e discriminação no âmbito do SUS (Oliveira et al., 2023).

#### *5.1.2. Entre o protocolo e a realidade: barreiras na execução do cuidado integral para pessoas trans e travestis no SUS*

A comunidade trans e travesti tem conquistado reconhecimento e destaque social, resultado de sua afirmação política e formação como indivíduo social. A Constituição Federal de 1988 e o papel do movimento LGBT têm permitido o aprofundamento de discussões sociais acerca de suas condições de vida e a sugestão de políticas públicas focadas em sua cidadania.

Paralelamente ao avanço das políticas públicas, observou-se um crescente debate social sobre a inclusão da diversidade sexual e de gênero em diferentes esferas da vida cotidiana. Instituições de ensino, empresas e espaços culturais passaram a discutir e incorporar pautas de diversidade. Além disso, a presença de vozes LGBT nas mídias tradicionais e digitais atingiu dimensões inéditas, promovendo representatividade e mobilização social. (Braga, 2019)..

Entretanto, há uma notável escassez de dados oficiais sobre a população trans no Brasil, resultado da histórica exclusão da comunidade LGBT dos censos demográficos nacionais. A falta de um mapeamento sociodemográfico da população brasileira em relação à identidade de gênero e orientação sexual dificulta o desenvolvimento de ações direcionadas aos territórios. É necessário obter dados precisos para planejar e implementar políticas de saúde adequadas Apesar dessa lacuna

estatística, estimativas da Associação Nacional de Travestis e Transexuais indicam que pessoas trans correspondem a aproximadamente 2% da população brasileira. Em termos absolutos, essa estimativa representa um contingente expressivo de indivíduos que demandam atenção específica e efetiva por meio de políticas públicas e serviços de saúde adequados às suas particularidades (Benevides, 2018).

A instituição do Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 1.707 de 2008, representou um avanço significativo na garantia de direitos da população trans no Brasil. Essa política pública estabeleceu um fluxo de cuidado que contempla desde o acolhimento até a oferta de procedimentos especializados, como a hormonioterapia e as cirurgias de afirmação de gênero, buscando promover a integralidade da atenção à saúde dessa população. Ao reconhecer a identidade de gênero como um determinante social da saúde, o Estado brasileiro passou a assumir a responsabilidade de oferecer cuidados específicos e humanizados, embora ainda persistam inúmeros desafios relacionados ao acesso, à capacitação profissional e à distribuição desigual dos serviços em nível nacional.

A portaria n.º 2.803/2013 redefiniu esse processo, normatizando diretrizes de acolhimento, equipe multiprofissional, fluxos entre atenção básica e especializada, habilitação de serviços e financiamento via Fundo de Ações Estratégicas e Compensação. Embora proponha atenção integral e humanizada, sua efetivação enfrenta desafios práticos. O processo de transexualização no SUS está disponível em alguns estados, especialmente nas capitais, sendo realizado por hospitais autorizados pelo Ministério da Saúde. Em Pernambuco, por exemplo, os serviços de transexualização são oferecidos no Hospital das Clínicas e no Hospital Oswaldo Cruz, ambos localizados no Recife. Apesar dos avanços proporcionados pela institucionalização das necessidades de saúde da população trans, o acesso a esses serviços ainda está vinculado ao diagnóstico (Gonçalves et al., 2022)

No caso específico de Pernambuco, a limitação de recursos destinados ao Processo Transexualizador compromete sua implementação plena, com impacto direto sobre o tempo de espera para hormonioterapia, acompanhamento psicológico e procedimentos cirúrgicos. O relatório do Ministério da Saúde evidencia que, mesmo nos estados que possuem serviços habilitados, como Pernambuco, os repasses financeiros são insuficientes e pouco transparentes, gerando descontinuidade nos serviços. Como argumenta Santos e Melo (2021), o subfinanciamento da saúde trans está diretamente relacionado à marginalização dessa população nas políticas públicas, sendo necessário um esforço político e técnico para reverter esse cenário (Monteiro, 2019).

Outro aspecto que permeia a programação financeira é a necessidade de deslocamento em direção às localidades onde há disponibilidade dos serviços. A concentração geográfica dos serviços

em capitais e na região sul e sudeste apresenta-se como um relevante promotor de desigualdade no acesso. Rocon *et al*, 2019) relata que aqueles que residem em áreas remotas podem não ter acesso facilitado a tais especialistas e podem necessitar encontrar outras alternativas para realizar sua transição. No que tange a essas “outras alternativas”, podemos mencionar a automedicação com hormônios e as injeções de silicone industrial, que constituem causas significativas de adoecimento e morte entre pessoas trans.

A ênfase excessiva no diagnóstico medicamentoso desvia a atenção da abordagem integral à saúde, limitando o cuidado a protocolos rígidos que desconsideram as particularidades subjetivas, sociais e culturais da população trans. A ideia de integralidade, prevista como um dos princípios do SUS, exige um cuidado que transcenda a dimensão biológica, abrangendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em todas as áreas da vida. No entanto, Boldrin, Coelho e Alves (2025), evidenciam que nos ambulatórios especializados ainda é comum que o atendimento seja restrito à hormonioterapia, sem conexão com redes de apoio psicossocial, educação, trabalho ou direitos civis.

Ainda, a Portaria nº 2.803/2013 destaca a importância do trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional no atendimento às pessoas trans e travestis. No entanto, é fundamental garantir que essa equipe seja capacitada e sensibilizada para lidar com as especificidades e demandas dessa população, evitando práticas discriminatórias e estigmatizantes.

A ausência de integralidade também se manifesta na escassa formação de profissionais de saúde para lidar com as questões de gênero e diversidade sexual. Muitos profissionais relatam insegurança ou reproduzem preconceitos durante o atendimento, o que afasta a população trans dos serviços de saúde e reforça a desconfiança institucional. Segundo (Gonçalves *et al* 2022), a formação acadêmica ainda carece de conteúdos que abordem a saúde LGBT de forma crítica e comprometida com os direitos humanos, o que compromete a implementação efetiva da política de saúde integral para essa população.

Embora a Portaria nº 2.803/2013 institua parâmetros formais para o reconhecimento da identidade de gênero de travestis e transexuais no SUS, permanece evidente a necessidade de avançar para além do mero reconhecimento documental, garantindo a inclusão efetiva em todas as esferas sociais. O uso do nome social e o respeito à autodeclaração de gênero (conquistas essenciais) não se traduzem, por si só, em acesso pleno a serviços de saúde, uma vez que persistem barreiras institucionais, estigmas e práticas discriminatórias que limitam a universalidade e integralidade do cuidado. (Mattos; Zambenedetti, 2021).

De acordo com Flores (2024), o processo transexualizador é um componente crucial no processo de aceitação pessoal, autoconhecimento e sentimento de pertencimento para pessoas transgênero. Além disso, a presença de uma rede de suporte e acolhimento ao longo do tratamento é fundamental, uma vez que fatores diversos impactam a qualidade de vida dessas pessoas, afetando sua saúde emocional e dificultando sua inserção social.

Apesar dos avanços legais, a efetivação do Processo Transexualizador em Pernambuco esbarra em subfinanciamento, medicalização reducionista, insuficiência formativa e concentração geográfica dos serviços. Superar essas barreiras demanda financiamento contínuo e transparente, descentralização, formação crítica de profissionais e articulação intersetorial, garantindo integralidade, equidade e cidadania para as pessoas trans e travestis.

### *5.1.3. Entre a interiorização e a qualidade do cuidado: uma análise do acesso e da descentralização da saúde LGBT em Pernambuco*

A Portaria SES nº 060, de 10 de março de 2015, oficializa a Política Estadual de Saúde Integral para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) no estado de Pernambuco. Ela está alinhada com a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Essa política reconhece que a orientação sexual e a identidade de gênero têm impacto direto nos fatores sociais que influenciam a saúde das pessoas. Além disso, ela destaca que a população LGBT enfrenta obstáculos estruturais, preconceitos e discriminações que prejudicam seu acesso aos serviços de saúde e a qualidade do atendimento recebido.

Baseada nos princípios do SUS universalidade, equidade e integralidade, essa política propõe ações que envolvem diferentes setores, visando promover a cidadania, humanizar o cuidado, valorizar o nome social, garantir o acesso ao processo transexualizador e incluir a diversidade sexual e de gênero nos serviços de saúde.

A Política Estadual de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PESILGBT), instituída pela Portaria SES nº 060/2015, representa um marco no compromisso de Pernambuco com a equidade no SUS. Contudo, estudos apontam desafios significativos em sua implementação. Uma avaliação dos instrumentos de gestão da Secretaria Estadual de Saúde revelou que, embora haja avanços na atenção à saúde de travestis e transexuais, mulheres lésbicas e bissexuais permanecem sub representadas nas ações planejadas e executadas.

Segundo Mendes *et al* (2023) há uma inadequação da formação dos profissionais de saúde em questões pertinentes à diversidade sexual e de gênero. A limitada abordagem de questões relacionadas à identidade de gênero e sexualidade na formação acadêmica desempenha um papel significativo na perpetuação de preconceitos e discriminações nos serviços de saúde. Essa lacuna no conhecimento não apenas impacta a formação dos profissionais, mas também resulta na exclusão da população LGBT do acesso a um atendimento integral e humanizado. Esses obstáculos ressaltam a urgência de iniciativas que promovam a capacitação profissional de forma constante, melhorem os sistemas de informação e assegurem a aplicação eficaz da PESILGBT em Pernambuco.

Essas dificuldades destacam a urgência de intervenções constantes para reforçar a formação profissional, melhorar os sistemas de dados e assegurar a real execução da PESILGBT em Pernambuco. A adição de métricas específicas nos sistemas de dados e o aumento da capacitação profissional são medidas fundamentais para garantir que a política atinja suas metas de justiça e totalidade no atendimento à comunidade LGBT.

Nessa perspectiva, a PESILGBT demonstra avanços significativos em sua consolidação. Um dos principais destaques é a ampliação da rede de ambulatórios especializados, implantados em municípios estratégicos como Recife, Camaragibe, Jaboatão dos Guararapes, Serra Talhada e Afogados da Ingazeira, favorecendo a interiorização do cuidado e o acesso descentralizado à saúde da população LGBT. Essas unidades vêm se configurando como espaços de acolhimento qualificado e de escuta sensível, promovendo um cuidado mais próximo das especificidades e das demandas de travestis, mulheres e homens transexuais, além de outras identidades da diversidade sexual e de gênero.

Outro avanço expressivo foi a produção e disseminação de documentos técnicos que orientam a prática dos serviços, como a norma sobre hormonização para mulheres transexuais e travestis, e a inclusão dos procedimentos do processo transsexualizador no Programa Opera Mais Pernambuco. Tais medidas contribuem para consolidar o cuidado especializado no SUS, oferecendo respaldo técnico e jurídico às equipes, além de garantir direitos fundamentais à população trans. Soma-se a isso o fortalecimento da educação permanente em saúde, com destaque para o uso da Telessaúde como ferramenta de formação continuada, que tem viabilizado a ampliação do conhecimento sobre saúde LGBT entre os profissionais da rede estadual.

Além da qualificação da atenção, a política também avançou na produção e sistematização de informações relevantes. A inclusão dos campos de orientação sexual e identidade de gênero nas notificações de violência e de COVID-19 representa um passo fundamental para a visibilidade estatística dessa população, até então invisibilizada nos sistemas oficiais. Esses dados são essenciais para a formulação de ações específicas e mais eficazes. Por fim, a articulação da CESLGBT com movimentos sociais, universidades e demais esferas da gestão pública reforça o caráter intersetorial e participativo da política, evidenciando o compromisso do estado com a promoção da cidadania, da equidade e da justiça social para a população LGBT pernambucana.

#### *5.1.4. Caminhos e lacunas: um olhar sobre a instrumentalização da política de saúde LGBT no município de Afogados da Ingazeira*

A Ficha de Triagem do Ambulatório da Estratégia de Saúde da Família (ESF) “Amiga da Diversidade”, localizada no município de Afogados da Ingazeira (PE), constitui um instrumento estruturado voltado à coleta sistemática de dados e à avaliação das necessidades em saúde da população LGBT. O documento contempla informações pessoais essenciais à identificação e ao acolhimento dos usuários, como nome social, número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), data de nascimento e endereço.

No que se refere à avaliação clínica inicial, a ficha contempla a aferição de sinais vitais, incluindo pressão arterial, glicemia capilar, peso e altura, além da verificação do estado vacinal mediante conferência do cartão de vacinação. A triagem realizada pela equipe de enfermagem destaca-se pela inclusão de questões sobre exposição sexual recente, bem como pela realização de testagens rápidas para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como HIV, sífilis e hepatites B e C. Outro componente relevante da ficha refere-se à seção voltada à autoidentificação de gênero e sexualidade, na qual os usuários podem se autodeclarar em relação à identidade de gênero (cisgênero, transgênero, fluido), expressão de gênero (feminina, andrógina, masculina), sexo biológico (feminino, masculino, intersexo) e orientação afetivo-sexual (heterossexual, homossexual/sáfico, bissexual).

No âmbito das políticas públicas locais, destaca-se a inclusão, no Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022–2025, da proposta de realização de um censo municipal voltado à população LGBT, previsto para o ano de 2023, cujo indicador estabelecido é “censo realizado”. Tal iniciativa visa subsidiar a formulação de ações mais equitativas e baseadas em evidências.

A análise comparativa entre fichas de acolhimento adotadas em diferentes serviços de saúde evidencia lacunas significativas. Especificamente no caso do ambulatório de Afogados da Ingazeira, observa-se a ausência de orientações explícitas, dirigidas a profissionais de saúde e usuários, sobre a periodicidade recomendada para a realização de testagens rápidas para ISTs. Essa lacuna pode comprometer a efetividade das ações de prevenção e cuidado, uma vez que a ausência de retestagem periódicas pode resultar em falso-negativos e atrasos no diagnóstico, aumentando o risco de transmissão dessas infecções conforme aponta Bichara (2023).

Adicionalmente, constata-se que o PMS municipal carece de diretrizes normativas claras voltadas à promoção do cuidado integral à população LGBT nos serviços de saúde. Essa omissão pode contribuir para a baixa adesão ao cuidado contínuo, bem como para o aprofundamento das desigualdades em saúde como refletem Barros (1991) e Souza (2014). A literatura destaca, como fatores explicativos para essas falhas, a insuficiência de recursos financeiros e a ausência de programas estruturados de educação permanente para as equipes de saúde, aspectos que favorecem uma abordagem fragmentada e desarticulada do cuidado (Miccas, 2014).

#### *5.1.5. A integralidade em foco: o processo transexualizador do Hospital das Clínicas da UFPE e a sistematização do acolhimento em saúde trans e travesti*

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE) destaca-se como uma das instituições pioneiras no acolhimento da população LGBT, oferecendo atendimento baseado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial a integralidade e a universalidade do cuidado. Desde 2014, a instituição passou a integrar oficialmente a rede de serviços de saúde habilitados a realizar procedimentos transexualizadores no âmbito do SUS, conforme Portaria nº 1.055, de 13 de outubro de 2014, do Ministério da Saúde. Sua atuação compreende tanto a esfera ambulatorial quanto cirúrgica, configurando-se como referência para as regiões Norte e Nordeste do país.

Em articulação com outras áreas assistenciais do hospital, o ambulatório especializado oferta procedimentos voltados à adequação corporal de pessoas trans, tais como hormonização, cirurgia de transgenitalização (do sexo masculino para o feminino), colocação de próteses mamárias, mamoplastia masculinizadora, histerectomia (com possibilidade de remoção concomitante das tubas uterinas e ovários) e tireoplastias. Tais procedimentos visam promover maior congruência entre o corpo e a identidade de gênero dos usuários, aspecto frequentemente associado ao bem-estar subjetivo e à redução de sofrimento psíquico. Cabe destacar que a não disponibilização desses serviços por vias legais e públicas contribui para a intensificação das vulnerabilidades sociais e

sanitárias enfrentadas por essa população.

O ambulatório dispõe de instrumentos sistematizados para acolhimento, incluindo a ficha de atendimento psicológico, que coleta dados pessoais, histórico de vida (pessoal, familiar, escolar e laboral), motivos da busca pelo serviço, expectativas em relação ao tratamento, disponibilidade para participação em grupos terapêuticos e avaliação do estado psíquico, subsidiando encaminhamentos pertinentes. Complementarmente, realiza-se uma entrevista social estruturada, na qual são abordadas informações adicionais como religião, estado civil, duração de relacionamentos afetivos, desejo de filiação e métodos pretendidos, bem como condições de moradia, acesso a saneamento básico, inserção em programas assistenciais, situação de saúde e histórico de uso de substâncias psicoativas.

A entrevista social contempla ainda informações relativas à retificação de registro civil, histórico de violações de direitos, engajamento político e outros elementos contextuais relevantes. Os dados são registrados e analisados pela equipe de serviço social, com espaço para observações e encaminhamentos específicos.

Essas abordagens, que consideram múltiplos fatores além da queixa principal, reflete as diretrizes da clínica ampliada, buscando compreender a pessoa em sua integralidade e contexto social.

Adicionalmente, são utilizados Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para os diversos procedimentos cirúrgicos ofertados. Para a realização da neocolpovulvoplastia, por exemplo, o termo fornece orientações detalhadas sobre o procedimento, riscos, fases do pós-operatório e a obrigatoriedade do diagnóstico clínico prévio de transexualidade (CID-10 F64.0), além das diretrizes legais que regulamentam o acesso ao procedimento, como a Portaria nº 2.803/2013 do Ministério da Saúde.

Outros documentos incluem o Termo de Consentimento para Mamoplastia Masculinizadora (adenomastectomia bilateral), o qual especifica a necessidade de continuidade do uso de hormônios, os riscos cirúrgicos envolvidos e a importância do acompanhamento multidisciplinar no pós-operatório. Similarmente, o Termo de Consentimento para Histerectomia destina-se à formalização da autorização para a remoção do útero e anexos em homens transexuais, respeitando o direito do paciente de revogação do consentimento a qualquer momento anterior ao procedimento.

A análise documental do Espaço Trans do HC-UFPE evidenciou a ausência de uma ficha física específica para solicitação de exames laboratoriais, o que sugere a adoção de registros em sistemas eletrônicos. No entanto, a escassez de orientações explícitas sobre a periodicidade

recomendada para realização de exames laboratoriais, em especial aqueles voltados à detecção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), pode comprometer a efetividade do cuidado, conforme alertam Cabral e Muñoz (2021).

Cabe ressaltar que os serviços de transexualização no âmbito do SUS encontram-se concentrados em determinadas regiões do país, especialmente nas capitais, sendo restritos aos hospitais previamente autorizados pelo Ministério da Saúde, a exemplo do HC-UFPE e do Hospital Oswaldo Cruz, ambos em Recife. Apesar dos avanços promovidos pela institucionalização da atenção à saúde de pessoas trans, o acesso permanece condicionado à obtenção de um diagnóstico clínico, aspecto ainda problemático do ponto de vista dos direitos humanos e da autonomia dos sujeitos (Gonçalves et al., 2022).

Por fim, o processo transexualizador, segundo desempenha papel central na construção da identidade e no fortalecimento do sentimento de pertencimento e autoaceitação por parte de pessoas transgêneras. A presença de uma rede de apoio técnico e emocional durante esse processo é fundamental, tendo em vista os múltiplos fatores que impactam diretamente a qualidade de vida e a saúde mental dessa população.

#### *5.1.6. Da burocracia à humanização: a implementação da política estadual de saúde LGBT e o cuidado multiprofissional no ambulatório LGBT Patrícia Gomes*

O Ambulatório LGBT Patrícia Gomes da Policlínica Lessa de Andrade como integrante da Rede de Atenção à Saúde do Recife conta com equipe multiprofissional, composta por profissionais de serviço social, psicologia, enfermagem, medicina, além de gerência e administrativo. Com a habilitação aprovada por resolução Comissão Intergestores Bipartite de Pernambuco (CIB-PE) nº 6324, de 16 de novembro de 2023, publicada no Diário Oficial do Estado de Pernambuco, passou a ser um serviço habilitado pelo Ministério da Saúde, recebendo recursos financeiros específicos para o atendimento à população LGBT+ no âmbito do processo transexualizador. Além disso, o ambulatório atendeu às metas estabelecidas do plano municipal de saúde do Recife 2021-2025 que apontou a necessidade do ambulatório dispor a devida equipe multiprofissional mencionada na resolução CIB-PE.

O ambulatório dispõe do sistema LOCUS (Sistema Localizador de Prontuário) organizado para gerenciamento de prontuários de pacientes, com opções de busca por diferentes critérios e

informações sobre o usuário logado. Além disso, o serviço de saúde apresenta dispositivos como tecnologias de acolhimento, registro de laudos laboratoriais e utilização de hormônios.

O formulário de acolhimento do ambulatório apresentou os aspectos socioeconômicos, culturais e de saúde geral, para além da demanda específica relacionada à sua identidade de gênero e/ou orientação sexual. O documento apresenta a coleta de informações detalhadas sobre origem da demanda, nome social, identidade de gênero, orientação afetivo/sexual, dados socioeconômicos, religião, escolaridade, ocupação, histórico de saúde, hábitos de vida e uso de substâncias psicoativas, permite a construção de uma tecnologia de acolhimento que respeita a individualidade e as necessidades específicas de cada usuário. A ênfase na identificação pelo nome social e a possibilidade de confecção de novo cartão SUS com este nome demonstram o compromisso com o respeito à identidade de gênero e o combate à discriminação.

A ficha de testes rápidos do ambulatório demonstrou atenção ao diagnóstico precoce e o acompanhamento adequado das ISTs, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde. A estrutura do laudo inclui campos para identificação do paciente (nome, nome da mãe, sexo e data de nascimento), número de registro, local de realização do teste e data da coleta. O laudo prevê a realização de dois testes rápidos diferentes para HIV, com espaço para registrar o nome do teste utilizado e o resultado de cada um. A interpretação do resultado final e as orientações em caso de resultado não reagente, incluindo a necessidade de novo teste após 30 dias e a importância da realização do exame de carga viral para confirmação diagnóstica, estão claramente descritas.

Para sífilis, o laudo especifica o teste rápido e teste treponêmico utilizado e o resultado obtido. Assim como no HIV, há orientações para a realização de novo teste após 30 dias em caso de suspeita clínica, mesmo com resultado não reagente. Para as hepatites B e C, o laudo registra o teste rápido utilizado e o resultado. Em caso de resultado não reagente, há orientações específicas para cada hepatite, considerando a janela imunológica e a necessidade de verificar o esquema vacinal para Hepatite B. A recomendação de retorno após 60 dias para Hepatite B e 90 dias para Hepatite C, em casos não reagentes, visa garantir a segurança diagnóstica. A inclusão das observações sobre a situação clínica e epidemiológica do paciente em todos os testes reforça a importância da avaliação individualizada e da interpretação dos resultados em conjunto com outros dados.

O processo de hormonização, quando pertinente, é conduzido com rigor e segurança, conforme demonstrado pela ficha de solicitação de exames para terapia hormonal. A solicitação de

exames laboratoriais específicos para o acompanhamento da terapia hormonal, tanto feminilizante quanto masculinizante, demonstrou a preocupação com a individualização do tratamento e a minimização de riscos. Ambos contendo campos para identificação do paciente (nome social, nome civil, nome da mãe, data de nascimento, sexo e número do Cartão Nacional de Saúde - CNS) e contato telefônico.

No que tange ao uso de hormônios feminilizantes os exames solicitados incluem: Hemograma completo, Glicemia em jejum, TGO (Transaminase Glutâmico-Oxalacética), TGP (Transaminase Glutâmico-Pirúvica), Creatinina, Hb glicada (Hemoglobina glicada), K<sup>+</sup> (Potássio), Colesterol total e frações, Triglicerídeos, Estradiol, Prolactina, Testosterona total e um campo para "Outros" exames, permitindo a individualização da solicitação de acordo com as necessidades de cada paciente. Já para hormônios masculinizantes os exames solicitados são semelhantes aos da terapia feminilizante, com a diferença da exclusão de K<sup>+</sup> (Potássio), embora possam ser incluídos no campo "Outros". A similaridade nos exames reflete a necessidade de monitorar a função hepática, renal, metabólica e hormonal, independentemente do tipo de terapia hormonal.

O Termo de Esclarecimento e Consentimento para Mulheres Trans detalhou os benefícios, riscos, contraindicações e efeitos adversos do uso de estrogênios e antiandrógenos, garantindo que a paciente esteja ciente das implicações do tratamento antes de iniciá-lo. O documento aborda as mudanças esperadas em relação à atividade sexual, fertilidade, características físicas (mamas, distribuição de gordura, pelos, voz), além dos potenciais efeitos colaterais, como alterações cardiovasculares, hepáticas, metabólicas e psicológicas. As recomendações sobre hábitos de vida, exames periódicos, e a importância da adesão ao tratamento são claramente explicitadas. A ênfase na possibilidade de revogar o consentimento a qualquer momento reforça a autonomia da paciente no processo de tomada de decisões sobre sua saúde. A assinatura da paciente e do médico responsável, acompanhada do número do CRM, formaliza o acordo e a responsabilidade compartilhada pelo tratamento.

Ao observar a documentação relacionada ao ambulatório LGBT Patricia Gomes foi identificado Uma linguagem inclusiva, reconhecendo a identidade de gênero e o nome social dos usuários, promovendo um ambiente acolhedor e respeitoso. Essa prática é fundamental para melhorar a experiência do usuário e fortalecer a confiança entre a população LGBT e os profissionais de saúde.

A utilização de uma linguagem apropriada e atualizada nos serviços de saúde é essencial para garantir que as necessidades da população LGBT sejam efetivamente atendidas (Silva, 2014). A

inclusão de capacitações específicas sobre diversidade sexual e de gênero na formação dos profissionais pode contribuir para um atendimento mais sensível e humanizado, evitando o uso de termos inadequados.

## 5.2. Análise do perfil dos participantes do estudo: um retrato interseccional dos usuários e profissionais dos ambulatórios LGBT

A predominância de usuários jovens adultos entre 21 e 30 anos (58,8%) em ambulatórios LGBT reflete tendências observadas em diversos estudos que mostram a maior procura de serviços de saúde afirmativos por essa faixa etária. Essa juventude é marcada por maior fluidez de identidade, mas também por maior exposição à violência, como pontua Magno et al. (2024) em uma análise nacional sobre discriminação de mulheres trans e travestis no Brasil, mostrando associação significativa entre juventude, baixa renda e discriminação em serviços públicos.

A presença de pessoas pardas (47,1%) e brancas (29,4%), com ausência de autodeclarações indígenas e amarelas, reforça o argumento sugerido por Ferro Neto e Siuta (2019) de que existem barreiras raciais estruturais na visibilidade e no acesso à saúde da população transracializada. A ausência de indígenas pode representar um reflexo da invisibilidade interseccional dessas populações em centros urbanos e espaços de cuidado especializados. Além disso, o menor quantitativo de pessoas pretas (11,8%) como argumenta Batista (2020), ratifica a escassez de pessoas pretas em serviços públicos de saúde voltados à população LGBT evidencia as desigualdades raciais persistentes no SUS, que se manifestam não apenas na oferta, mas também na apropriação dos serviços por sujeitos historicamente à margem da sociedade.

No que diz respeito à identidade de gênero, o predomínio de homens trans (35,3%) e mulheres trans (29,4%) no serviço corrobora com os achados de Thomazi et al. (2024), que analisaram o perfil de usuários do Ambulatório Trans de Porto Alegre e identificaram uma maior adesão desses dois grupos à atenção especializada, com barreiras específicas para travestis e pessoas não-binárias.

A alta prevalência de heterossexuais (47,1%) e bissexuais (23,5%) entre os usuários é coerente com estudos como o de Santos e Melo (2022), que demonstram que identidade de gênero e orientação sexual nem sempre coincidem com os estigmas culturais, e que serviços de saúde ainda operam com modelos binários e heteronormativos que dificultam a autorrevelação completa dos usuários.

Quanto à renda, o dado de que 70,6% vivem com até três salários mínimos confirma o cenário de vulnerabilidade econômica que perpassa a população trans e LGBT no Brasil. Isso também aparece de forma contundente no estudo de Magno et al. (2024), que relaciona baixa renda e ausência de vínculos formais de trabalho a maior dificuldade de acesso a hormonioterapia e saúde mental.

A escolaridade mais concentrada em ensino médio completo (35,3%) e ensino superior incompleto/completo (47%) traz nuances interessantes. Embora esses números sugiram certo acesso à educação formal, Ferro Neto e Siuta (2019) destacam que há grande descontinuidade no percurso escolar de pessoas trans, em função da violência nas instituições de ensino, o que também pode explicar a presença significativa de pessoas em formação superior, mas não necessariamente com estabilidade educacional e econômica.

Tabela 2 – Perfil de Usuários(as) de Serviços de Saúde Especializados em População LGBT: Ambulatório LGBT da USF Mandacaru I, Espaço Trans HC/UFPE e Ambulatório LGBT Patricia Gomes da Policlínica Lessa de Andrade.

| <b>Variável</b>             | <b>n</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------|----------|----------|
| <b>Faixa etária</b>         |          |          |
| 21-30 anos                  | 10       | 58,8%    |
| 31+ anos                    | 7        | 41,2%    |
| <b>Raça/Cor</b>             |          |          |
| Parda                       | 8        | 47,1%    |
| Branca                      | 5        | 29,4%    |
| Preta                       | 2        | 11,8%    |
| Indígena                    | 0        | 0,0%     |
| Amarelo                     | 0        | 0,0%     |
| Informação não adequada     | 1        | 5,9%     |
| Não informada               | 1        | 5,9%     |
| <b>Identidade de Gênero</b> |          |          |
| Homem trans                 | 7        | 47,1%    |
| Homem cis                   | 2        | 11,8%    |
| Mulher trans                | 5        | 29,4%    |
| Mulher travesti             | 2        | 11,8%    |
| Não-binário                 | 1        | 5,9%     |
| <b>Orientação Sexual</b>    |          |          |
| Heterossexual               | 8        | 47,1%    |

|                               |   |       |
|-------------------------------|---|-------|
| Bissexual                     | 4 | 23,5% |
| Pansexual                     | 2 | 11,8% |
| Não informada                 | 3 | 17,6% |
| <b>Renda Mensal</b>           |   |       |
| ≤ 1 salário mínimo            | 6 | 35,3% |
| 1-3 salários mínimos          | 6 | 35,3% |
| >3 salários mínimos           | 3 | 17,6% |
| Não informada                 | 2 | 11,8% |
| <b>Escolaridade</b>           |   |       |
| Ensino Médio completo         | 6 | 35,3% |
| Superior incompleto           | 4 | 23,5% |
| Superior completo             | 4 | 23,5% |
| Técnico/Formação profissional | 2 | 11,8% |
| Não informada                 | 1 | 5,9%  |

Fonte: O Autor (2025)

A análise do perfil dos profissionais de saúde do ambulatório LGBT revelou um panorama que reflete avanços e desafios no campo da saúde. A predominância de jovens adultos (52,9%) está em consonância com o que descrevem Santos e Melo (2022), indicando que gerações mais novas estão relativamente mais abertas às discussões sobre diversidade, embora a formação ainda careça de aprofundamento nessa área.

A composição racial, majoritariamente branca (41,2%) e parda (35,3%), com baixa representatividade preta (11,8%) e ausência de indígenas, ecoa o racismo estrutural presente na formação profissional em saúde no Brasil (Teixeira, 2024). A expressiva maioria de mulheres cis (70,6%) reflete um padrão histórico nas profissões de cuidado, corroborando com Crenitte (2022), enquanto a presença de uma profissional travesti, embora minoritária, aponta avanços tímidos na inclusão de pessoas trans nos quadros profissionais, como também afirma Oliveira (2021).

No que tange à orientação sexual, a hegemonia heterossexual (70,6%) demonstra que a cisheteronormatividade ainda estrutura as práticas de cuidado, inclusive em serviços especializados (Schreiber et al., 2025). A escolaridade elevada, com predominância de ensino superior completo (64,7%), reflete a necessidade de formação especializada, mas também evidencia a carência de inclusão de profissionais de trajetórias técnicas e comunitárias, como problematiza Freitas (2023).

Tabela 3 – Perfil de Profissionais de Saúde de Serviços de Saúde Especializados em População LGBT: Ambulatório LGBT da USF Mandacaru I, Espaço Trans HC/UFPE e Ambulatório LGBT Patricia Gomes da Policlínica Lessa de Andrade.

| Variável                      | n  | %     |
|-------------------------------|----|-------|
| <b>Faixa etária</b>           |    |       |
| 21-40 anos                    | 9  | 52,9% |
| 31+ anos                      | 4  | 23,5% |
| Não informada                 | 2  | 11,8% |
| <b>Raça/Cor</b>               |    |       |
| Parda                         | 6  | 35,3% |
| Branca                        | 7  | 41,2% |
| Preta                         | 2  | 11,8% |
| Indígena                      | 0  | 0,0%  |
| Amarelo                       | 0  | 0,0%  |
| <b>Identidade de Gênero</b>   |    |       |
| Mulher cis                    | 12 | 70,6% |
| Homem cis                     | 2  | 11,8% |
| Mulher travesti               | 1  | 5,9%  |
| <b>Orientação Sexual</b>      |    |       |
| Heterossexual                 | 12 | 70,6% |
| Bissexual                     | 1  | 5,9%  |
| Pansexual                     | 1  | 5,9%  |
| Homossexual                   | 1  | 5,9%  |
| <b>Escolaridade</b>           |    |       |
| Superior completo             | 11 | 64,7% |
| Superior incompleto           | 2  | 11,8% |
| Técnico/Formação profissional | 2  | 11,8% |

Fonte: O Autor (2025)

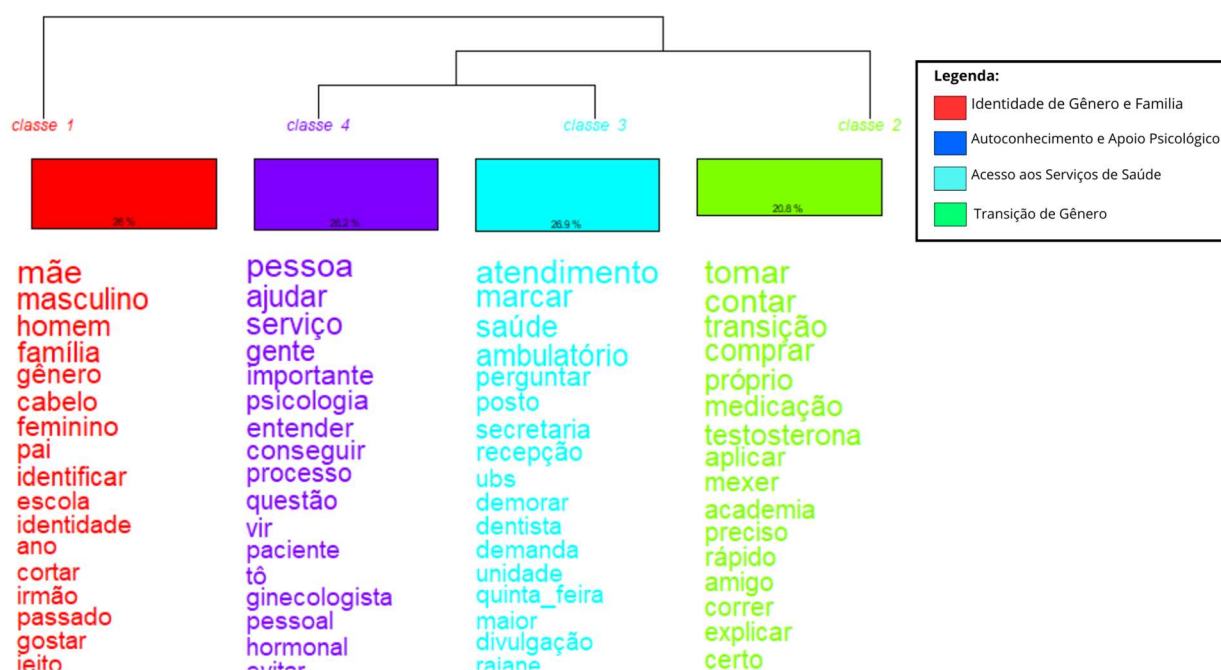
### 5.3. A implementação do cuidado em Saúde LGBT em Afogados da Ingazeira sob a ótica dos usuários: Diálogos sobre Acesso e Clínica Ampliada

O corpus analisado foi composto por 06 textos, totalizando 17.327 palavras com média de 2.887,8 palavras por texto. Dentre essas formas, foram identificados 777 hapax (palavras que apareceram apenas uma vez no texto), correspondendo a 4,48% das ocorrências. A análise do corpus textual permitiu a identificação de quatro classes analíticas principais que refletem os eixos

discursivos mais relevantes nas entrevistas com os usuários do Ambulatório da ESF de Afogados da Ingazeira.

A análise resultou na construção de 04 classes analíticas, a saber: Classe 01, Identidade de gênero e família; Classe 02, Transição de gênero; Classe 03, Acesso aos serviços de saúde; Classe 04, Autoconhecimento e apoio psicológico. Cada eixo acima mencionado enfatiza uma dimensão experienciada pelos usuários, contudo, destaca-se que tais dimensões se tangenciam entre si, construindo uma complexidade de situações que requerem uma análise aprofundada do fenômeno.

Figura 2 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do corpus textual das entrevistas dos usuários do Ambulatório LGBT de Afogados da Ingazeira.



Fonte: O Autor (2025).

### 5.3.1. Identidade de gênero e família

A Classe 1 destacou questões relacionadas à identidade de gênero e às relações familiares, com 26% das repetições. O espaço familiar é a primeira instância onde ocorre a reprodução das “normas” sociais, inclusive no que tange às socialmente definidas para gênero e sexualidade. É ainda neste âmbito que “se configura como espaço no qual as regularidades objetivas da vida cotidiana passam a ser incorporadas [...] ela não está isenta ao funcionamento da heteronormatividade, atuando, ao contrário, como um eficiente dispositivo de reprodução e reiteração da norma” (Perucchi; Brandão; Vieira, 2014).

Ao correlacionar o tema família às discussões de sexualidade e gênero, o primeiro ponto a ser analisado recai sobre a aceitação familiar, Nascimento e Scorsolini-Comin (2018) acrescenta a essa discussão que as normatizações universalizam as individualidades, constituindo um não lugar para as populações dissidentes destas normas. Existe ainda a possibilidade da adequação de alguns núcleos familiares, que incorporam como padrão a continuidade do status família para não se afastar da norma garantindo muitas vezes a ideia da continuidade de família.

Como observado pelos autores acima, a discussão da aceitação familiar de pessoa LGBT é uma pauta recorrente nas dinâmicas de expulsão e violências perpetradas pelo núcleo familiar:

*“[...] Não gostaram. Acho que a maioria não gostou muito. Eu nunca tive muita proximidade com o pessoal de fora, tipo, tios, primos... Mas o pessoal lá de casa mesmo... Minha mãe, meu pai, minha irmã e meus dois irmãos. Minha irmã nega até hoje. Meus dois irmãos só me respeitam. E pra mim tá ótimo. Mais do que isso, seria exigir demais. Porque todo mundo lá em casa é meio... muito recluso, sabe? Então, tratando com respeito, pra mim tá tudo bem. Minha mãe e meu pai... Deu uma tretinha no começo. Eles ficaram muito tristes quando souberam. Mas depois, eles aceitaram. Porque quando eu cheguei pra contar pra eles, eu já tava com 18 anos.” (Usuário AIU5, homem trans).*

Os achados também demonstraram que a aceitação familiar pode surgir em diferentes níveis, desde a aceitação, a não aceitação, mas respeitando a escolha do outro, até o completo desrespeito e rompimento dos vínculos contra essa população:

*“[...] As mulheres, no geral, são muito acolhedoras. Os homens... são mais julgadores. Mas, no geral, hoje eu me sinto muito bem. Minha mãe me trata no masculino, meu irmão de três anos nunca nem cogitou que eu pudesse ter nascido mulher. Minha avó, meus tios, toda a minha família me acolheu muito bem. E isso faz diferença, cara. É incrível ver como algumas pessoas não têm esse apoio em casa, e isso me entristece. Nunca fui expulso de casa por ser quem sou. Já fui expulso por qualquer outra besteira, mas nunca por isso. Minha mãe até apresenta para os amigos dela já dizendo: "Meu filho.” (Usuário AIU3, homem trans).*

*“[...] E lá (em casa) eu já era diferente de todo mundo, só que aí meu pai não percebia muito. Quando ele percebia, ele tentava forçar a barra, "Ah, é só uma fase". Mas minha*

*mãe, ela já sabia que eu era diferente de todas as minhas irmãs, porque eu tinha um instinto mais protetor, de fazer tudo. Tudo que meu pai fazia, eu queria repetir. E, com o tempo, ela, [minha mãe] falou: "Eu acho melhor você ir comigo na psicóloga e na psiquiatra, pra gente trabalhar nisso." Foi quando eu comecei a ir na psicóloga, tanto pelo fato de minha mãe ter me abandonado, quanto pelo fato de eu estar sendo criado por outra pessoa. Meu pai não era presente." (Usuário AIU2, homem trans).*

É importante destacar que o usuário AIU2 traz no seu relato informações de sua construção familiar, a não presença do pai na formação e relata a presença positiva da nova companheira do seu pai, a qual possibilitou a chegada do mesmo no serviço de saúde, como o próprio entrevistado afirma. Nascimento e Scorsolini-Comin (2018), explica que por vezes as pessoas LGBT precisam constituir novos formatos de vínculos familiares que não necessariamente sejam consanguíneos formando novos referenciais familiares como na narrativa acima.

O usuário AIU2 trouxe a questão religiosa em sua fala, segundo Benevides (2025) outra instituição social que dita a organização e coesão social é a igreja, o fundamentalismo religioso tem se edificado como elemento condicionante das estruturas de violências e expulsão de pessoas LGBT, principalmente contra as pessoas travestis e transexuais:

*"Essas violações, muitas vezes originadas no ambiente familiar cooptado pelas narrativas antigênero, também encontram resistência em órgãos de proteção à infância, frequentemente influenciados por ideologias religiosas de cunho salvacionista. Tal influência fomenta não apenas o racismo religioso e de gênero contra pessoas trans, mas também a perseguição a pais que optam por acolher e apoiar seus filhos." (Benevides, 2025)*

*"[...] Minha família é católica, então foi bem complicado. Quando eu nasci, me designaram como gênero feminino. Eu fui criado como menina, uma "princesinha", tipo uma Barbie. Aquele negócio bem heteronormativo, cisgênero, intocável. Enfim, se eu pensasse em sair daquilo, o mundo acabaria, sabe? E eu só vim compreender meu gênero depois que passei por um término de namoro. Nessa relação que eu estava, a gente cumpria os papéis de gênero do jeito que a sociedade manda. E bem perto da gente terminar, eu decidi cortar meu cabelo. O que a gente chama de corte "Joãozinho", entre*

*aspas. Minha mãe ficava o tempo todo falando que, se eu continuasse cortando meu cabelo daquele jeito, se eu mudasse minha forma de me vestir, aquela pessoa não ia mais querer ficar comigo. (Usuário AIU2, homem trans)”*

Outra descoberta da pesquisa que dialoga com Bento (2008) é que a não adequação aos padrões normalizados e a quebra da expectativa familiar geram um atrito e uma fragilização das relações entre seus membros. Os modelos de funcionamento de uma família costumam repetir padrões adotados pela sociedade conforme as narrativas aqui apresentadas. A heteronormatividade é um desses exemplos, e se constitui como um elemento propulsor de comportamento desumanizado, que confere a algumas populações o lugar de seres que não tem valor, e portanto devem ser eliminados por desvio dessa norma.

A violência familiar atravessa de forma diferente as vivências e modelos de se constituir família, acomodando de modo singular e individual cada experiência de existir, como relatou o usuário AIU5:

*“[Meu amigo] se comoveu quando eu contei pra ele sobre essa experiência ruim [com minha família]. E aí ele ficou tipo: "Eu vou mudar isso". Aí, enfim, a gente começou a morar junto. Ele era uma das poucas pessoas com quem eu me sentia confortável. A família dele não respeita ele 100%, mas pelo menos não chamavam ele pelo nome morto. Então eu já me sentia um pouco melhor ali. Eles me tratavam bem também. Então eu comecei a passar mais tempo na casa dele do que na minha. Aí, num fim de semana, ele me chamou pra morar com ele, na casa da mãe dele. A gente já estava procurando uma casa pra alugar e tudo. E aí eu cheguei na casa dos meus pais e disse: "Oi, vim buscar minhas coisas". E assim foi. A reação deles foi melhor do que eu esperava. Não tentaram me impedir nem nada. Acho que porque eu fui com ele, né? Mas se eu estivesse ali sozinho, provavelmente teriam tentado me fazer mudar de ideia, não sei. Aí, depois, alugamos essa casa, saímos da casa da mãe dele e começamos a jornada para procurar um emprego.” (Usuário AIU5, homem trans).*

Há diferenciações de como cada núcleo familiar recebe como positiva ou negativamente a existência LGBT, sendo que a segunda, quase sempre se torna regra nas dinâmicas de vida dessa população.

*“[...] Desde criança, sempre me interessei pelo povo masculino. Mas não vivia um relacionamento por causa da minha família. Eu me descobri homossexual primeiro. E foi a partir de outras mulheres trans que fui entendendo minha identidade de gênero. [...] O processo da homossexualidade não foi tão difícil quanto está sendo o da transexualidade. Como homossexual, o preconceito é metade do que é como trans. O preconceito que você sofre sendo trans é de fora para dentro e de dentro para fora. Infelizmente, ainda hoje, no século XXI, numa cidade pequena, é muito difícil. Cidade pequena, o pessoal é curioso, cobra respeito, mas não respeita seu espaço. Tem gente que só respeita se você se impõe. Quem não se respeita, os outros não respeitam.”* (Usuário AIU6, mulher trans).

A análise das entrevistas da classe 1 dos usuários do Ambulatório de Afogados da Ingazeira, demonstrou que a identidade de gênero e o abandono familiar, são por muitas vezes elementos estruturadores de vulnerabilidades, como a aproximação com a prostituição, uso de álcool e outras drogas, marginalização e o abandono de sua própria existência, instituindo um não lugar na dinâmica existencial singular da população LGBT. Outro achado é que a dinâmica familiar vai se constituindo de tal forma que rompe com o padrão cisheteronormativo ou aceitando as normas definidas pelas instituições sociais. Tais práticas se efetivam por meio de comportamentos socialmente aceitos que promovem a desvinculação dessa população com sua identidade de gênero e orientação sexual, quando não acolhidos por suas famílias.

Validando com os resultados aqui apresentados a partir da análise das narrativas Amorim e Pereira (2021), reforçam que a transfobia é uma modalidade de preconceito e discriminação que tem como base a violência, a negação e o extermínio em virtude da identidade de gênero de pessoas travestis e transsexuais, e com base nisso se constitui as diversas negações de direitos. Jesus, (2012) afirma que identidade de gênero e a orientação sexual, são componentes estruturadores da subjetividade humana, constituindo a definição de formas de existir e se perceber perante a sociedade. A identidade de gênero define a existência humana a compreensão, percepção do ser e da sua singularidade. Quando essa definição não se estabelece respeitando as normativas universalizadas, se institui vulnerabilidades, que se edificam num lugar de adoecimento e exclusão das possibilidades de se manter e existir na sociedade.

### 5.3.2. Transição de gênero

A Classe 2 abordou a transição de gênero e práticas corporais 26,2% dos entrevistados citaram palavras como "testosterona", "medicação" e "aplicar" destacam a importância do uso e desejo de hormônios no processo de transição. A menção a "academia" e "correr" sugere que atividades físicas também desempenham um papel relevante, possivelmente como forma de adequação corporal ou promoção do bem-estar.

Os achados apontam que ao correlacionar o tema, transição de gênero e práticas corporais, trazido nos relatos dos usuários, algumas questões se inter relacionam, constituindo potencialidades na efetivação do projeto terapêutico singular, e ainda da necessidade de adequação do corpo a um projeto individual, que exige um processo com técnica e protocolos específicos, que quando não orientado, pode causar inúmeros danos à saúde. Acesso a hormônios de forma gratuita, a indicação, orientação e acompanhamento de práticas de cuidado que associadas, configuram-se, na aplicação da clínica ampliada como efetivação da garantia na autonomia do sujeito na busca por sua saúde. Os relatos abaixo apresentam aspectos que dialogam com a abordagem da clínica ampliada, assim como o acesso às ações necessárias para transição de gênero:

*“[...] No tempo que eu comecei a tomar a primeira remessa de hormônio, só eu fazia aqui. Mas com o tempo, fui conversando com um e com outro, explicando que o tratamento é certo, é gratuito. Aí começaram a vir. [A enfermeira] verificou e disse: "A gente vai ficar repetindo a cada três meses, devido ao seu uso de hormônio." Aí todo mês eu faço a contagem, faço a coleta de sangue pra ver se está tudo certo. Eu passo pela psicóloga, que me dá o encaminhamento pra mostrar pra ela, pra ver se está tudo bem no psicológico, se não tem nenhuma disforia. Eu converso com ela não só sobre os hormônios, mas também sobre como está a minha semana, como estou me sentindo, pra ver de que forma ela pode ajudar (Usuário AIU2, homem trans).*

*“[...] A cada três meses, quando vou fazer a reposição da testosterona, a médica pede um monte de exames. Se tiver alguma alteração, como colesterol alto, por exemplo, ela já faz um ajuste na medicação e me orienta. Quando comecei a transição, descobri que meu colesterol estava alto e eu nem sabia. Ela me alertou e disse que a testosterona poderia piorar isso. Então, me recomendou mudar minha alimentação e fazer exercícios, foi quando*

*comecei a correr. Depois, vi que estava perdendo gordura e comecei a academia também ela foi fundamental para essa mudança. Antes, eu não fazia nada. Hoje, treino pesado, levanto peso e me sinto muito mais forte. E, isso tudo começou porque ela me deu um ultimato. Ela falou: "Te dou três meses para melhorar. Quando voltar, vamos refazer seus exames e ver o que mudou." Isso me deu um senso de responsabilidade, sabe? Eu pensei: "Esperei a vida toda para iniciar minha transição. Não vou deixar de cuidar do meu corpo agora." E foi isso que me motivou. Hoje, correr me ajuda até na saúde mental. Se estou com a cabeça cheia, saio para correr, e quando vejo, já fiz cinco quilômetros. Isso me ajuda muito (Usuário AIU3, homem trans)*

*"[...] A gente precisa desse cuidado, se prevenir, acompanhar as campanhas de saúde e também tem a questão do acolhimento mesmo. (A médica), por exemplo, já me ajudou muito. Teve vezes que eu estava muito ansioso, achando que era alguma coisa, e ela acolhia, explicava, dizia que era só ansiedade. Então, encontrei isso lá (AIU4, homem cis).*

*"[...] Eu tinha medo (de usar hormônio). Todo mundo falava que era perigoso. Que você começa sem saber a dosagem, sem saber as marcas, e também é caro. A terapia hormonal já foi uma coisa barata. Quando comecei a me hormonizar aqui (no ambulatório LGBT), ainda não tinha hormônio gratuito. Agora, o serviço de hormonização é gratuito aqui, mas antes era pago. A gente tinha que pegar o hormônio privado. Quando comecei a me hormonizar, ainda era pago. Eu comecei e fiquei me hormonizando, mas meu namorado não. Ele já tinha feito a terapia quando morava em São Paulo. Quando voltou pra cá, parou, porque a gente não tinha profissionais qualificados. Se ele fosse num endocrinologista e dissesse "Quero tomar testosterona por isso e isso", muitas vezes o médico não ia querer passar a receita ou ia negar por transfobia. Então, vir pra cá e saber que a gente tem uma médica qualificada, que agora tem um serviço estruturado, que tem pessoas treinadas pra ajudar, facilitou 1000% (Usuário AIU5, homem trans).*

*"[...] Fui encaminhada para o posto de saúde. Cheguei lá, a médica pediu um exame de glicose primeiro. Depois, uma bateria de exames e um laudo psicológico. A médica me receitou os hormônios. Passei a tomar 70 comprimidos, dois por dia, durante um mês. Além disso, ela fala sobre hábitos que a gente deve ter, como fazer academia, manter dieta. Ela sempre explica que não é só o hormônio, porque o hormônio mexe também com o*

*psicológico, além do físico. Ela cuida disso também. Fala das mudanças de humor, explica que faz parte do processo”* (Usuário AIU6, mulher trans).

No caderno de campo, observa-se que, em diversos momentos, a atuação de profissionais de saúde que adotam uma abordagem mais próxima e humanizada impactou significativamente a experiência dos usuários no ambulatório LGBT. Essa atuação ultrapassa o tecnicismo, embora este seja um componente relevante na aplicação da clínica ampliada. No discurso dos participantes AIU3 e AIU4, evidencia-se uma relação de proximidade com a profissional médica, que extrapola os limites do consultório. Ambos enfatizam como essa relação mais pessoal tem ressignificado suas experiências de cuidado com o próprio corpo, revelando transformações subjetivas no modo como percebem e vivenciam a atenção à saúde.

A transição de gênero se apresenta como um processo complexo, que envolve desde questões cirúrgicas, medicamentosas, psicológicas e sobretudo as questões sociais, tendo como objetivo ofertar às pessoas travestis e transexuais, a possibilidade de alinhar seu gênero com o fenótipo correspondente. Constitui-se como um direito garantido por meio de diversas políticas e normativas técnicas. O acesso a tal tecnologia facilita de forma positiva a existência, o pertencimento e a segurança de algumas pessoas travestis e transexuais. Outro aspecto a ser destacado é a presença de profissionais qualificados em espaços de saúde que entreguem um atendimento singular, se configurando, essa entrega, na aplicabilidade da equidade (Sales et al, 2025).

### 5.3.3. *Acesso aos Serviços de Saúde*

A Classe 3, que agregou 26,9% dos termos mais citados pelos usuários, concentrou-se nos desafios do acesso aos serviços de saúde, com destaque para “atendimento”, “marcar” e “ubs”. Esses termos evidenciam as barreiras burocráticas e logísticas enfrentadas pelos usuários para acessar os ambulatórios, como a referência à 'demora' e à limitação do atendimento em Afogados da Ingazeira. Tais achados das entrevistas revelam uma disjunção entre a realidade vivenciada pelos usuários e as diretrizes estabelecidas pela PNSILGBT, que preconiza a universalidade e integralidade do acesso

A que se explicitar que o atendimento oferecido à população LGBT em Afogados da Ingazeira, acontece na Unidade de Saúde Mandacaru I, no turno da tarde nas quintas-feiras. Sendo assim os resultados apresentados permitem inferir que as relações com o acesso e clínica ampliada

apresentam rupturas, vivenciadas de forma negativa na experiência com o ambulatório, exigindo uma adaptação do serviço, do usuário e dos profissionais, para uma melhor entrega de cuidado e acolhimento. Fato que podem ser observados na narrativa abaixo:

*“[...] A diferença é porque quando deveriam mostrar, dar um tratamento igual...Não mostram o mesmo trato que dão ao público hétero. Entendeu? ...”Não basta ser bonita, tem que ser ligeira, meu amor!” Você diz que é esperto, né? Óbvio. Porque lá dentro não basta ser bonita, tem que ser ligeira. Agora, se eu reinventar, eu reinventei. Eu reivindico e reivindico. Já reinventei! Espertinha! Porque a gente vai reinventando, reivindicando bordões. (Usuário AIU6, mulher trans).*

Os registros no caderno de campo, identificou a necessidade de adaptabilidade por parte da usuária no intuito de se inserir ativamente no processo de cuidado em saúde. Em diversas ocasiões, a própria usuária AIU6 recorria a expressões e trocadilhos que exigiam do pesquisador uma retomada do diálogo para garantir a compreensão mútua. Esse mecanismo comunicativo, baseado em códigos próprios, evidencia as barreiras persistentes no acesso pleno à comunicação em saúde. Conforme observado na interlocução com a participante AIU6, a forma como busca ser compreendida — ou se faz compreender — interpela os profissionais a um exercício mais profundo de escuta e reformulação das práticas de acolhimento, sem recorrer à estigmatização ou a ajustes meramente estruturais.

O usuário AIU4 refletiu sobre a necessidade de um fluxo de cuidado que seja capaz de acolher as necessidades da população LGBT. A partir de seu relato, ele destacou que o acesso a profissionais de saúde especializados é uma das principais carências. Embora o acesso ao clínico geral seja mais fácil, a falta de especialistas com experiência ou formação específica para atender a essa população resulta em um cuidado genérico e ineficaz. Ele apontou a inexistência de um sistema que priorize o atendimento de pessoas LGBT, já que a marcação de consultas segue o mesmo fluxo para todos, sem distinção.

Além disso, o usuário ressalta a importância de um espaço físico acolhedor e reservado. Ele descreve como a falta de privacidade durante uma consulta com a psicóloga, com a constante interrupção de outras pessoas, dificulta a abertura para tratar de assuntos mais sensíveis.

*“[...] Eu acho que a principal necessidade é ter mais especialistas. Aqui a gente tem mais acesso ao clínico geral, mas quando precisa de um especialista, não tem uma demanda*

*específica para isso. Fica muito genérico. Você passa pelo clínico, ele encaminha para a secretaria, mas lá não tem uma priorização, não tem uma distinção, tipo “esse é do público LGBT, vamos agilizar o atendimento”. Fica tudo no mesmo fluxo. Ela mesma fez a solicitação, eu levei pra marcação. Na psicóloga, demorou um pouco mais para agendar, porque estava com a agenda cheia, mas consegui atendimento. Eu acho que deveria ter um espaço mais acolhedor, uma sala específica. Ela me atendeu bem, me atendeu numa sala que era para todos os públicos. Mas tinha gente batendo na porta, chamando, e isso interrompe. Às vezes você quer se abrir, falar de algo mais pessoal, mas com a movimentação, você não se sente à vontade. Então, um espaço reservado seria importante. E a demanda por profissionais especializados é fundamental (Usuário AIU4, homem cis)*

Ainda no caderno de campo, percebeu-se que muitas vezes o vínculo se rompe por questões de estrutura do espaço físico, a não adequação a um ambiente seguro e íntimo, expõe o não cumprimento da plenitude do acesso, como trazido pelo usuário AIU4, por algumas vezes a indignação de não ter sua intimidade garantida por parte de alguns profissionais, foi marcante no discurso e apontam a pelo fato algumas rupturas de vinculação no serviço, afastando os usuários do seu direito à saúde.

O usuário AIU1 comparou a facilidade de agendamento na unidade de saúde que frequentava com o ambulatório LGBT de Afogados da Ingazeira. Na unidade anterior, era possível agendar consultas em qualquer dia da semana, o que facilitava o acesso. No entanto, no local atual, por causa da alta demanda, o agendamento foi restrito a apenas um dia. Essa limitação pode dificultar o acesso para muitos, já que a pessoa tem apenas uma janela de tempo para buscar o serviço.

*“[...] Não era como aqui. Lá [na unidade de saúde Sobreira] você podia marcar qualquer dia da semana. Aqui colocaram só um dia porque a demanda é muito maior. Mas lá, você podia marcar qualquer dia, e o atendimento era meio que misturado. Tinham vagas pro ambulatório e vagas pro atendimento geral da unidade, tem uma placa da data, mas não do horário. Porque, por exemplo, lá na (unidade de saúde) Sobreira, o dia de marcar exame é o dia todo. Você pode ir lá à tarde, deixa com a menina e ela marca. Aqui é só pela manhã, porque a pessoa que fica na recepção só está aqui de manhã. E aí isso não está especificado lá na frente (Usuário AIU1, homem trans).*

Para além disso, a possibilidade de acolhimento em somente um dia, assim como a pouca divulgação da existência do serviço podem se configurar como elementos que dificultam o acesso e a adesão ao tratamento. A falta de informação é um problema central, como aponta o usuário AIU5, que relata a ausência de campanhas ou publicações oficiais sobre o ambulatório em canais como o Instagram da prefeitura. Essa invisibilidade faz com que o serviço pareça "escondido", sendo conhecido apenas por uma pequena parcela da população.

*“[...] Porque essa falta de informação é um problema. O prefeito daqui tem uma campanha de sempre fazer inaugurações de órgãos e serviços, mas eu nunca vi sobre o ambulatório em nenhuma dessas inaugurações. Nunca vi a prefeitura postar nada sobre o ambulatório no Instagram, por exemplo. Então, é como se tivessem criado o serviço, mas deixado ele escondido. Só algumas pessoas sabem que existe. O resultado dos exames demora. Porque, como eu disse, muitos de nós chegam aqui com medo, sem informação. Se a gente chega e a recepção não sabe explicar o que está acontecendo, quem vai atender, como funciona, a gente se sente desmotivado. Não se sente incentivado a continuar o tratamento. Então, a gente passa pela recepção e geralmente fica esperando nos bancos ali. Muitas vezes, as enfermeiras conversam com a gente. São elas que fazem a aplicação do hormônio (Usuário AIU5, homem trans).*

Por meio do caderno de campo, foi revelado que o compromisso e a dedicação de gestores públicos à construção de um espaço efetivo de acolhimento para a população LGBT ainda se apresentam como ações de caráter pontual ou campanhista. Essa percepção é evidenciada na fala do participante AIU5, cujo discurso, em diversos momentos, manifesta indignação em relação à postura de gestores públicos e de determinados profissionais do serviço. A ruptura de vínculos estruturais e políticos é apontada pelo usuário como um fator que fragiliza o avanço das políticas de saúde no território, funcionando como um elemento desagregador da continuidade e efetividade do cuidado.

Considerando que o acesso aos serviços de saúde se concretiza na relação estabelecida entre o usuário e o serviço, Jesus e Assis (2010) afirmam que a efetivação dessa inter-relação configura-se como uma oportunidade de interação que contempla as necessidades específicas dos usuários. Tal interação deve levar em conta suas singularidades, modos de vida, territorialidades, culturas e a forma como se organiza a oferta dos serviços de saúde.

Nesse contexto, aspectos como a demora na entrega de exames, a escassez de informações, a desorganização dos espaços de espera, a desinformação e a ausência de especialização de alguns

profissionais representam barreiras significativas ao acesso. Tais obstáculos comprometem a qualidade do atendimento, especialmente no que se refere à valorização da escuta qualificada do usuário e à promoção de sua participação ativa no processo de cuidado em saúde — princípio fundamental da clínica ampliada.

Apesar de a PNSILGBT preconiza a universalidade do acesso, a prática observada em Afogados da Ingazeira revelou lacunas, como a ausência de orientações explícitas no Plano Municipal de Saúde (anexo A) sobre a periodicidade recomendada para testagens rápidas de ISTs, o que pode comprometer a efetividade da prevenção.

De acordo com Campos e Amaral (2007), a produção do cuidado, sob a perspectiva da clínica ampliada, transcende a abordagem centrada exclusivamente na doença, propondo uma mudança de paradigma que coloca o sujeito como centro do processo de cuidado. Essa abordagem considera o histórico de vida do indivíduo, os determinantes sociais de saúde, bem como a autonomia dos profissionais na gestão do cuidado. Dessa forma, busca-se promover a corresponsabilização dos sujeitos envolvidos na construção do plano terapêutico.

#### 5.3.4. *Autoconhecimento e apoio psicológico*

Na Classe 4, 26,2% dos entrevistados trouxeram falas alinhadas a processos de autoconhecimento e apoio psicológico, palavras como "psicologia", "entender" e "processo" evidenciam a relevância do acompanhamento psicológico para os usuários. Além disso, termos como "ginecologista" e "hormonal" sugerem que questões relacionadas à saúde hormonal e ao acompanhamento médico são centrais nesse contexto.

Os achados do presente estudo, observou que as narrativas relacionadas ao acesso a saúde mental apontaram que é de fundamental importância um cuidado integral e um plano terapêutico singular que coloque o indivíduo no centro do fazer saúde, devendo ser conduzido por um profissional qualificado e que tenha a ética como princípio básico da atenção prestada aos usuários, de tal forma que eles se sintam seguros e acolhidos. Como pode ser observado nos relatos abaixo.

*“[...] Dá pra discutir outras questões, sim. Até sobre o encaminhamento pra psicologia, psiquiatria, às vezes até uma coisa pessoal a gente acaba soltando, porque como ela é muito simpática, a gente se sente à vontade com ela. Ela não tem um foco específico só na hormonoterapia, porque não é só a saúde hormonal, ela tem que saber da saúde da*

*peessoa como um todo. E ela é muito aberta a ouvir qualquer problema de saúde que você tiver. Ela tá aberta a ouvir e a ajudar a solucionar.” (Usuário AIU1, homem trans).*

*“[...] Eu achei... um pouco raso... Eu não sei se foi por conta de mim... Eu cheguei, ela perguntou o que era, eu expliquei. Tava tendo crises de ansiedade e tudo. Ela foi perguntando, anotando algumas coisas, perguntou se eu tomava alguma medicação e tal. Mas ali mesmo eu já pensei: essa não é a pessoa. Não é o profissional para mim... Aí eu não voltei mais... Procurei outra pessoa. Fiz alguns meses de terapia, mas foi online... Acho que foi um pouco dos dois. Primeiro, a aproximação, porque eu já conhecia a profissional. E segundo, pela experiência dela. Achei o atendimento dela um pouco raso, faltava aquela escuta ativa, faltava formação específica, preparo pra lidar com aquilo. Não sei se por eu já conhecer ela, isso interferiu, mas acho que foi isso.” (AIU4, homem cis)*

Os registros do caderno de campo evidenciam que, em diversos momentos, a ruptura do vínculo esteve relacionada à forma como o usuário AIU4 compreendia seus próprios processos de saúde e doença, bem como à insegurança quanto à confiabilidade da ética profissional e à garantia do sigilo. Em algumas situações, o usuário demonstrou desconforto ao relatar questões que poderiam expor a profissional de saúde, especialmente pelo fato de serem colegas.

Além disso, é relevante destacar que, segundo o código de ética de algumas categorias profissionais, como a Psicologia, é vedado o atendimento quando há vínculos prévios, justamente para evitar possíveis enviesamentos no cuidado. Tal dinâmica esteve presente no discurso do usuário, revelando um tensionamento que interfere diretamente na qualidade do acesso e na efetivação do vínculo durante o processo de atendimento.

As questões de saúde mental tem sido um dos agravos recorrentes na dinâmica de vida das pessoas LGBT, Gouvêa e Souza (2021) destacam que é importante entender que essa temática não é algo inerente apenas desse grupo populacional, se dá por diversas influências externas, que se edificam por elementos que vai desde a negação pelo acesso à saúde até a expulsão dos serviços, fato este observado especialmente na comunidade LGBT. Rocon et al (2019) acrescenta a este cenário o autoconhecimento, como um caminho pela busca do pertencimento às questões de afirmação de suas identidades, e vem se constituindo como um processo político de existir enquanto ser vivente nesta sociedade, sendo sua efetivação um direito à saúde.

*“[...] O número de pessoas trans aqui em Afogados só aumenta. Tem os mais velhos, que já estão nesse processo há mais tempo, e tem os mais novos, que estão se descobrindo e podem precisar de apoio psicológico. Então, acho que precisa de mais divulgação. Outra coisa é a questão dos hormônios. Tipo, eu comecei em junho e só tomei minha primeira dose em novembro. Ficar esse tempo todo sem medicamento é muito complicado, porque atrasa a transição. Se eu não quisesse esperar, teria que comprar por conta própria. ...acompanhamento psicológico ou psiquiátrico. Agora estou sentindo necessidade.”*  
(Usuário AIU3, homem trans).

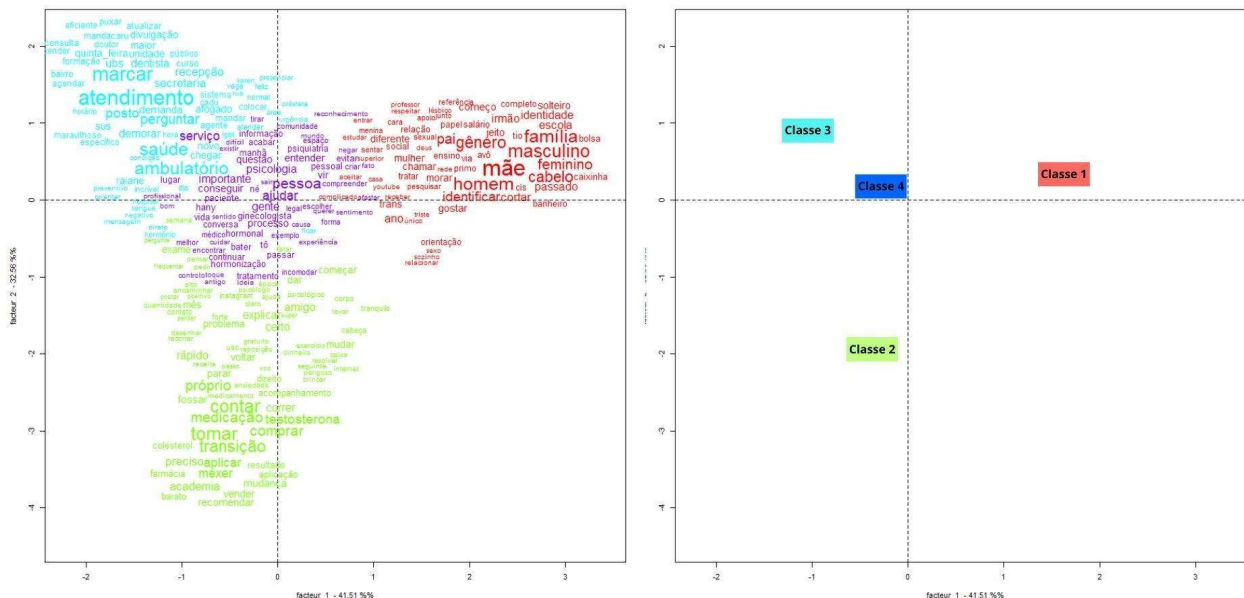
A AFC aplicada às entrevistas com usuários do Ambulatório LGBT de Afogados da Ingazeira revelou uma polarização significativa entre aspectos estruturais do acesso à saúde e dimensões subjetivas relacionadas à identidade e cuidado. Essa oposição, observada no Fator 1 (responsável por 41,51% da variância), ecoa os achados de Nasser (2015), que apontam para entraves persistentes no acesso aos serviços de atenção primária voltados à saúde sexual e reprodutiva da população LGBT (Figura 3).

A Classe 3, marcada por termos como “atendimento”, “marcar” e “demorar”, evidencia a burocratização do sistema e se aproxima das críticas de Lima et al. (2014), que indicam como práticas institucionais quem tem o potencial de reforçar barreiras ao cuidado integral. Já as Classes 1 e 4 — associadas a “família”, “pai”, “psicologia” e “entender” — apontam para a centralidade da subjetividade no processo terapêutico, convergindo com a proposta de clínica ampliada descrita por Campos (2007), que defende a incorporação do vínculo, da escuta e da complexidade dos sujeitos como elementos centrais da prática clínica.

No extremo oposto do eixo discursivo, a Classe 2 articulou elementos do processo de transição de gênero e práticas corporais, como “testosterona”, “academia” e “medicação”, evidenciando uma dimensão vivida que perpassa tanto o cuidado biomédico quanto a afirmação identitária. Esses resultados dialogam com a análise de Suto (2021), que demonstra como a vivência corporal em processos de afirmação de gênero se ancora em práticas de cuidado construídas a partir da autonomia dos sujeitos. Do mesmo modo, Batista (2021) argumenta que as práticas clínicas direcionadas a essa população devem reconhecer as escolhas corporais — como o uso de hormônios ou exercícios físicos — como estratégias legítimas de cuidado e construção de sentido. Assim, a AFC reforça a importância de uma abordagem híbrida, que una o acesso aos serviços e à escuta das

subjetividades, reafirmando a pertinência da clínica ampliada como ferramenta fundamental para um cuidado sensível e responsivo às especificidades da população LGBT.

Figura 3 – Mapa fatorial da Análise Fatorial de Correspondência (AFC) dos usuários do Ambulatório LGBT de Afogados da Ingazeira.



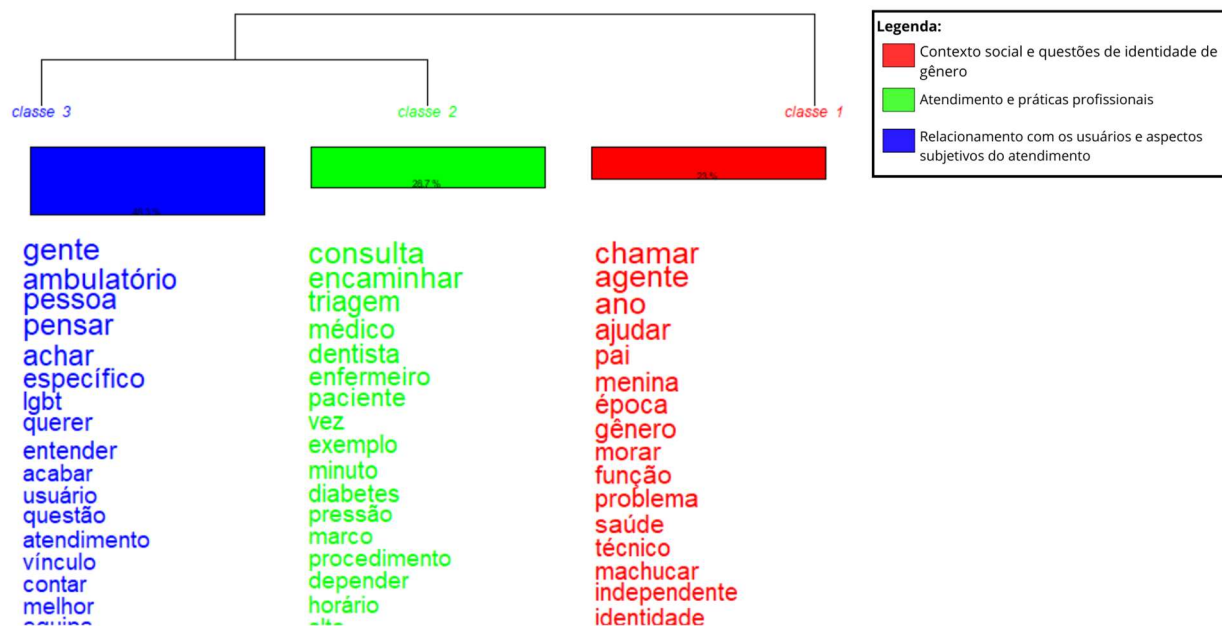
Fonte: O Autor (2025).

#### 5.4. Perspectiva dos profissionais de saúde no Ambulatório LGBT de Afogados da Ingazeira: Desafios e práticas na construção do Acesso e da Clínica Ampliada

O corpus analisado foi composto por 5 textos, totalizando 16.186 palavras com média de 3.237,2 palavras por texto. Dentre essas formas, foram identificados 704 hapax (palavras que apareceram apenas uma vez no texto), correspondendo a 4,35% das ocorrências. A análise do corpus textual permitiu a identificação de três classes analíticas.

O estudo resultou na construção de 3 Classes, a saber: A classe 1, Contextos sociais e Identidade de Gênero; Classe 2, Processos de atendimento e práticas profissionais e a Classe 3, Relacionamento com Usuários e aspectos subjetivos do atendimento. Cada eixo acima mencionado enfatiza uma dimensão experienciada pelos profissionais de saúde, contudo destaca-se que tais dimensões se inter relacionam entre si constituindo uma complexidade de situações que requerem uma análise aprofundada do fenômeno.

Figura 4 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do corpus textual das entrevistas dos profissionais de saúde do Ambulatório LGBT de Afogados da Ingazeira.



Fonte: O Autor (2025).

#### 5.4.1. Contexto Social e Identidade de Gênero

A Classe 1 concentrou-se no contexto social e nas questões de identidade de gênero, segundo 23% dos entrevistados. Os termos "gênero", "identidade" e "menina" sugerem que os profissionais estão atentos às questões de identidade e expressão de gênero dos usuários. A presença de "ajudar" e "problema" indica a preocupação com o bem-estar integral dos usuários, enquanto palavras como "pai" e "morar" refletem a influência do contexto familiar e social nas experiências dos pacientes. A menção a "saúde" e "técnico" sugere a importância de uma abordagem técnica e sensível às necessidades específicas da população LGBT.

As análises das entrevistas permite inferir que desenvolver um atendimento centrado no paciente, nas suas necessidades, respeitando suas questões e desejos, pressupõe a efetivação de princípios norteadores de um acesso qualificado, a busca por tecnologias que garantam as modificações estruturais, pensada com cada usuário, exige que os profissionais se especializem nas questões técnicas, mas para além disso nas que dialogam com a eliminação das diversas vulnerabilidades.

A preocupação com o bem estar e as relacionadas com a família, apontam um desafio quando relacionamos com os relatos anteriores dos usuários, quando encontram em famílias desestruturadas

um caminho para o adoecimento. Observando apenas o relato dos profissionais em suas entregas ,percebe-se que os mesmos necessitam lançar mão de tecnologias do cuidado diretamente relacionadas à abordagem da clínica ampliada, a fim de conferir uma saúde digna, quebrando padrões duros constituídos por questões normatizadoras.

Os achados acima, corroboram com Miller (2002), o autor afirma que profissionais de saúde que se envolvem no cuidado singular dos usuários, buscam conhecimento técnico específico por meio de treinamentos e qualificações, que possibilitem uma experiência positiva na interação profissional e usuário , permitindo uma entrega responsável e efetiva no atendimento das suas necessidades de saúde.

O relato a seguir pela profissional AIP1 trouxe estes aspectos acima mencionados como pode ser visualizado nas narrativas abaixo:

*"[...] "A maioria dos problemas de saúde mental está ligada à falta de apoio familiar. A LGBTfobia na rua é mais forte para as meninas trans. Já tivemos problemas com agentes de saúde e tivemos conversas sérias para resolver isso." (Profissional AIP1, mulher cis)*

As anotações do caderno de campo evidenciam o senso de responsabilidade e o compromisso demonstrados pela profissional AIP1, cuja atuação, em diversos momentos, foi atravessada por um envolvimento afetivo que resultou em transformações concretas nos modos de entrega do cuidado. Sua percepção e postura revelam um posicionamento ativo no processo, marcando uma implicação direta na construção do cuidado e na organização do serviço.

Tal atitude reforça a aplicabilidade dos princípios do acesso e da clínica ampliada como elementos centrais na promoção de um cuidado resolutivo e de qualidade. A profissional AIP1 se apresenta constantemente na linha de frente da resolução de questões organizacionais, buscando o aprimoramento do funcionamento do serviço e da experiência do usuário.

A vivência familiar de profissionais de saúde torna-os mais sensíveis e influenciam a realização de práticas seguras e orientadas pela integralidade:

*"[...] "Eu tenho um irmão que é homossexual. E eu sempre tive muito medo, porque ele sofreu muita coisa. Eu precisei me aprofundar nesse assunto, pra poder ajudar ele a como se defender. Na maioria das vezes eu me sinto psicóloga. Porque eles me contam uma história*

*que começa lá na casa da mãe. [...] Eu preciso saber qual é o motivo que eles vieram pra cá. Não é só a hormonização."* (Profissional AIP2, mulher cis).

Os registros do caderno de campo indicam que experiências traumatizantes vivenciadas por profissionais de saúde em contextos familiares marcados pela violência contra pessoas LGBT podem influenciar significativamente sua percepção e manejo do cuidado junto aos usuários, alinhando-se aos princípios da clínica ampliada, que reconhece a dimensão subjetiva e afetiva como parte integrante da prática clínica.

No discurso da profissional AIP2, observa-se que sua vivência como membro de uma família com pessoas LGBT parece posicioná-la em um lugar singular no que se refere ao acolhimento, demonstrando sensibilidade e envolvimento afetivo com os usuários. No entanto, essa implicação subjetiva, embora positiva em muitos aspectos, também pode levar a situações em que os limites técnico-profissionais ficam comprometidos. Foram observadas, por exemplo, substituições de função e o uso de termos que indicam uma possível sobreposição de papéis, o que pode configurar um afastamento das diretrizes técnicas estabelecidas.

Apesar disso, é importante destacar o zelo e a entrega da profissional, frequentemente atravessada por emoções e por um forte sentimento de pertencimento em relação aos usuários, chegando, em alguns momentos, a se posicionar simbolicamente como parte de suas famílias.

As questões de ordem histórico-social que atravessam as vivências da população LGBT, muitas vezes resultando em sua exclusão dos serviços de saúde, constituem-se como elementos centrais para a compreensão das abordagens adotadas por profissionais no processo de tomada de decisão, especialmente no que tange à construção de um cuidado singular e integral.

*"[...] "Aqui em Afogados, temos uma população LGBT que eu considero grande para o tamanho da cidade. E, para mim, sempre foi algo natural. Eu trato todos com igualdade, independente do gênero ou da orientação. Mas a gente precisa ter um certo cuidado, porque algumas dessas pessoas cobram um atendimento mais cuidadoso, e outras nem sabem como exigir esse cuidado."* (Profissional AIP5, mulher cis)

Nesse sentido, Melo et al. (2020) destacam que a atuação de profissionais de saúde devidamente qualificados e sensíveis às necessidades específicas das pessoas LGBT contribui de forma significativa para a efetivação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, promovendo práticas mais inclusivas, respeitosas e equitativas.

#### 5.4.2. Atendimento e Práticas Profissionais

Nesta classe observou-se um foco nos processos de atendimento e práticas profissionais (28,7%). Palavras como "consulta", "encaminhar" e "triagem" evidenciam a organização e a rotina do serviço, destacando a atuação multiprofissional de médicos, dentistas e enfermeiros. A menção a "diabetes" e "pressão" sugere que os profissionais lidam tanto com questões de saúde gerais quanto com as específicas da população LGBT. Além disso, termos como "procedimento" e "horário" indicam a preocupação com a eficiência e a estruturação do atendimento.

Ao analisar os relatos abaixo, pode-se inferir que nas narrativas de algumas profissionais da unidade de saúde oferece atendimento de forma universal, sem distinção das questões de identidade de gênero e orientação sexual, dentre as três entrevistas apenas a última trouxe aspectos relacionados a aplicabilidade da clínica ampliada, a interdisciplinaridade no cuidado em saúde, a referência para outros serviços de saúde, configurando o desenho de um cuidado integral em saúde.

*“[...] Sim, é um plano singular terapêutico. A gente planeja tudo. Se precisar do AMI (Atendimento Multiprofissional Integrado), que tem psicóloga, fisioterapeuta, assistente social, a gente encaminha também. Se precisar do CAPS, a gente faz os encaminhamentos necessários. Esses são os fluxos mais comuns (Profissional AIP1, mulher cis)*

As anotações do caderno de campo, da profissional AIP1, permitem observar seu empenho em organizar os fluxos e o funcionamento do serviço, por muitas vezes a presença se configurou como alguém que aplica a Clínica ampliada e percorre o processo de garantia do acesso. Inclusive tais percepções podem ser observadas anteriormente no discursos de alguns dos usuários que reconhecem a entrega positiva desta profissional no processo de cuidar. A entrevista com essa profissional foi de suma importância, para se entender que o profissional comprometido com as temáticas em foco, modificam positivamente a entrega do cuidado com muita qualidade.

*“[...] ”A triagem é padrão: verificação de glicemia, pressão arterial. A gente não oferta nem impõe os testes rápidos, porque acho que isso pode soar como ofensa. [...] Aí passa por mim, eu escuto, verifico a necessidade, ofereço os serviços.” (Profissional AIP2, mulher cis)*

A Ficha de Triagem do Ambulatório LGBT de Afogados da Ingazeira (Anexo B) é o primeiro contato protocolar dos profissionais com o usuário. Nela, constam campos para 'pressão arterial', além de 'exposição sexual recente' e realização de testagens rápidas para ISTs. No entanto, a fala da

profissional AIP2 revelou um tensionamento entre o protocolo formal e a sensibilidade percebida na relação com o usuário. Essa 'autopreocupação' com a abordagem, embora bem-intencionada, pode, paradoxalmente, criar uma lacuna na efetividade da prevenção, ao deixar de ofertar ou 'impor' um cuidado essencial, conforme as diretrizes da PNSILGBT.

Sua fala da profissional AIP4 refletiu uma perspectiva de igualdade na oferta de serviços, abrangendo desde o atendimento médico e odontológico até a vacinação e a disponibilização de medicamentos.

*“[...] ”Eles têm acesso a todos os serviços: atendimento médico, odontológico, vacinação, medicação na farmácia. [...] Se chega um paciente LGBT, ele é atendido como qualquer outro.”* (Profissional AIP4, mulher cis)

As anotações registradas no caderno de campo, particularmente na contribuição da profissional AIP4, evidenciam que a compreensão da universalização do cuidado e dos serviços, concebida como oferta indistinta, manifesta-se, em determinados contextos, como um desejo de inclusão sem discriminação — prática relatada por alguns dos participantes da pesquisa. Contudo, essa perspectiva, ainda que bem-intencionada, pode acarretar lacunas na completude do cuidado, na medida em que a abordagem da clínica ampliada pressupõe o reconhecimento da singularidade e da subjetividade na produção do cuidado em saúde.

As práticas de cuidado desenvolvidas por profissionais de saúde qualificados e comprometidos com uma relação dialógica e respeitosa com os usuários constituem um princípio fundamental para a prestação de um cuidado em saúde com qualidade. Observa-se que, quanto maior o nível de formação e de familiaridade dos profissionais com temáticas específicas, melhores são os resultados no atendimento. Além disso, uma abordagem que reconheça e integre a multiculturalidade, as singularidades e as questões sociais que atravessam a vida dos diferentes grupos populacionais configura-se como elemento condicionante para a qualificação da atenção em saúde.

Nesse sentido, Merhy (2005, p.1) destaca que “o trabalho de um se organiza junto ao do outro e o modo como o trabalho se organiza e para o que ele serve é importante para a sociedade em que vivemos”. Assim, quando os profissionais se engajam e se reconhecem como parte ativa do processo de cuidado, compreendendo a missão e os princípios que o orientam, fortalecem-se os vínculos terapêuticos, consolida-se a corresponsabilidade e promove-se um novo arranjo no processo de trabalho em saúde.

Apesar dos esforços empreendidos pela gestão e pelos profissionais, identificam-se lacunas significativas na organização do funcionamento da unidade de saúde, bem como no processo formativo dos trabalhadores, o que compromete a integralidade e a efetividade do cuidado prestado.

#### 5.4.3. *Relacionamento com os usuários e aspectos subjetivos do atendimento*

Nesta classe 46,3% dos entrevistados destacaram questões pertinentes ao relacionamento com os usuários e aspectos subjetivos do atendimento. Os termos mais frequentes, como "pensar" e "entender", sugerem que os profissionais valorizam a construção de uma relação de confiança e empatia com os usuários. A presença de "lgbt" e "usuário" reforça o foco no público atendido pelo ambulatório, enquanto palavras como "questão" e "atendimento" indicam a preocupação com as demandas específicas dessa população. A menção a "vínculo" e "melhor" sugere que os profissionais buscam aprimorar a qualidade do atendimento por meio de uma abordagem humanizada e que propicie a autonomia do sujeito.

Palombini *et al.*, (2013), ao analisarem as práticas clínicas no contexto da saúde mental e os dispositivos de cogestão, oferecem uma contribuição significativa ao debate sobre a relação entre usuários e profissionais de saúde. As autoras destacaram a clínica ampliada como um dispositivo potente para a escuta e a valorização da subjetividade nos atendimentos, favorecendo a construção de vínculos e a corresponsabilização no cuidado. Segundo as autoras, a adoção de abordagens que reconhecem o usuário como sujeito ativo em seu percurso terapêutico é capaz de fortalecer sua autonomia e gerar práticas mais acolhedoras, éticas e potentes no campo da saúde coletiva.

A análise das entrevistas permitiu inferir que os profissionais de saúde do ambulatório promovem uma escuta qualificada, oferecem a promoção do cuidado a partir de suas necessidades, trabalhando a informação em saúde para a autonomia do sujeito, fato este que pode ser destacado nas entrevistas abaixo:

*“Eu falo muito com eles. A gente conversa, a gente cria vínculo. [...] O meu objetivo é acolher da melhor forma possível, não causar desconforto.”* (Profissional AIP2, mulher cis)

*"Porque, como eu te disse, eles ficam mais seguros, eles se sentem mais acolhidos. Ter aquele espaço especificamente pra eles. É o que eu sinto deles."* (Profissional AIP3, mulher cis)

*"Eu percebo a angústia no olhar deles e tento acolher da melhor forma possível. Quando alguém busca um serviço de saúde, é porque não está bem. Por isso, não podemos ser apenas técnicos, temos que ter empatia."* (Profissional AIP5, mulher cis)

*" [...] Muitos não têm espaço de escuta. Quando pergunto 'o que trouxe você aqui hoje?', eles falam, falam muito. A maioria nunca teve alguém para escutá-los de verdade."A maior demanda é a escuta ativa. Depois disso, o cuidado básico da saúde. Muitos pacientes trans não têm acesso a informações sobre hipertensão, diabetes, colesterol, pois evitam as unidades de saúde tradicionais."* (Profissional AIP5, mulher cis)

As anotações registradas no caderno de campo indicam que a maior parte da equipe atuante no ambulatório LGBT estrutura seu processo de cuidado com base na tentativa de oferecer respostas concretas às demandas apresentadas pelos usuários. Embora ainda se observe certa confusão conceitual quanto ao princípio da universalidade, é evidente o compromisso dos profissionais em promover o cuidado, garantir resolutividade e reduzir ausências decorrentes de violações associadas a estigmas relacionados às orientações sexuais e identidades de gênero.

As narrativas anteriormente apresentadas permitem refletir sobre a importância de espaços de cuidado em saúde, como os ambulatórios, que reconhecem e valorizam a subjetividade e a autonomia dos sujeitos. Tais espaços promovem a construção de um cuidado que estimula o exercício da cidadania por parte dos usuários, favorecendo o protagonismo na busca pela melhoria de sua qualidade de vida.

A humanização dos atendimentos em saúde transcende a dimensão física das unidades ou a simples presença de profissionais capacitados. Ela se concretiza, sobretudo, na medida em que se estabelece uma relação dialógica horizontal entre usuários e profissionais de saúde, pautada no respeito mútuo, na escuta qualificada e na corresponsabilidade pelo cuidado.

A organização temática revelada pela AFC, especialmente a polarização identificada no Fator 1, que explica 53,2% da variância dos dados, entre práticas profissionais e dimensões subjetivas, reflete diretamente os fundamentos da clínica ampliada, conforme proposto por Campos (2007; Figura 5).

A Classe 2, centrada em elementos como “atendimento”, “enfermeiro”, “paciente” e “triagem”, explicita os desafios operacionais enfrentados por profissionais da saúde na atenção a usuários LGBT, apontando para entraves burocráticos que podem dificultar o cuidado integral, como

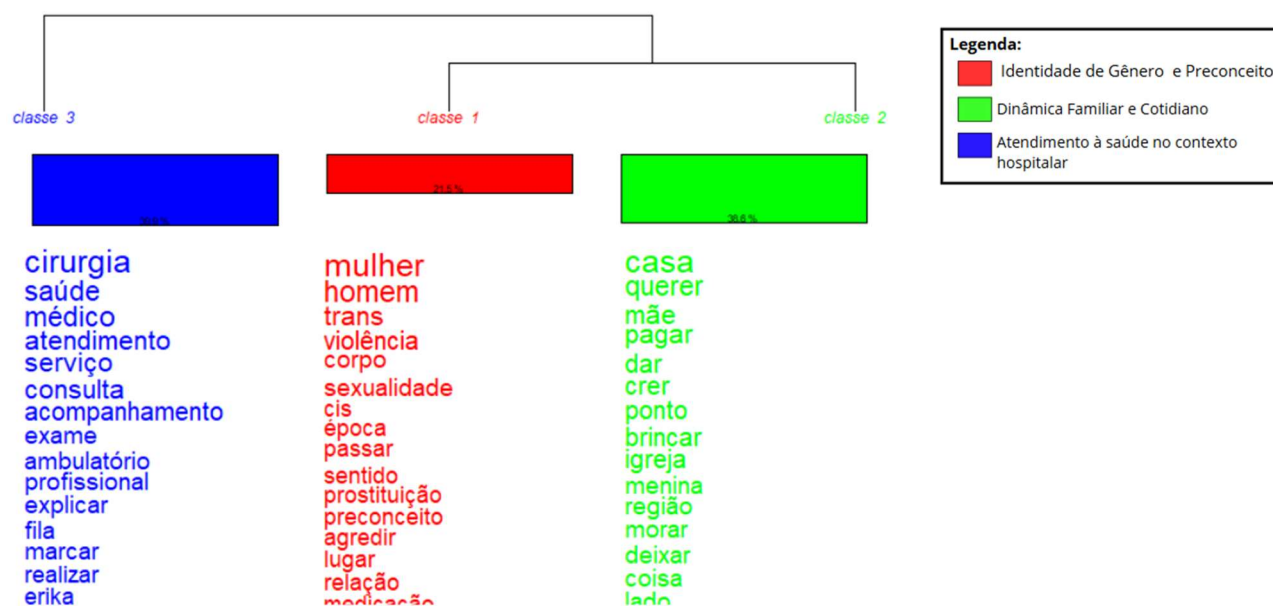
Fonte: O Autor (2025).

## 5.5. O cuidado em saúde trans e travesti no Espaço Trans do HC-UFPE sob a ótica dos usuários: Reflexões sobre Acesso, Identidade e Preconceito

O corpus analisado foi composto por 5 textos, totalizando 22.853 palavras com média de 3.237,2 palavras por texto. Dentre essas formas, foram identificados 991 hapax, correspondendo a 4,34% das ocorrências. A análise do corpus textual permitiu a identificação de três classes analíticas.

A análise resultou na construção de 3 classes, a saber: Classe 1. Experiências relacionadas à Identidade de Gênero e aos enfrentamentos da transfobia e do preconceito; Classe 2, Vivências no âmbito familiar e o cotidiano dos usuários; Classe 3, Atendimento à saúde no contexto hospitalar. Cada eixo acima mencionado enfatiza uma dimensão experienciada pelos usuários, contudo, destaque-se que tais dimensões se tangenciam entre si, construindo uma complexidade de situações que requerem uma análise aprofundada do fenômeno.

Figura 6 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do corpus textual das entrevistas dos usuários do Espaço Trans do Hospital das Clínicas/UFPE.



Fonte: O Autor (2025).

### 5.5.1. Identidade de gênero e preconceito

A classe 1 reúne um conjunto de termos que remetem diretamente às experiências relacionadas à identidade de gênero e aos desafios enfrentados em virtude da transfobia e do preconceito entre 21,5% dos entrevistados. Palavras como “mulher”, “homem”, “trans”, “violência”, “prostituição” e “preconceito” sugerem que os relatos abordam vivências de estigma, agressões

físicas e simbólicas, bem como a marginalização social. Além disso, a menção a termos como “cis”, “corpo”, “sexualidade” e “medicação” indica discussões em torno das transições de gênero, corporeidade e acesso a tratamentos hormonais ou cirúrgicos. O contexto de “cliente”, “relação” e “lugar” pode apontar para situações de trabalho, como a prostituição, muitas vezes relatada como uma das poucas alternativas de sustento diante da exclusão social.

A presença marcante da forma como as violências e violações de direitos atravessam negativamente a vida da população LGBT é um elemento fundamental para a avaliação da percepção e da busca pelo entendimento de como os usuários compreendem o processo saúde-doença em suas dinâmicas de vida. A violência, ainda hoje, configura-se como uma temática central e urgente de ser explorada, especialmente quando relacionada às vivências de pessoas LGBT. Essa realidade se insere em um campo onde as construções normativas, como os arranjos familiares tradicionais, muitas vezes operam como vetores de exclusão, contribuindo para trajetórias de adoecimento, abandono do cuidado em saúde e afastamento de sua própria singularidade.

Ferreira e Pedrosa (2018) reforçam esse entendimento ao demonstrar que as experiências de violência vividas por pessoas LGBT, associadas à negação de sua identidade em espaços sociais e familiares, afetam diretamente sua relação com os serviços de saúde e o modo como percebem seu corpo e sua saúde. Os autores destacam que a exclusão social e os estigmas internalizados atuam como barreiras simbólicas e materiais no acesso ao SUS interferindo no estabelecimento de vínculos terapêuticos e no cuidado integral. Assim, compreender essas experiências à luz do processo saúde-doença implica reconhecer que as formas de violência não se resumem a agressões físicas, mas se expressam em microviolências estruturais e institucionais que impactam profundamente a subjetividade e o bem-estar das pessoas LGBT.

Há que se destacar ainda, no campo da violência contra essa população, aquela que ocorre em espaços institucionais, como os serviços de saúde — locais que, por sua função social, deveriam representar ambientes seguros e de cuidado para pessoas LGBT. No entanto, quando não se observa o cumprimento de normativas técnicas que garantem o direito ao acesso e à permanência com dignidade nesses espaços, como a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, ocorre uma forma sutil, porém contundente, de violência institucional. Um exemplo emblemático é a violação do direito ao uso do nome social, assegurado por essa carta, mas frequentemente ignorado por profissionais de saúde em sua relação com usuários LGBT. Rocha e Sampaio (2022) destacam que o desrespeito ao nome social constitui uma prática de exclusão simbólica e moral que fragiliza o vínculo terapêutico

e reafirma a marginalização dessa população dentro do próprio sistema de saúde, reforçando barreiras no acesso ao cuidado humanizado e integral.

Neste estudo, as questões abordadas na classe 1 manifestam-se nos relatos apresentados a seguir e evidenciam a necessidade de uma gestão da atenção à saúde pautada no respeito às especificidades da população LGBT. Torna-se urgente a implementação de um projeto de educação permanente para os profissionais de saúde, com foco nas temáticas que envolvem a LGBTfobia e suas repercussões no cuidado.

Além disso, destaca-se a importância de que os próprios usuários compreendam o funcionamento dos serviços de saúde, sua inserção nas redes de atenção e, especialmente, as dinâmicas que garantem a continuidade do cuidado e o trânsito adequado pelos diferentes pontos da rede assistencial. Segundo Kuschnir e Chorny (2010), a experiência do usuário nas redes de atenção à saúde é orientada por protocolos clínicos organizados em linhas de cuidado, que se estendem desde a atenção básica até os serviços de maior complexidade. A partir dessa perspectiva, observa-se nos relatos a necessidade de ampliar a compreensão dos usuários em relação às tecnologias e aos recursos disponíveis, promovendo maior efetividade no acesso e na integralidade da atenção à saúde.

A prostituição ainda se apresenta, para muitas pessoas LGBT, como um caminho possível de sobrevivência e permanência na sociedade. Em diversas situações, esse espaço se configura como um território político que assegura ao corpo — especialmente os corpos de pessoas travestis e transexuais — o direito de existir enquanto sujeito. Isso ocorre porque a instituição do trabalho, tal como se estabelece na sociedade, representa um lugar de respeito e a principal via de garantia da própria subsistência. Contudo, esse espaço do trabalho formal frequentemente se mostra inacessível para a população LGBT, em razão da exclusão, expulsão e marginalização que afetam suas trajetórias de vida e capacidade laboral. Como consequência, resta a esse grupo, muitas vezes, os espaços da marginalização, o que os expõe a diversos riscos e à vulnerabilidade social extrema (Maria Silva, José Ornat, 2018).

A fala do usuário ETHC1, que denuncia a dificuldade de pessoas trans em conseguir emprego formal, ressalta como a prostituição se apresenta, para muitos, como a única via de sobrevivência. Essa realidade contrasta com o objetivo da PNSILGBT de reduzir as iniquidades sociais e promover a cidadania, um compromisso reforçado pela Portaria SES nº 060/2015 de Pernambuco.

*“O problema é que muitas pessoas trans não têm essa oportunidade. Tenho amigos que precisam se prostituir porque não conseguiram emprego. Tenho uma amiga que é técnica de enfermagem formada, mas não consegue trabalho em lugar nenhum porque é uma mulher trans. O homem trans ainda consegue se camuflar mais. Algumas pessoas nem percebem. Mas para as mulheres trans, é muito mais difícil. Elas sofrem muito mais que a gente.”* (Usuário ETHC1, homem trans).

As anotações do caderno de campo indicam a urgência da abordagem dessa temática, que se configura como um dos eixos centrais na exclusão e no afastamento de pessoas LGBT da dinâmica cotidiana da vida social. Durante as entrevistas, emergiram emoções intensas e sensações que atravessaram a construção do discurso, revelando o impacto subjetivo da iminência simbólica — e, por vezes, concreta — do não existir. Tal percepção, expressa por alguns participantes, evidencia uma questão grave, que demanda atenção imediata no âmbito das políticas de cuidado.

*“ [...] Muitas pessoas trans sofrem muito com essa falta de compreensão. Algumas chegam aqui angustiadas, preocupadas com seus corpos, achando que nasceram no corpo errado, quando na verdade não existe corpo errado. O que falta é acolhimento e respeito às individualidades.* (Usuário ETHC2, homem trans).

*"A violência é aquela que até hoje é o banheiro. O banheiro, meu Deus do céu... Eu tinha que usar o banheiro dos professores escondidos, porque eu não podia entrar no das mulheres e não podia entrar no dos homens."* (Usuária ETHC3, mulher trans).

*"Eu nunca fui essa pessoa que eles esperavam que eu fosse. Minha vida foi muito difícil."* (Usuária ETCH4, mulher trans).

*"No fundo, eu só queria perguntar, queria entender... Uma vez, a gente até se agarrou numa discussão ali na sala. A reclamação era sobre a demora na cirurgia. Tinha meninas que chegaram depois de mim e já tinham feito. Ai, pronto. Um dia, chamaram os guardas para me tirar."* (Usuária ETCH5, mulher trans).

Ainda que essas experiências nem sempre estejam diretamente relacionadas à demanda inicial que leva os usuários aos serviços especializados, elas devem ser reconhecidas como

fundamentos importantes para a construção de um cuidado ampliado. Esses relatos apontam para a necessidade de considerar tais vivências como ponto de partida na formulação de estratégias que promovam a efetivação da clínica ampliada, cujo um dos objetivos é a escuta do singular e do subjetivo como elementos centrais na produção de cuidados em saúde.

### 5.5.2. *Dinâmica familiar e cotidiano*

A classe 2, que representa a maior proporção do corpus, refere-se às vivências no âmbito familiar e ao cotidiano dos usuários (38,6%). Os termos “casa”, “mãe”, “menina”, “igreja”, “região” e “morar” revelam questões relacionadas ao ambiente doméstico, apoio (ou falta dele) familiar, e possíveis conflitos em torno da aceitação. Expressões como “querer”, “crer”, “pagar”, “dar”, “deixar” e “hora” podem refletir desejos, expectativas e dificuldades enfrentadas no dia a dia, incluindo acesso a recursos básicos e afetivos. A presença de palavras como “brincar”, “ponto”, “lado” e “boneco” sugere ainda relatos de experiências na infância, que podem carregar memórias de rejeição, acolhimento ou construção de identidade desde os primeiros anos de vida.

Como já apontado neste estudo, o espaço familiar constitui-se como um dos principais fatores de vulnerabilidade e adoecimento da população LGBT. Este aspecto deve ser atentamente considerado pelos profissionais de saúde, tanto no momento do acolhimento quanto na construção do cuidado em saúde. Cada PTS deve investigar e discutir, junto ao usuário, as formas pelas quais essa condição familiar será enfrentada, visando a melhoria de sua qualidade de vida.

*"Minha mãe fez uma festa de 15 anos para mim. No momento, achei legal, mas ganhei uma boneca de presente. Depois, sempre que ia a um aniversário, pegava a boneca e dava de presente. Nunca gostei de bonecas."* (Usuário ETHC1, homem trans).

*"Minha família nunca aceitou minha transição, mas eu segui em frente. A gente aprende a sobreviver."* (Usuário ETHC2, homem trans).

*"Nunca fiz exames na época, porque era interior, família evangélica, preconceito... Não tinha como. Mas quando comecei a conversar com pessoas do meio, fui entendendo que não era uma questão biológica, e sim identidade de gênero e sexualidade."* (Usuária ETHC3, mulher trans).

*"Fui expulsa de casa e passei por muitas dificuldades. Ser uma mulher travesti e transexual, para o meu pai, é algo impensável. Apesar de ele dizer que me ama, ele tem falas muito misóginas e transfóbicas."* (Usuária ETCH4, mulher trans).

Uma abordagem de cuidado que contemple tais dimensões possibilita a efetivação de ações de promoção à saúde voltadas ao fortalecimento dessa população frente às violências de gênero, às imposições do sistema cisheteronormativo e às diversas interseccionalidades que atravessam seus corpos. Essas violências muitas vezes interrompem os processos de construção de identidades de gênero e vivências da sexualidade, como evidenciado nos relatos dos usuários entrevistados no presente serviço (Belarmino, Dimenstein., Leite, 2022).

As anotações do caderno de campo evidenciam como a estrutura familiar cisheteronormativa contribui para a formação de subjetividades marcadas por fragilidades. Durante a entrevista com uma das usuárias, emergiram diversas narrativas de abandono, as quais parecem ter impactado significativamente sua relação com a própria saúde mental, a ponto de levá-la à adoção de estratégias de afastamento da vida, em um sentido extremo.

Ainda que os relatos verbais não revelem integralmente a densidade da vivência expressa durante a entrevista, observa-se que, de modo recorrente, os participantes desta pesquisa transitam por trajetórias marcadas pelo desejo de serem aceitos, amados e respeitados por seus núcleos familiares. No entanto, esse reconhecimento nem sempre se concretiza, e, como sugerido por Berenice Bento (2012, p.1), tal idealização pode culminar no distanciamento da convivência familiar e da própria realidade, como a autora complementa:

*“A idealização da família com divisões binárias das tarefas a partir das diferenças sexuais (...) são idílicos que guardam pouca conexão com a realidade e que têm como função restringir a noção de família aos marcos da heterossexualidade.”*

*“Aí, com sete anos, minha família começou a perceber... Todo mundo comentava: "Ah, ele tem um jeitinho...", "Ele isso, ele aquilo..." Um vizinho chegou para mim e para minha família e disse: "Não, ela vai ser menina, porque gosta das brincadeiras de menina, brinca com boneca" Então, foi isso. Eu sempre fui me adaptando.”* (Usuária ETCH5, mulher trans).

Como este estudo vêm apontando, a homofobia intrafamiliar permanece como um elemento desagregador relevante na constituição dos vínculos sociais e afetivos da população LGBT. Os relatos dos sujeitos entrevistados revelam que essa dinâmica impacta profundamente o cotidiano dessas pessoas, sobretudo ao condicioná-las a experiências negativas nos serviços de saúde. Tais experiências estão associadas à rejeição, ao acolhimento precário, à ausência de formação crítica dos profissionais e à institucionalização da LGBTfobia como norma tácita na prática clínica cotidiana (Rocon, 2022; Santos e Dávila, 2015).

Esse contexto exige uma abordagem em saúde que vá além da clínica tradicional, assumindo os pressupostos da clínica ampliada, a qual considera os determinantes sociais, afetivos e subjetivos do processo saúde-doença. A ausência de aceitabilidade familiar e social, sobretudo em relação a travestis e pessoas transexuais, é apontada como um fator crítico para a exclusão, a violência e o rompimento do percurso de construção identitária. Nesse sentido, pensar em planos terapêuticos que incorporem o enfrentamento das violações de direitos torna-se central à política de promoção da saúde dessa população (Vasconcelos, 2023).

A atuação dos profissionais de saúde, portanto, deve ser ampliada no sentido de compreender a pessoa em sua integralidade, valorizando sua vivência e identidade. A clínica ampliada permite que o cuidado seja contextualizado em sua complexidade, reconhecendo que a família, a religião e outras instituições sociais podem ser reprodutoras de violência e exclusão, mas também podem ser tensionadas como espaços de transformação e cuidado (Silva, 2024). Nessa lógica, o acolhimento torna-se uma estratégia terapêutica central, em diálogo com os saberes dos sujeitos e a singularidade de suas trajetórias.

As entrevistas realizadas evidenciam que há um esforço contínuo por parte dos profissionais de saúde em responder às demandas apresentadas pelos usuários que buscam um cuidado específico, conforme as diretrizes estabelecidas pelas políticas públicas que regulamentam os espaços de atenção à saúde. A especificidade do serviço está relacionada, sobretudo, às demandas de média e alta complexidade, dimensões essas que são operacionalizadas cotidianamente pelos profissionais.

Entretanto, torna-se evidente a necessidade de construção de novos arranjos técnicos, reestruturação de normativas e ampliação dos serviços ofertados, de modo a garantir a integralidade do cuidado. Apesar dos avanços, persistem questões individuais e singulares que impactam negativamente a vida da população LGBT, funcionando como barreiras ao fortalecimento dos vínculos terapêuticos. Tais obstáculos comprometem o acesso contínuo e qualificado aos serviços e,

frequentemente, resultam em experiências fragmentadas de cuidado e afastamento progressivo desses usuários do sistema de saúde.

### 5.5.3. *Atendimento à saúde no contexto hospitalar*

A classe 3 é marcada por um vocabulário que remete ao atendimento em saúde, especialmente no contexto hospitalar (39,9%). Termos como “cirurgia”, “saúde”, “médico”, “atendimento”, “serviço”, “consulta” e “acompanhamento” indicam o foco nos cuidados recebidos pelos usuários. Há uma forte ênfase nos processos relacionados ao “exame”, “ambulatório”, “fila” e “marcar”, destacando o percurso para acessar os serviços especializados. Os verbos “explicar”, “realizar” e “fortalecer” sugerem que as falas incluem percepções sobre a qualidade do atendimento, a necessidade de orientação adequada e a busca por um cuidado que respeite e fortaleça as especificidades da população trans.

No contexto hospitalar, o atendimento à saúde constitui um dos principais pontos de avaliação por parte dos usuários, sendo compreendido não apenas pela dimensão técnica, mas também pela forma como são acolhidos, ouvidos e respeitados em sua individualidade. As expectativas dos usuários vão além da resolução clínica imediata e incluem elementos como escuta qualificada, clareza nas informações, respeito às identidades e empatia dos profissionais. Estudos como o de Gouveia et al. (2005) indicam que a satisfação dos usuários com os serviços hospitalares está diretamente relacionada à congruência entre suas expectativas e a qualidade percebida do atendimento recebido, especialmente no que diz respeito à atenção humanizada.

Nesse mesmo sentido, Hollanda et al. (2012) apontam que quanto maior o envolvimento dos profissionais com as necessidades específicas do usuário, maior é o reconhecimento positivo dos serviços prestados. Tais percepções são ainda mais relevantes no atendimento de pessoas trans, que frequentemente vivenciam barreiras institucionais, desinformação e abordagens clínicas insensíveis às suas identidades de gênero e histórias de vida.

*"A endócrino tem uma abordagem muito engessada. Muitas vezes, parece que segue um roteiro fixo, sem se preocupar com as necessidades individuais dos pacientes."* (Usuário ETHC2, homem trans).

As anotações do caderno de campo indicam que a relação comunicacional entre usuários e profissionais de saúde ainda se estrutura, em grande parte, por meio de uma lógica burocrática e cartesiana, marcada por trocas formais e tecnicistas. Essa dinâmica limita o aprofundamento do cuidado e distância o serviço das especificidades de cada sujeito. Portanto, seria necessário o desenvolvimento e a incorporação de novas tecnologias relacionais que favoreçam a aproximação com o singular e o subjetivo, sem perder de vista a institucionalização do cuidado integral.

*"Eu procuro aqui ser quem eu realmente sou. Se eu conseguir concluir essa etapa, vai ser perfeito para mim."* (Usuário ETHC1, homem trans).

As anotações do caderno de campo revelam o desejo recorrente de algumas usuárias em moldar seus fenótipos de acordo com padrões normativos de gênero, o que se apresenta como um elemento central na busca por pertencimento e aceitação social. Essa busca por uma aparência binária e socialmente legitimada evidencia como as tecnologias do corpo, associadas a construções sociais hegemônicas, ainda operam como mecanismos de exclusão e tensionamento na convivência com a diversidade humana. Mesmo no contexto de serviços orientados pelos princípios da clínica ampliada, observa-se que tais normatividades continuam a atravessar o cotidiano dos atendimentos.

Nesse cenário, torna-se essencial considerar que o acesso e a efetividade do cuidado estão intimamente ligados à capacidade de promover um espaço de diálogo e conforto entre usuários e profissionais. A redução de tensões simbólicas e a aproximação às realidades vividas pelas pessoas atendidas constituem dimensões fundamentais para o êxito dos atendimentos nos ambulatorios.

No trecho, a usuária ETHC3, uma mulher trans, aborda a persistente dificuldade em garantir o uso do nome social em ambientes de saúde, destacando o tema como uma de suas principais pautas de reivindicação. Sua fala, que menciona anos de insistência e várias reuniões, sublinha a relevância do nome social não apenas como um direito, mas como um elemento crucial para o respeito e a dignidade da pessoa trans, ressaltando o esforço contínuo para sensibilizar e conscientizar os serviços sobre a importância dessa prática.

*"O nome social ainda é uma das maiores dificuldades. Bati muito nessa tecla, foram várias reuniões, vários anos insistindo: 'Gente, o nome social é importante!'"* (Usuária ETHC3, mulher trans).

As anotações do caderno de campo evidenciam a permanência da necessidade de uma escuta qualificada e sensível às transformações sugeridas por todas as pessoas envolvidas no cotidiano do serviço. Questões relacionadas aos direitos das pessoas trans, como o respeito ao uso do nome social, ainda se apresentam como entraves significativos na consolidação do acesso como um elemento estruturante de um plano terapêutico singular. Tal plano, para ser efetivo, deve, no mínimo, reconhecer e legitimar as existências trans no espaço institucional.

Embora as usuárias entrevistadas relatem conforto em relação aos atendimentos prestados, identificam-se ainda falhas nas interações interpessoais que comprometem a excelência do cuidado. Essas fragilidades, muitas vezes sutis, revelam a necessidade de qualificação contínua das relações profissionais e da prática institucional, de modo a garantir um ambiente verdadeiramente acolhedor, ético e comprometido com a integralidade e a singularidade de cada sujeito.

No trecho em questão, a usuária ETHC4, uma mulher trans, relata uma experiência de busca por atendimento em um serviço de saúde após um episódio de automutilação dos testículos. Sua fala aponta para a ausência de um protocolo que reconheça a especificidade e a gravidade de sua situação, mesmo não sendo uma emergência imediata.

*“ [...] Minha automutilação [dos testículos] não interferiu no meu acesso ao ambulatório. Não passei na frente de ninguém na fila. Pelo contrário, fiquei mais para trás. Porque, na fila, as pessoas da terceira idade têm prioridade. Independente do meu caso ter sido um caso de automutilação. (Usuária ETCH4, mulher trans).*

As anotações do caderno de campo evidenciam aspectos potentes relacionados ao abandono de si, frequentemente impulsionado por fatores externos que atravessam a vida de pessoas trans. Esses fatores atuam como elementos desagregadores das vivências e comprometem a continuidade dos processos de cuidado em saúde. Um dos principais agravantes identificados está na estigmatização e na exigência de uma adequação corporal pautada em um ideal cisheteronormativo universalizado — muitas vezes inatingível. Tal imposição representa um dos maiores entraves para a consolidação de uma clínica ampliada em pessoas LGBT que compreenda a saúde de forma integral, promovendo uma escuta que permita a construção de planos terapêuticos singulares, baseados em possibilidades reais e não em expectativas normativas inatingíveis.

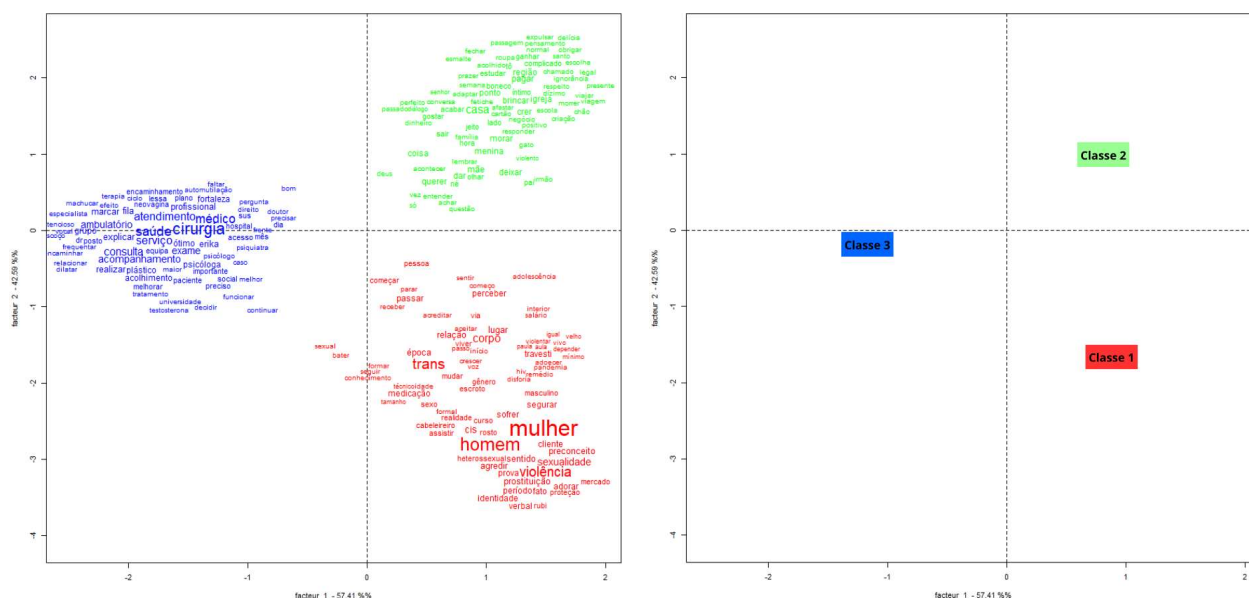
No caso relatado, a usuária ETCH4 foi atravessada por experiências graves, como automutilação e tentativas de suicídio, episódios que, infelizmente, são comuns na trajetória de muitas pessoas trans. É fundamental destacar que tais vivências não são inerentes às identidades LGBT, mas sim consequência direta das violências externas estruturais já discutidas nesta pesquisa, as quais operam um processo sistemático de exclusão desses sujeitos dos serviços de saúde. A Atenção Primária à Saúde, enquanto porta de entrada do sistema, assume aqui papel estratégico. Seu fortalecimento é essencial para garantir o acesso, prevenir agravos e reduzir os erros que fragilizam ainda mais os cuidados oferecidos às pessoas trans e LGBT.

A AFC, realizada com os dados das entrevistas de usuários do espaço trans do HC/UFPE, revelou a distribuição das três classes analíticas em dois eixos fatoriais. O primeiro eixo (57,41% da variância) diferencia relatos centrados nas vivências sociais e identitárias, como preconceito, violência e relações familiares (Classes 1 e 2), daqueles relacionados ao atendimento no contexto hospitalar (Classe 3; Figura 7).

A oposição entre a Classe 3 e as Classes 1 e 2 revelam uma clivagem que reflete o dualismo entre os espaços biomédicos e os cotidianos marcados por estigmas. Vieira et al. (2025), ao analisarem narrativas de usuários e gestores do processo transexualizador, identificaram que os serviços de saúde frequentemente desconsideram as múltiplas vulnerabilidades sociais que antecedem a chegada dos usuários ao SUS. A configuração do primeiro eixo, que separa assistência institucional de vivências identitárias, reforça essa cisão: o cuidado técnico pode estar presente, mas nem sempre dialoga com o sofrimento social e simbólico.

As Classes 1 e 2, por sua vez, revelam uma oposição interna: enquanto a Classe 1 concentra os termos relacionados à dor, exclusão e experiências de violência (como “homem”, “cis”, “violência”, “mulher”, “cliente”), a Classe 2 se ancora em termos de relação, acolhimento e vínculo (como “família”, “amiga”, “casa”, “mãe”). Isso reflete o que Silva et al. (2021) apontam ao analisarem os impactos do estigma na adolescência LGBT: o suporte familiar é um fator protetivo crucial, mas ainda instável. A polaridade evidenciada no segundo eixo da AFC corrobora essa tensão entre vivências de exclusão e resistência/acolhimento, reforçando o papel das redes afetivas como forma de enfrentamento da violência estrutural.

Figura 7 – Mapa Fatorial da Análise Fatorial de Correspondência (AFC) do corpus textual das entrevistas dos Usuários do Espaço Trans do Hospital das Clínicas/UFPE.

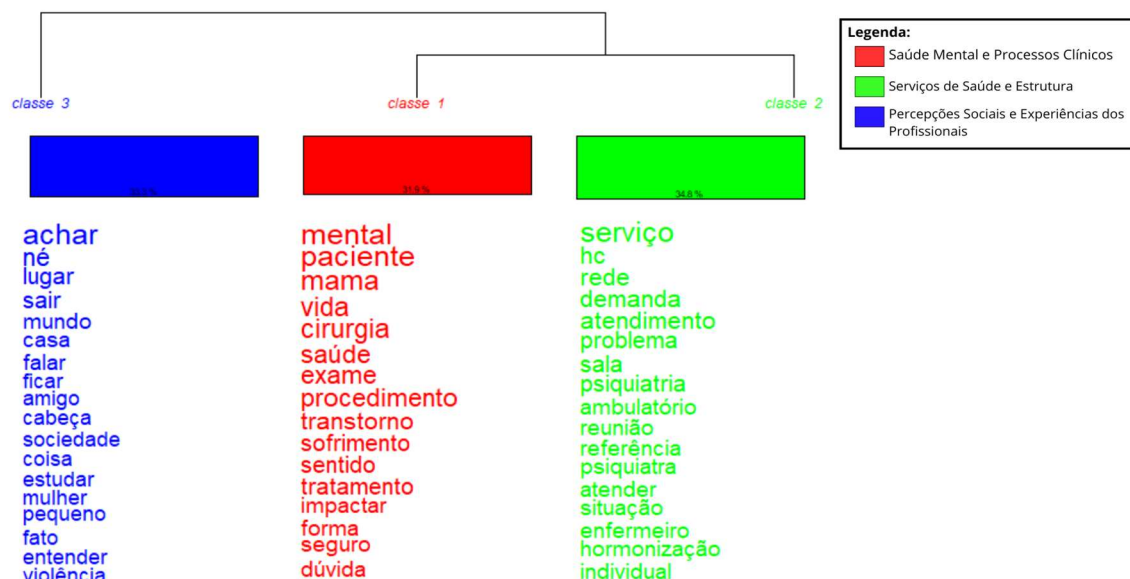


Fonte: O autor (2025).

## 5.6. O Cuidado em saúde trans e travesti no Espaço Trans do HC-UFPE sob a ótica dos profissionais de saúde: Processos Clínicos, Estrutura e Percepções Sociais no Acesso e Clínica Ampliada.

O corpus analisado foi composto por 5 textos, totalizando 18.285 palavras com média de 3.657 palavras por texto. Dentre essas formas, foram identificados 925 hapax, correspondendo a 5,06% das ocorrências. A análise do corpus textual permitiu a identificação de três classes analíticas.

Figura 8 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do corpus textual das entrevistas dos profissionais de saúde do Espaço Trans do Hospital das Clínicas/UFPE.



Fonte: O Autor (2025).

#### 5.6.1. Saúde mental e processos clínicos

A classe 1 concentra termos relacionados à saúde mental e aos procedimentos médicos (31,9%), destacando palavras como "mental", "paciente", "transtorno", "sofrimento", "tratamento" e "impactar". Esse agrupamento sugere uma ênfase no cuidado psicológico e na importância do suporte emocional no atendimento às pessoas trans.

Além disso, termos como "cirurgia", "exame" e "procedimento" indicam a relevância da assistência clínica, especialmente no que se refere a intervenções cirúrgicas e terapêuticas. Dessa forma, os profissionais demonstram preocupação tanto com os aspectos físicos quanto com o bem-estar emocional dos pacientes, refletindo a necessidade de uma abordagem integral à saúde trans.

*"Eu busco fazer uma anamnese completa, tanto geral quanto direcionada. Avalio a saúde de forma ampla, verificando se o paciente tem alguma condição como hipertensão, diabetes, se faz uso de medicações, entre outros fatores. (...) No caso dos homens trans, que são meu público principal, procuro compreender o processo pelo qual passaram ao se reconhecerem como homens trans, como perceberam que a mama não fazia parte do seu corpo e por que desejam retirá-la."* (Profissional ETHC1, mulher cis).

A análise documental da Ficha de Acolhimento Psicológico (Anexo C) e da Ficha de Acolhimento Social (Anexo D) do Espaço Trans do HC/UFPE revela que o serviço dispõe de instrumentos para uma anamnese completa, que abrange desde dados pessoais e históricos de vida até aspectos de saúde mental e uso de substâncias. Isso corrobora o relato da profissional ETHC1, que busca uma 'anamnese completa, tanto geral quanto direcionada', buscando compreender o processo de reconhecimento da identidade de homens trans. Tais achados dialogam diretamente com a Portaria nº 2.803/2013 do Ministério da Saúde, que redefine e amplia o Processo Transexualizador no SUS, ao normatizar diretrizes de acolhimento e a atuação da equipe multiprofissional.

Isso corrobora com as anotações do caderno de campo que evidenciam a preocupação recorrente dos profissionais de saúde com as necessidades gerais das pessoas atendidas no serviço, especialmente no que diz respeito às especificidades das vivências trans. Foi observado que as relações de adaptação frente às modificações corporais decorrentes de procedimentos cirúrgicos, ainda exigem uma escuta atenta e qualificada, que reconheça o impacto subjetivo dessas transformações na vida de cada usuário. Nesse contexto, destaca-se a adoção do PTS e do diálogo interprofissional como ferramentas técnicas fundamentais para a efetivação dos princípios da clínica ampliada. Tais recursos permitem a construção de estratégias de cuidado mais integradas e coerentes com as demandas singulares de cada pessoa, sendo elementos visíveis tanto nos discursos quanto nas dinâmicas cotidianas do serviço, tal como vivenciado por profissionais e usuários.

Durante a entrevista com a profissional ETHC1, foi registrado no caderno de campo uma postura ética e sensível à complexidade que envolve o bem-estar físico e mental de pessoas trans, com atenção especial aos homens trans. A profissional demonstrou preocupação com os desafios enfrentados por esse grupo, particularmente em relação à adequação corporal e à organização das experiências de vida, marcadas pela busca de um fenótipo que dialogue com a identidade de gênero de forma a proporcionar conforto e reconhecimento.

Os grupos de convivência favorecem a diminuição de dúvidas e o acolhimento de angústias, como também funcionam como dispositivos de troca de saberes entre todos os sujeitos envolvidos na produção do cuidado — tanto os trabalhadores quanto os usuários. Trata-se de uma tecnologia relacional desenvolvida no âmbito do próprio serviço, que se mostra potente na redução de ruídos e conflitos na dinâmica de atenção, promovendo uma comunicação mais eficaz e uma escuta ativa.

*"A sociedade adocece essas pessoas. E o grupo [de convivência] cria um espaço de fortalecimento coletivo. O objetivo é que elas saiam daqui mais fortes para conviver com o mundo."* (Profissional ETHC2, mulher cis).

As observações registradas no caderno de campo evidenciam a relevância dos grupos de convivência coletiva como espaços estratégicos para a construção de um cuidado compartilhado e horizontalizado entre profissionais de saúde e usuárias do serviço.

Além dessas funções, observa-se que os grupos operam como espaços de diálogo não hierárquico, orientados por uma lógica de corresponsabilidade, configurando-se como instrumentos de controle coletivo da qualidade do cuidado. Essa prática se alinha diretamente aos princípios da clínica ampliada, que exige das equipes multiprofissionais — e também dos próprios usuários — a construção de uma comunicação compreensível, acessível e mediada pelo reconhecimento da diversidade social e intelectual. O objetivo é garantir que todas as pessoas possam compreender seu processo de saúde-doença e participar ativamente das decisões que lhes dizem respeito, possibilitando intervenções mais efetivas e adequadas.

É importante destacar que esse grupo de convivência não se confunde com as tradicionais reuniões de equipe. O serviço organiza, semanalmente, um momento exclusivo para essa outra modalidade de encontro, no qual são discutidos casos específicos, dinâmicas internas e as singularidades que atravessam o cotidiano do cuidado. Tal espaço constitui um ponto focal para a formulação dos PTS, reafirmando o compromisso do serviço com a minimização de danos, tanto na saúde dos usuários quanto na qualificação das práticas institucionais de cuidado.

No contexto específico deste estudo, os discursos dos profissionais ETHC3 e ETHC4 revelaram uma preocupação constante com os impactos psíquicos negativos que afetam a vida das pessoas trans.

*"Sem dúvida, saúde mental é a maior demanda. O acesso a médicos, especialmente endocrinologistas, também é uma demanda importante. Muitos fazem hormonização por conta própria, por não conseguirem acessar os serviços."* (Profissional ETHC3, mulher cis).

*"Muitos pacientes chegam com uma visão idealizada da cirurgia, acreditando que, após o procedimento, deixarão de sofrer preconceito ou que sua vida mudará drasticamente."*

*Trabalhamos no ajuste dessas expectativas, ajudando o paciente a lidar psicologicamente com essas questões. Curiosamente, os próprios pacientes trans não costumam ver problema na presença do psiquiatra. Pelo contrário, eles valorizam muito ter um profissional disponível para o atendimento. [...] Quase sempre há um sofrimento significativo, e, na maior parte das vezes, isso acaba levando ao adoecimento mental. Muitos pacientes passaram por rejeição familiar, exclusão social e preconceito desde a infância." (Profissional ETHC4, homem cis).*

As anotações do caderno de campo indicam que a saúde mental permanece como um dos principais desafios enfrentados pelos serviços de referência em saúde voltados à população LGBT no Brasil. Tais desafios se manifestam na prática cotidiana, onde se reconhece que, diante da ausência ou insuficiência de respostas institucionais adequadas, muitos usuários recorrem a tecnologias informais, não profissionais ou não regulamentadas, na tentativa de organizar seus próprios processos de cuidado.

A sensibilidade dos profissionais ao lidar com essas questões torna-se evidente nos diálogos e nas expressões relatadas durante as entrevistas. Há um esforço perceptível em estabelecer uma escuta acolhedora e respeitosa, buscando compreender não apenas os sintomas, mas os contextos sociais, afetivos e estruturais que atravessam as experiências de sofrimento psíquico.

#### 5.6.2. *Serviços de saúde e estrutura*

A classe 2 reúne palavras relacionadas à organização dos serviços de saúde (34,8%), como "atendimento", "demanda", "ambulatorios", "psiquiatria", "referência" e "situação". Esse conjunto de termos aponta para as dificuldades e desafios enfrentados na estruturação do cuidado, destacando a necessidade de articulação entre diferentes setores da saúde para garantir um atendimento adequado. Palavras como "enfermeiro", "psiquiatra" e "reunião" indicam a importância do trabalho multiprofissional e da comunicação entre as equipes, enfatizando a necessidade de ampliação da equipe para garantia do cuidado.

*"Hoje estamos num momento importante de reorganização do serviço, principalmente para avançar em conquistas relacionadas à equipe. A gente precisa de mais profissionais. O aumento da equipe é o principal desafio que a gente enfrenta agora." (Profissional ETHC1, mulher cis).*

As anotações do caderno de campo destacam aspectos positivos relacionados ao comprometimento da gestão e da coordenação do serviço com a qualificação do cuidado, especialmente no que se refere aos esforços voltados à ampliação da equipe multiprofissional. Tal iniciativa é compreendida como um componente estratégico para a reestruturação do serviço e para a efetivação do acesso com qualidade.

Durante o período das entrevistas, foi possível observar um clima de otimismo entre os profissionais diante da chegada de novos integrantes à equipe, resultado do chamamento progressivo de aprovados em concurso público anterior. A recomposição do quadro, que anteriormente se encontrava fragilizado por questões administrativas e estruturais, foi celebrada como uma conquista coletiva. A ampliação da equipe representa, assim, não apenas um reforço operacional, mas uma oportunidade concreta de fortalecer a entrega do cuidado integral às pessoas trans, ampliando a capacidade do serviço de responder às demandas complexas dessa população com mais escuta, presença e efetividade. Configurando o acesso como caminho de cuidado e acolhimento.

*"A primeira etapa é o acolhimento. Ele pode ser realizado por uma equipe multiprofissional, com até três profissionais ao mesmo tempo. O maior desconforto para as pessoas atendidas é ter que repetir várias vezes sua trajetória de vida. Então, preferimos fazer esse acolhimento conjunto."* (Profissional ETHC2, mulher cis).

As anotações do caderno de campo evidenciam a atuação eficaz das tecnologias leves no cotidiano do serviço, especialmente no que diz respeito à resolução de demandas complexas e à qualificação das relações de cuidado. Um dos pontos positivos observados refere-se à implementação da consulta coletiva interdisciplinar, prática que tem se mostrado estratégica na agilização dos fluxos e na construção compartilhada das decisões clínicas. Essa modalidade de atendimento permite não apenas maior integração entre os profissionais, como também favorece a escuta ampliada, respeitando a complexidade das vivências das pessoas trans.

Destacou-se, ainda, a preocupação da equipe em evitar a revitimização dos usuários, especialmente no momento dos acolhimentos, buscando reduzir exposições desnecessárias que poderiam atualizar dores já vividas. Essa sensibilidade se expressa como um movimento ético que aproxima a prática dos princípios da clínica ampliada, ao promover um cuidado que reconhece os direitos, a singularidade e o limite da exposição subjetiva de cada usuário. A proposta de cuidado,

portanto, se organiza de forma articulada e respeitosa, alinhando técnica, escuta e vínculo como fundamentos centrais para a produção de saúde com dignidade.

O cuidado, que procura favorecer uma escuta ampliada e o trabalho coletivo estiveram entre os dispositivos apontados pelos profissionais no cuidado das pessoas trans:

*"Atendo às terças à tarde. Os pacientes são encaminhados após acompanhamento com psicologia, psiquiatria e serviço social. Conversamos sobre suas demandas, histórico de identidade de gênero e expectativas da cirurgia. Muitos relatam desconforto com as mamas desde a infância."* (Profissional ETHC3, mulher cis).

*"Toda quarta-feira à tarde realizamos reuniões para discutir problemas do serviço e casos específicos dos pacientes. Toda a equipe participa: psicólogo, psiquiatra, enfermeiro, assistente social e até a recepcionista, que tem uma visão ampla do funcionamento do serviço."* (Profissional ETHC4, homem cis).

Em anotações do caderno de campo foi observado nos relatos da profissional ETHC3, que destacaram como questões relacionadas ao corpo, especialmente em relação aos seios, aparecem de forma recorrente nas falas dos usuários, sendo reconhecidas e discutidas coletivamente entre os profissionais do ambulatório. Da mesma forma, o profissional ETHC4 relata a importância do diálogo contínuo na definição de encaminhamentos e estratégias de resolução para demandas comuns, demonstrando a capacidade do serviço de articular respostas coordenadas. Tais práticas apontam para o fortalecimento do cuidado enquanto ação coletiva e para o potencial do serviço em consolidar-se como um espaço de produção de saúde sensível às singularidades, centrado na efetivação dos direitos e na construção de vínculos qualificados.

### 5.6.3. *Percepção sociais e experiência dos profissionais*

Por fim, a classe 3 agrupa palavras que refletem a percepção dos profissionais sobre a realidade das pessoas trans e suas vivências sociais (33,3%), incluindo termos como "achar", "mundo", "sociedade", "mulher", "violência" e "entender". Esse agrupamento sugere que os profissionais reconhecem os desafios enfrentados por essa população, como o preconceito e a exclusão social, e buscam compreender melhor suas demandas e necessidades. O uso de termos como

"amigo", "falar" e "cabeça" pode indicar uma tentativa de empatia e aproximação, reforçando a importância do acolhimento humanizado.

*"A LGBTfobia é uma realidade, e tentamos sempre acolher os pacientes da melhor maneira possível. Sabemos que, além da questão médica, há toda uma estrutura social que impacta a vida dessas pessoas."* (Profissional ETHC1, mulher cis).

*"Minha mãe acolheu Rosana, uma mulher trans, quando eu era criança. Sempre convivi com pessoas LGBT e aprendi desde cedo a respeitar. Aqui no ambulatório, levo essa experiência para um acolhimento humanizado."* (Profissional ETHC2, mulher cis).

*"O serviço realiza sonhos no quesito cirúrgico, mas, mais que isso, é um espaço de cuidado integral. (...) As pessoas sabem que aqui elas vão ser escutadas, orientadas, vão ter uma direção de onde seguir. Muitas chegam perdidas, e para mim é quase uma missão ajudá-las a reencontrar o equilíbrio."* (Profissional ETHC3, mulher cis).

As impressões registradas no caderno de campo permitiram identificar que a maioria dos profissionais demonstra um envolvimento afetivo e ético com as vivências sociais dos usuários, especialmente no que se refere às violências estruturais que os atravessam. Tais temáticas emergem como questões sensíveis no cotidiano do serviço, exigindo escuta qualificada e manejo cuidadoso.

A escuta das experiências de violência e exclusão, conforme apontado pelo profissional ETHC3, revela a necessidade de considerar os determinantes sociais do adoecimento, que extrapolam o campo biomédico. Tais determinantes incidem diretamente sobre o sofrimento psíquico das pessoas atendidas, exigindo uma abordagem que articule dimensões subjetivas, sociais e institucionais.

A compreensão dos sofrimentos vivenciados por pessoas LGBT, como a violência intrafamiliar, a exclusão social e a negação de seus direitos fundamentais, é indispensável para a construção de práticas profissionais éticas e comprometidas com a dignidade humana.

*"Quase sempre há um sofrimento significativo, e, na maior parte das vezes, isso acaba levando ao adoecimento mental. Muitos pacientes passaram por rejeição familiar, exclusão social e preconceito desde a infância."* (Profissional ETHC4, homem cis).

As experiências precisam ser consideradas no desenvolvimento de planos terapêuticos singulares que respeitem as particularidades de vida de cada indivíduo. Essa proposta está alinhada

à lógica da clínica ampliada, a qual exige que o cuidado em saúde seja sensível às subjetividades, e orientado por princípios de escuta qualificada, acolhimento e reconhecimento das diferenças.

Nesse sentido, Amarante (2007b) adverte que a transformação paradigmática no campo da saúde mental exige o deslocamento do olhar técnico centrado na doença para um olhar centrado na singularidade do sujeito. Ele alerta para um risco importante ao se ampliar a noção de clínica sem uma crítica cuidadosa ao seu fundamento:

*“É importante refletir sobre qual o modelo assistencial e quais as propostas ético-políticas que são a sua fundamentação. Dessa forma, evita-se cair em uma ampliação da clínica, exportando o modelo clínico para outras áreas da experiência social, política e humana, pois assim estaríamos alargando a rede de captura da medicalização”* (Amarante, 2007b, p. 174).

Portanto, a clínica ampliada não deve ser uma extensão indiscriminada do modelo clínico tradicional, mas sim uma proposta ética de transformação das práticas, comprometida com o fortalecimento da autonomia dos sujeitos e com a construção de alternativas ao modelo biomédico de normatização da vida. É nesse espaço ético e político do cuidado que se torna possível enfrentar os determinantes sociais e culturais do sofrimento, especialmente aqueles impostos a corpos dissidentes e identidades marginalizadas.

A distribuição das classes no espaço fatorial revela tensões e complementaridades no discurso dos profissionais de saúde do Espaço Trans do HC/UFPE. O primeiro eixo, que explica 56,54% da variância, evidencia uma oposição clara entre os discursos que lidam com a saúde mental e dimensão clínica (Classe 1) e aqueles que se concentram na estrutura e organização dos serviços (Classe 2; figura 9).

A Classe 1, situada à esquerda e na parte superior do gráfico, concentra termos como “mental”, “transtorno”, “cirurgia” e “acompanhamento”, indicando a centralidade do sofrimento psíquico, do cuidado com a saúde mental e das intervenções biomédicas no atendimento a pessoas trans. Essa ênfase dialoga com os achados de Vieira et al. (2025), que mostram como os serviços ainda estão fortemente centrados em critérios biomédicos, especialmente na avaliação de saúde mental como condicionante para acessar procedimentos de afirmação de gênero.

A Classe 2, localizada na parte inferior esquerda do mapa fatorial, representa discursos focados na dinâmica organizacional dos serviços. Termos como “demanda”, “serviço”, “atendimento” e “psiquiatria” reforçam a percepção de que o cuidado às pessoas trans exige uma rede bem articulada e multiprofissional. Esse grupo discursivo evidencia as dificuldades operacionais e os entraves institucionais, tema também analisado por Fontana (2024), que discute as barreiras

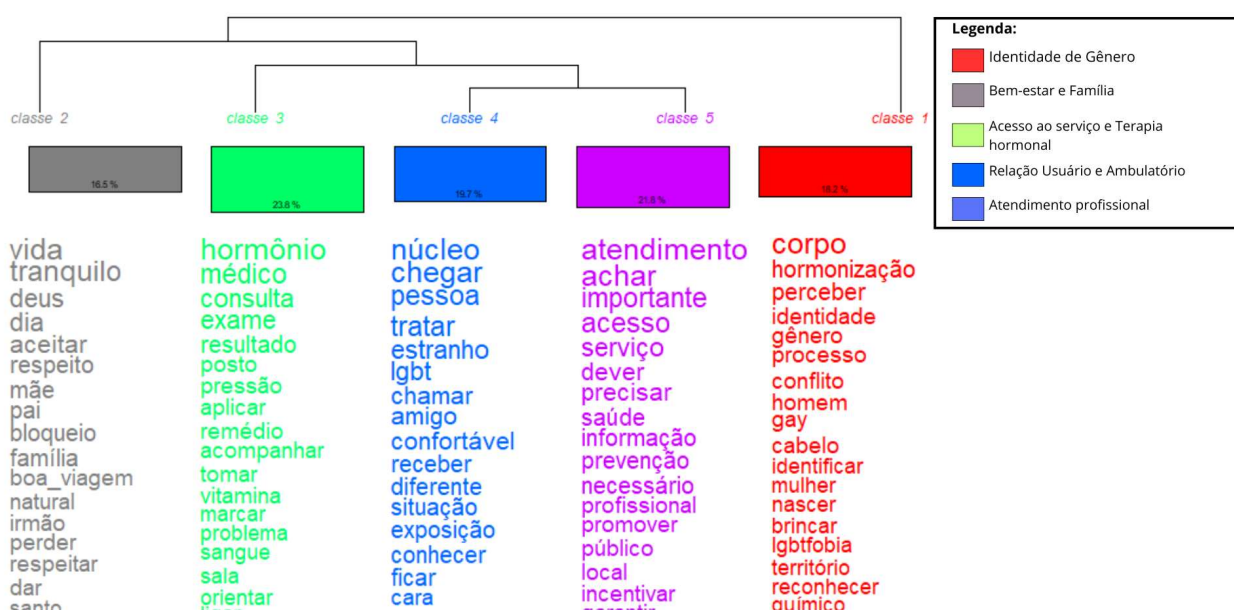
Fonte: O autor (2025).

### 5.7. A experiência dos usuários no Ambulatório LGBT Patrícia Gomes: Intersecções entre Identidade de Gênero, Bem-Estar e a Dinâmica do Acesso e Terapia Hormonal

O corpus analisado foi composto por 6 textos, totalizando 17.905 palavras com média de 2.984,1 palavras por texto. Dentre essas formas, foram identificados 708 hapax, correspondendo a 3,95% das ocorrências. A análise do corpus textual permitiu a identificação de cinco classes analíticas.

A análise de CHD das entrevistas realizadas com usuários do Ambulatório LGBT Patrícia Gomes revelou cinco classes de palavras que representam diferentes aspectos da experiência dessas pessoas no serviço de saúde.

Figura 10 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do corpus textual das entrevistas dos Usuários do Ambulatório Patrícia Gomes (Policlínica Lessa de Andrade).



Fonte: O Autor (2025).

#### 5.7.1. Identidade de Gênero

A classe 1, que representa 18,2% do corpus, destacou termos como "corpo", "hormonização", "identidade" e "gênero", evidenciando a centralidade da afirmação de gênero e dos desafios enfrentados por pessoas trans e não binárias. As narrativas dos usuários revelam a busca por reconhecimento social e médico, além das limitações no acesso a cuidados integrais.

Como aponta Bento (2017), a hormonização é um elemento crucial para a transição de gênero, atuando não apenas na modificação corporal, mas como um rito de passagem que valida identidades historicamente marginalizadas. Mas as necessidades são para além da hormonização e os relatos acabam por apontar a fragmentação do cuidado, como menciona a usuária:

*" [...] Eu queria que tivesse mais encaminhamento para outras coisas, outras áreas. Mas aqui eles só atendem a gente nessa parte de hormônio e PrEP. Eu mesmo sou atendida aqui nessa parte. Não sei outras pessoas, mas no meu caso, eu sou atendida só por PrEP e hormônio. Mas nós preferíamos fazer mais coisas, né? Tipo encaminhamento para dentista, encaminhamento para psiquiatra, que já me deram. Mas estou falando de encaminhamento para outros espaços, porque eu já estou aqui faz dois anos." (Usuário PGU6, mulher trans).*

Essa limitação reflete a medicalização reducionista criticada por Lionço (2018), que alerta para a desumanização quando serviços especializados restringem-se a intervenções biomédicas, negligenciando demandas intersetoriais (saúde bucal e saúde mental). Assim ilustrando a persistência de barreiras estruturais mesmo em serviços destinados à população LGBT. A fala de outra usuária reforça essa crítica:

*"Dentista aqui também é uma coisa louca [...] rodei a baiana pra entrar nesse céu e não tem como" (Usuária PGU1, mulher trans).*

As anotações do caderno de campo evidenciam a persistência da fragmentação do cuidado quando as demandas dos usuários extrapolam os limites do que está prescrito dentro do processo transexualizador. Apesar dos esforços da equipe em ampliar a escuta e buscar alternativas, ainda se observam barreiras significativas que dificultam a continuidade e integralidade do cuidado, especialmente no que diz respeito às necessidades básicas de saúde que exigem articulação com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde.

A fala da usuária PGU1, ao mencionar de forma irônica o “céu” como sinônimo do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), aponta para a percepção de inacessibilidade desses serviços. Sua expressão crítica evidencia o abismo que muitas vezes separa o discurso sobre acesso e resolutividade da realidade concreta dos usuários. Nesse sentido, a ironia da usuária funciona como

denúncia simbólica das barreiras estruturais e institucionais que impedem que o acesso seja efetivado de forma plena.

A violência intrafamiliar também emerge, como no relato da mesma usuária sobre agressões paternas na infância:

*"Meu pai me batia todo santo dia. Eu nunca perguntei a ele por que ele me batia, porque eu já tinha mais ou menos noção do porquê. Porque naquela época não era fácil. Naquela época, a história de uma pessoa trans era alucinante. [...] eu já colocava vestidinho de menina, brincava de boneca, aquela fechação. Aí chegou um santo dia que eu falei com meu pai: "Todos os dias, na prisão, no presídio, os marginais apanham e continuam sendo marginais. Essa pisa que o senhor me dá todo santo dia vai me dar jeito? Não. Então pare com isso." (Usuária PGU1, mulher trans).*

As anotações do caderno de campo evidenciam diversas camadas de vulnerabilidade enfrentadas por pessoas trans na busca por reconhecimento social e pelo acesso a direitos fundamentais, incluindo o direito à saúde. As dificuldades de adequação às normas sociais hegemônicas frequentemente expõem esses sujeitos a processos contínuos de exclusão e violência. Os discursos coletados durante o trabalho de campo apontam que, para além da negação de direitos, a sociedade frequentemente opera mecanismos de eliminação simbólica e material de corpos dissidentes, especialmente de pessoas trans. Tal realidade foi ilustrada de forma contundente pela usuária PGU1, ao relatar episódios de violência vivenciados em função de sua identidade de gênero.

Além disso, tais experiências alinham-se aos dados da Benevides (2025) e de Ryan (2009), que associam o fundamentalismo religioso e normas familiares heterocisnormativas à expulsão e violência contra pessoas trans.

Um usuário relatou seus sentimentos paradoxais que demonstram o significado, anseios, desejos e expectativas do processo de transição de gênero:

*"[...] Eu queria ter barba. Aí, eu ficava naquele conflito. Vou tomar hormônio, eu vou ter barba, mas aí eu vou ter pelo no meu corpo todo, eu não quero. [...] No começo eu achava que tinha alguma coisa estranha comigo. Eu não conseguia me encaixar em nenhum lugar. Eu sabia que tinha algo diferente, mas não entendia o*

*que era de verdade. Com acompanhamento e terapia, comecei a entender, primeiro, que eu gostava de meninas. E depois eu fui começando a entender que eu era um homem trans. E começar a entender, entrar em conflito”* (Usuário PGU5, homem trans).

Ecoando a noção de Butler (2015) sobre a performatividade do gênero como um processo contínuo de negociação entre corpo, identidade e expectativas sociais.

### 5.7.2. Bem-Estar e família

A classe 2, representado por 16,1% do corpus, marcada por termos como "vida", "tranquilo", "respeito" e "família", aborda a construção de redes de apoio e a busca por estabilidade emocional, reflete uma narrativa de autodescoberta e resiliência frente às pressões sociais e familiares.

Como aponta Perucchi et al., (2014), a família opera como um espaço de reprodução de normas heterocisnormativas, o que pode gerar conflitos internos e externos para pessoas LGBT. Como foi observado na fala de um usuário:

*"Você passa a conhecer pessoas diferentes. E então eu fui me descobrindo na questão da minha orientação sexual. Hoje eu estou mais tranquilo quanto a isso, apesar de ainda existirem muitos paradigmas, né? Viver numa sociedade muito complicada... Até mesmo dentro da minha casa, da minha família. [...] Acho que vem com a maturidade. Você começa a entender como funciona a vida, começa a se aceitar e aceitar seu ritmo de ser. Eu, comigo, tenho esse processo dessa forma. Tem sido muito natural a minha evolução, e eu quero que continue assim. Então, eu me sinto confortável para falar para as pessoas que eu tenho vontade de falar”* (Usuário PGU3, homem cis).

Demonstra como a exposição a ambientes diversos pode desestabilizar paradigmas internalizados, permitindo a resignificação identitária. O entrevistado menciona uma evolução "natural" em sua aceitação, destacando a maturidade como fator central ("você começa a entender como funciona a vida"). Essa narrativa dialoga com Gomes et al. (2024), que discutem a construção

de identidades dissidentes como um processo não linear, marcado por negociações entre autenticidade e adaptação a contextos hostis.

Além disso, as anotações do caderno de campo trouxeram questões que revelam que muitas vezes pessoas trans a se adaptarem às normas sociais, inclusive de negação de seus corpos, e de suas orientações sexuais, para conseguirem transitar pela sociedade. Esses atravessamentos negativos foram percebidos nas dinâmicas de entrevistas, e por mais que seja trazido pelo discurso do usuário PGU3, ainda as informações que atravessam negativamente o não existir das pessoas LGBT, geram diversos adoecimentos e afastamento de dinâmicas de vida, inclusive a social.

Para o usuário, a autorrevelação seletiva ("sinto confortável para falar para as pessoas que tenho vontade") funciona como estratégia de preservação emocional em uma sociedade LGBTfóbica, alinhando-se ao conceito de "gestão do armário" discutido por Sedgwick (1990), que reconhece a complexidade das escolhas sobre visibilidade em contextos de risco.

O trecho a seguir aprofundou a discussão sobre o suporte familiar ambíguo, revelando como, no caso de pessoas trans, a aceitação pode estar imbricada em processos de violência e vulnerabilização social:

*"Eu ia para Boa Viagem. Ai, depois, quando minha mãe me descobriu, me falaram que eu estava lá. Disseram assim para ela: 'Teu filho tá em Boa Viagem de peruca, de saia.' Minha mãe, graças a Deus, me aceitou. Me ajudou, me dava roupa, me dava as coisas. Hoje em dia, não mais, né? Mas, no começo, minha mãe me apoiou muito."*  
(Usuário PGU6, mulher trans).

O relato acima ilustra a complexidade da aceitação familiar no contexto de trajetórias marcadas pela exclusão estrutural. Embora o discurso da entrevistada sugira um apoio materno, esse "acolhimento" se dá concomitantemente ao início de sua vivência na prostituição — uma trajetória muitas vezes naturalizada como destino inevitável para mulheres trans em contextos de marginalização. A prostituição aparece frequentemente como uma resposta à ausência de oportunidades, sendo muitas vezes sustentada por estruturas familiares que, ao mesmo tempo que não rejeitam completamente, também não oferecem alternativas concretas de autonomia (Silva Junior et al., 2022).

O *Dossiê Trans 2021* denuncia justamente esse paradoxo: a romantização de apoios que se estabelecem dentro de uma lógica de exclusão, na qual a exploração do corpo é vista como rota de sobrevivência legítima (Benevides e Nogueira, 2021).

As anotações do caderno de campo, no caso da usuária PGU6, evidenciam que o apoio institucional nem sempre se efetiva por vias estruturadas de cuidado, mas frequentemente se dá em função de contextos de vulnerabilidade extrema, como no caso de demandas financeiras e de sobrevivência. A usuária relatou ser responsável pelo sustento de sua família, mesmo sem ter alcançado a maioria à época, o que revela uma sobreposição de vulnerabilidades marcada por desigualdades sociais, etárias e de identidade de gênero. Tal situação expõe, de forma contundente, os efeitos da desumanização de corpos LGBT na sociedade, corpos muitas vezes percebidos como descartáveis, abjetos ou à margem do que se reconhece como sujeito de direitos.

### 5.7.3. *Acesso ao Serviço e Terapia Hormonal*

Na classe 3, 23,8% do corpus, com termos como "hormônio", "médico" e "consulta", esta classe revela a centralidade da hormonização no cotidiano dos usuários. Uma usuária reforçou a terapia hormonal como eixo de sua autonomia corporal.

*"Para mim, era importante como complemento para desenvolver meu corpo [...] a minha principal necessidade é a terapia hormonal. Os hormônios e o bloqueador, que são os que eu preciso. Até agora, eu não tomo nenhum outro medicamento específico."* (Usuária PGU2, mulher trans)

No entanto, a dependência excessiva de determinados serviços especializado foi problematizada pela usuária:

*"Fora hormônio e PrEP, [outros serviços] é lá na [Policlínica do] Pina"* (Usuária PGU6, mulher trans).

Isso sugeriu uma fragmentação do cuidado e a falta de integralidade, contrariando os princípios da Clínica Ampliada (Campos, 2007).

*"Aí entrou [um novo profissional] porque [outra profissional] vivia afastada, vivia sempre de licença. Aí era como se eu estivesse só vindo pegar o hormônio e fazendo um acompanhamento sozinho."* (Usuário PGU5, homem trans)

As anotações do caderno de campo apontam para a recorrente ruptura na continuidade do cuidado quando se trata de demandas que extrapolam os limites do processo hormonal. Observa-se que o ambulatório, apesar de sua proposta ampliada, ainda tende a centralizar sua atuação nas etapas formais do processo transexualizador, o que limita a abrangência do cuidado ofertado. Essa concentração nas demandas biomédicas específicas compromete a efetivação do princípio da integralidade, previsto na Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

A fragilidade na construção de vínculos, a descontinuidade no cuidado em rede e a ausência de profissionais de referência estáveis figuram como obstáculos centrais à efetivação de um modelo de atenção centrado na pessoa usuária. Tais elementos comprometem a longitudinalidade e a corresponsabilização, princípios fundamentais para um cuidado que reconheça e valorize a singularidade e a subjetividade de cada trajetória. Como destacam Assis e Rocha (2022), a atenção à população trans na Atenção Primária à Saúde ainda carece de dispositivos que assegurem o acesso contínuo, humanizado e responsivo às especificidades dessa população. Além disso, a rotatividade profissional e a desarticulação entre os níveis de atenção favorecem a fragmentação do cuidado, tornando o processo de hormonização um procedimento técnico isolado, dissociado de um projeto terapêutico singular (Pavinati et al., 2025).

Essa descontinuidade fragiliza a integralidade da atenção e compromete o direito à saúde como prática de cuidado ético e político. O trecho evidencia, portanto, a necessidade urgente de protocolos específicos que garantam não apenas o acesso ao hormônio, mas o estabelecimento de vínculos duradouros, com acompanhamento longitudinal e escuta qualificada (Regino et al., 2022).

Além disso, a demora no acesso a procedimentos complementares, como relatou uma usuária sobre próteses odontológicas, evidencia uma forma de violência estrutural. Essa despriorização das demandas de pessoas trans no sistema de saúde, perpetua um sofrimento evitável, como discutem Sousa e Iriart (2018) ao analisar as barreiras institucionais enfrentadas por homens trans no acesso aos serviços de saúde.

*“Quem não puder me encaminhar para a minha prótese... Eles veem no meu exame que eu tenho muito hormônio feminino. [...] Aqui, eu só faço esse tratamento [hormonal]. Não tem tratamento pra saúde bucal, essas outras coisas médicas.”*  
(Usuário PGU1, mulher trans).

A fala do usuário sobre conflitos na decisão pela hormonização ("Você tem certeza?") destaca a importância do acolhimento profissional, alinhado às diretrizes do Processo Transexualizador (Brasil, 2013), que preconiza consentimento informado e escuta qualificada.

*“Vou tomar hormônio, eu vou ter barba, mas aí eu vou ter pelo no meu corpo todo, eu não quero. [A profissional] foi explicando tudo e aí, no meio da consulta, eu fiz: Eu quero hormônio. Ela disse: você tem certeza que você quer? Que, na verdade, ainda não tava como [PGU5], né. Você tem certeza? Eu disse: tenho. Ela disse, “tá certo, eu vou prescrever”. (Usuário PGU5, homem trans).*

As anotações do caderno de campo revelam a centralidade ainda predominante do processo transexualizador na organização dos cuidados oferecidos pelo serviço, marcada pela aplicação rigorosa dos protocolos institucionais. Embora essa estrutura cumpra as demandas importantes, evidenciou a necessidade de expansão das práticas de cuidado para além desse eixo específico. Tal centralidade, ao focalizar prioritariamente os procedimentos biomédicos, acaba por restringir o alcance do atendimento diante das múltiplas e complexas necessidades que compõem os percursos saúde-doença das pessoas LGBT.

#### 5.7.4. Relação ambulatorio e usuário

A Classe 4, 19,7% do corpus, palavras como "núcleo", "confortável" e "tratar" destacam a importância de ambientes seguros. Os relatos dos usuários evidenciou a complexidade das relações entre segurança subjetiva, sigilo, identidade e acesso aos serviços de saúde por pessoas LGBT.

A despeito da boa qualidade do atendimento relatado, persiste o desconforto ligado à possibilidade de exposição social em espaços de cuidado. Isso reflete uma tensão comum nos serviços voltados a populações vulnerabilizadas: o ambiente pode ser acolhedor institucionalmente, mas fatores externos como o medo de estigmatização ou de “ser visto” podem minar essa acolhida subjetiva.

*“Eu me sinto confortável para cá... mas também não me sinto. Não é pelo atendimento, não. O atendimento é bom. Mas às vezes eu fico com medo de encontrar alguém conhecido [...] Não me sinto confortável de vir para o serviço, não sinto. E não é pelo atendimento, eu gosto, acho que sou bem atendido. [...] Só que eu não me sinto confortável. Se fosse você no meu lugar, se você não estivesse confortável... Eu acho que é porque sou muito fechado na minha vida. Aí fica essa coisa de chegar aqui e encontrar gente conhecida.”* (Usuário PGU3, homem cis).

Como apontam Ayres et al. (2012), o acolhimento em saúde não se restringe ao bom atendimento técnico, mas envolve dimensões relacionais e simbólicas, como o reconhecimento das singularidades do sujeito e o respeito à sua intimidade. O depoimento também remete à ideia de passabilidade social (*passability*), conceito abordado por Spade (2015), em que pessoas trans ou não conformes ao gênero enfrentam riscos sociais ao serem percebidas fora das normas cisheteronormativas, mesmo em espaços supostamente seguros.

Outro ponto essencial é o “núcleo” como espaço simbólico de apoio. Em experiências com ambulatórios transespecíficos, Silva e Duarte (2018) destacam que embora a equipe multiprofissional seja qualificada e sensível no acolhimento, o estigma externo — vindo da família, vizinhança ou redes sociais — muitas vezes inibe o comparecimento regular dos usuários, principalmente quando o serviço está localizado em áreas centrais ou visíveis da cidade.

Os relatos analisados revelam que, mesmo diante de dificuldades estruturais como falhas no sistema, ausência de exames e desorganização de consultas, o acolhimento promovido por profissionais comprometidos foi essencial para manter o vínculo dos usuários com o serviço.

*“Aqui, consegui o acolhimento, fiquei tranquila, entendeu? O único problema aqui é que, muitas vezes, como eu já vi acontecer, uma vez só que eu vi, não tinha sistema. E eu não consegui pegar o meu exame. Perdi a viagem, fui embora para casa sem consulta com o médico, sem nada. Porque, como eu falei, eu cheguei no médico sem exame.”* (Usuária PGU1, mulher trans)

*“[A profissional] sempre me apoiou também, foi uma pessoa muito paciente, me respeitou acima de tudo. E aquilo que eu precisava ser atendida, eu acredito que ela me atendeu. Ou, quando era algo que precisava, ela sempre encaminhava, passava para inscrição, alguma coisa assim. E sempre foi normal.”* (Usuária PGU2, mulher trans)

*“Mas hoje está melhor. Agora, sou atendido pela enfermeira. Ela não é médica, mas dentro do protocolo da PrEP, está autorizada a fazer o atendimento. E, sinceramente, o atendimento dela é um dos mais acolhedores que já tive aqui. Ela é muito competente. Melhorou bastante, mas ainda pode melhorar, principalmente na questão de organização das consultas e na comunicação com os pacientes.”* (Usuário PGU3, homem cis)

Esses depoimentos demonstram a atuação das tecnologias leves, como escuta qualificada, empatia e respeito, que compõem a base da clínica ampliada. Nesse modelo, o cuidado ultrapassa a dimensão técnica, envolvendo uma responsabilização ética e afetiva dos profissionais, fundamental para populações em situação de vulnerabilidade social, como as pessoas LGBT. A confiança na equipe, especialmente em figuras como enfermeiros que assumem o cuidado com competência, reflete uma ampliação dos papéis tradicionais na saúde, alinhada às diretrizes da atenção humanizada no SUS.

A resolutividade em saúde não depende exclusivamente de recursos materiais, mas da capacidade dos profissionais em responder às singularidades dos usuários com sensibilidade e compromisso (Campos, 2005; Maia, 2021). Essa responsabilização compartilhada entre profissionais e serviços se mostra como um caminho potente para consolidar práticas mais humanizadas, mesmo em contextos com limitações operacionais. Assim, os avanços observados na experiência dos entrevistados apontam que, apesar dos desafios, há um movimento consistente na direção da construção de um ambulatório mais acolhedor, ético e comprometido com a integralidade do cuidado.

As anotações do caderno de campo sugerem que as violações e estigmatização direcionadas aos corpos LGBT, bem como a exposição das dinâmicas de vida no contexto social, ainda funcionam como elementos desagregadores do cuidado em saúde para essa população. O relato do usuário PGU3 evidencia de forma clara como o medo de ser identificado como parte da população atendida pelo serviço especializado pode se transformar em fator de adoecimento. Durante a entrevista, o usuário,

um homem cis e gay, demonstrou desconforto com a sua permanência no espaço, apesar de reconhecê-lo como acolhedor e importante para o cuidado da população LGBT em geral.

A tensão relatada por PGU3 está relacionada ao processo de “armarização” de sua identidade, ou seja, à necessidade de manter sua orientação sexual em segredo como forma de autoproteção. Mesmo ciente da relevância do serviço e da qualificação do cuidado ali ofertado, o usuário revelou que essa condição impede que ele usufrua plenamente dos recursos disponíveis. Essa situação sugere os limites do acolhimento e do acesso ao serviço, embora institucionalmente garantido, não leva em consideração os atravessamentos subjetivos e contextuais que interferem na vivência integral do cuidado.

#### 5.7.5. *Atendimento profissional*

A classe 5, 21,8% do corpus, está relacionada ao atendimento profissional do ambulatório Patricia Gomes, evidenciada por termos como "atendimento", "importante", "acesso", "serviço", "prevenção" e "informação", que ressaltam a disponibilidade de serviços especializados e a promoção da saúde para essa população.

A universalidade, princípio norteador do SUS, foi destacado por um usuário, como fundamental para a garantia do acesso gratuito ao cuidado.

*“[...] Se não fosse pelo SUS, já não existiria. Algo assim gratuito, né? Porque quase tudo que a gente precisa é pago. Então, tem remédios que, quando você não consegue pegar aqui na farmácia, tem que pagar por fora. Ou até mesmo em relação à terapia hormonal. Então, acredito que o Ambulatório LGBT ajuda muito nisso. Ele tem esse papel de orientar sobre qual remédio certo tomar, qual profissional buscar, onde procurar ajuda... Além disso, o ambulatório acolhe. Ele respeita você como você é. Porque muitas vezes você não vê isso na rua. Não vê em casa. Não vê no seu ciclo social mesmo.” (Usuário PGU2, mulher trans)*

O SUS é valorizado como via de acesso a serviços e medicações, especialmente a terapia hormonal, conforme o relato do usuário PGU2: 'Algo assim gratuito, né? Porque quase tudo que a gente precisa é pago'. Essa percepção é crucial, pois alinha-se diretamente com o objetivo da PNSILGBT de promover o acesso integral e equitativo, fortalecendo o SUS. A Portaria SES nº 060/2015 de Pernambuco e a Resolução CIB/PE nº 6324/23 , que habilitou o ambulatório Patrícia

Gomes para o Processo Transsexualizador e destinou recursos específicos, são exemplos de como o arcabouço documental busca garantir essa oferta.

A falta de informação sobre o serviço dificulta a chegada até ele, fragilizando um acesso necessário e assegurado enquanto direito substancial.

*“Acho extremamente importante [a existência do ambulatório LGBT]. Por muito tempo, eu mesmo não me sentia parte do grupo LGBT, então não sabia que esse tipo de serviço existia. Só fui procurar porque precisei. Mas foi difícil encontrar. Liguei para várias unidades e não tinha vaga. Quando há mais centros como esse, mais pessoas conseguem acessar o serviço. Muita gente não chega até aqui por falta de informação ou por receio.” (Usuário PGU3, homem cis).*

As anotações do caderno de campo indicam o reconhecimento, por parte dos usuários, da importância dos serviços de saúde voltados à população LGBT, destacando como pontos positivos a oferta de tecnologias de cuidado, a garantia do acesso a medicações, o acolhimento e o sentimento de pertencimento no espaço institucional. Esses elementos são frequentemente mencionados nos discursos como fundamentais para a consolidação do cuidado em saúde no âmbito do SUS.

É relevante compreender que, para além da função assistencial, esses serviços também operam como espaços simbólicos de reconstrução de vínculos e de reafirmação de identidades. Em muitos casos, o ambulatório se torna um lugar de referência afetiva, comparado a uma casa ou família, onde pessoas LGBT se reconectam consigo mesmas e com outros, em contextos marcados por históricos de exclusão. O usuário PGU3 destaca que essa dimensão relacional e subjetiva do cuidado representa um componente essencial para a efetivação do respeito e da dignidade no atendimento. Esses aspectos reforçam o papel dos serviços especializados não apenas como pontos de acesso técnico, mas como territórios de resistência, pertencimento e produção de vida.

Os relatos evidenciam a importância do SUS como espaço de cuidado e acolhimento acessível para muitas pessoas LGBT, principalmente para aquelas em situação de vulnerabilidade econômica e social. A menção à terapia hormonal e à gratuidade dos serviços destaca o papel estratégico do ambulatório na promoção do acesso à saúde integral, conforme previsto pela PNSILGBT (Brasil, 2011). A referência ao acolhimento respeitoso e ao reconhecimento da identidade de gênero do usuário reforça a atuação de tecnologias leves no processo de cuidado, sendo

a escuta e o reconhecimento subjetivo elementos centrais da clínica ampliada (Campos, 2005). Esses elementos contribuem para a construção de vínculos e o fortalecimento da responsabilização por parte dos profissionais de saúde, mesmo em contextos de precariedade material.

*“[...] Tem muita gente que toma hormônio por conta própria, faz as coisas sozinha, sem saber se está certo ou errado. Eu mesma já fiz isso e não tinha ninguém para me orientar. Agora que tem um lugar como esse, a gente pode conversar, pode ser acompanhada, tem um médico que passa tudo direitinho, tem acompanhamento. Porque, mesmo aqui, eu continuo tomando hormônio por conta própria, do meu jeito, e continuo com meus problemas.”* (Usuário PGU5, homem trans)

*“É bom para as pessoas que estão iniciando essa transição, né? Fazer por conta do hormônio. Essas coisas são arriscadas. Eu fiz, mas eu não aconselho ninguém. É bom para as pessoas que estão começando agora a se transacionar, ter um apoio de um médico, passar tudo direitinho, ser acompanhada. Mas, pra mim... não sei. Pra mim tanto faz como tanto fez. Se acabar isso aqui, do mesmo jeito eu vou continuar a minha hormonioterapia do mesmo jeito, por conta própria.”* (Usuário PGU6, mulher trans).

Contudo, a análise documental, especialmente do Receituário de Exames Laboratoriais para Terapia Hormonal Feminilizante (Anexo L) e do Termo de Esclarecimento e Consentimento para Pessoas em Uso de Estrógeno e/ou Antiandrógeno (Anexo M) do Ambulatório Patrícia Gomes, revelou um protocolo técnico rigoroso. Apesar disso, os discursos dos usuários PGU5 e PGU6 indicam que a automedicação com hormônios por conta própria ainda é uma prática recorrente, mesmo com o serviço formalmente disponível. Isso aponta para uma lacuna entre a oferta e a adesão, sugerindo que, apesar da existência de normativas e acompanhamento profissional, os saberes empíricos e a descontinuidade na relação profissional-usuário persistem como desafios.

As anotações do caderno de campo reforçam que o uso indiscriminado de hormônios e outros medicamentos ainda é uma prática recorrente entre pessoas trans. O acompanhamento técnico dos profissionais é reconhecido como elemento central na garantia de direitos e segurança no cuidado. No entanto, os saberes empíricos e culturais também ocupam lugar legítimo na experiência desta população. Isso reforça a necessidade de ações permanentes de educação em saúde e de enfrentamento ao estigma, por meio de um diálogo centrado no indivíduo e em suas necessidades.

Ressalta-se, ainda, que o saber médico continua sendo amplamente valorizado pelos usuários do serviço de saúde LGBT.

Apesar do reconhecimento da importância do serviço, o depoimento revelou a persistência de uma prática recorrente da automedicação com hormônios sem supervisão médica. Essa prática evidencia a distância entre a oferta formal do cuidado e sua adesão prática por parte das usuárias. Estudos apontam que o uso empírico e desregulado de hormônios é um dos principais fatores de risco para o adoecimento e morte de pessoas trans e travestis no Brasil, seja por ausência de acompanhamento clínico ou por efeitos adversos não monitorados (De Caux, 2018; Iala, 2022;). O relato demonstrou a necessidade constante de ações de educação permanente continuadas, como instrumento para ampliar o protagonismo das usuárias e sua responsabilização nos processos terapêuticos (Ceccim e Feuerwerker, 2004).

Adicionalmente, observa-se que tais serviços ainda carecem de melhor integração e articulação com a Rede de Atenção Integral à Saúde, de forma a garantir continuidade do cuidado e não sua fragmentação — aspecto reiteradamente mencionado nos relatos dos participantes. Assim, torna-se imprescindível avançar na organização interna dos serviços, bem como na efetivação das normativas existentes, para que o cuidado prestado à população LGBT seja de fato integral, resolutivo e permanente, conforme preconizam as diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

A configuração do mapa fatorial revela uma clivagem muito significativa no discurso dos usuários do ambulatório LGBT Patrícia Gomes. O primeiro eixo (30,38%) ilustra uma oposição central entre um polo biomédico — centrado no corpo, nos processos de hormonização e na afirmação física da identidade de gênero (Classe 1) — e um polo social e subjetivo, que abarca desde redes de suporte até espiritualidade (Classe 2 e parte das Classes 3 e 4). Essa oposição é também teórica, refletindo as tensões históricas entre os modelos biomédicos de cuidado e as abordagens psicossociais, como discutem Selles et al. (2023) e Nascimento (2024), que ressaltam que os serviços de saúde trans ainda priorizam intervenções corporais em detrimento das dimensões emocionais e sociais da experiência trans (Figura 11).

A Classe 1, situada no quadrante direito, concentra fortemente termos como "corpo", "hormonização", "identidade" e "processo", expressando uma narrativa de legitimação identitária ancorada no acesso às tecnologias biomédicas. Isso reflete o que Valente (2021) identificou como “biomédicalização da transição”, onde o acesso a hormônios e procedimentos cirúrgicos é central



## 5.8. O olhar dos profissionais de saúde no Ambulatório LGBT Patrícia Gomes: Gestão do Acesso, Direitos e Aspectos Subjetivos na Prática da Clínica Ampliada.

O corpus analisado foi composto por 5 textos, totalizando 21.293 palavras com média de 4.258,6 palavras por texto. Dentre essas formas, foram identificados 851 hapax, correspondendo a 4% das ocorrências. A análise do corpus textual permitiu a identificação de três classes analíticas.

Figura 12 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do corpus textual das entrevistas dos Profissionais de Saúde do Ambulatório Patrícia Gomes (Policlínica Lessa de Andrade).



Fonte: O Autor (2025).

### 5.8.1. Acesso e procedimentos em saúde

A classe 1, 48,5% do corpus, representada pela cor vermelha, está relacionada à temática do acesso e dos procedimentos de atendimento em saúde. Termos como "demanda", "consulta", "encaminhamento", "atendimento", "necessário", "saúde" e "exame" sugerem um foco na organização dos fluxos assistenciais, na gestão do cuidado e nas exigências burocráticas do serviço. A predominância da Classe 1 sugere que a maior parte das preocupações dos profissionais está centrada nas demandas burocráticas e estruturais da rede de atenção à saúde.

*“[...] No fim das contas, a demanda é a demanda do SUS, é a demanda de uma população que tem dificuldade de acesso a tudo. Então, quando a pessoa chega para mim, eu olho para essa necessidade. Depois que eu escuto, aí sim vamos para o*

*acolhimento considerando a especificidade LGBT. Porque eu sei que quando a demanda chega aqui, muitas vezes já vem carregada de muito sofrimento. As pessoas chegam aqui esgotadas, muito abaladas. Muitas vezes, a gente precisa primeiro parar para escutar. Porque as pessoas transbordam de tanta angústia. Depois, vamos para aquele questionário que faz o acolhimento e levanta algumas características, um pouco da história de vida delas. Mas eu acho que tem perguntas ali que são muito invasivas* (Profissional PGP2, mulher cis).

As percepções registradas no caderno de campo evidenciam que, em alguns casos, o olhar de determinados profissionais ainda é marcado por limitações na compreensão das demandas singulares das pessoas LGBT. A ausência de uma abordagem não universalista pode comprometer a correta interpretação dos direitos e a efetivação de protocolos e ações específicas. A profissional PGP2, por exemplo, expressou receio quanto à “invasão de privacidade” no atendimento, visão que contrasta com a maioria da equipe, que entende a escuta aprofundada como fundamental para acessar dimensões subjetivas importantes no cuidado de pessoas trans.

A coleta de informações sensíveis, realizada em ambiente seguro e com respeito ao sigilo, é crucial para a resolutividade e personalização do cuidado. Contudo, a perspectiva restritiva da profissional PGP2, no primeiro contato com os usuários, pode comprometer o vínculo inicial e o acesso qualificado. A Ficha de Acolhimento (Anexo H) e a habilitação do ambulatório pela Resolução CIB/PE nº 6324/23 (Anexo I) formalizam o compromisso com a atenção integral à população LGBT. No entanto, a percepção de PGP2 sobre o questionário da ficha como "muito invasivo" e a insistência em que o "ambulatório é um serviço como qualquer outro" revelam uma tensão entre a normativa e a prática, dificultando o reconhecimento da singularidade do público-alvo.

Observa-se que, em alguns contextos dos serviços de saúde, determinados profissionais ainda não incorporam de forma crítica e reflexiva a importância de reconhecer e nomear adequadamente as formas específicas de violência e vulnerabilidades que atravessam os sujeitos LGBT. A fala de uma profissional entrevistada revela essa lacuna, especialmente ao universalizar as necessidades dos usuários do SUS, tratando-as de modo indistinto. Tal generalização ignora o princípio da equidade e a necessidade de reconhecer demandas particulares, o que compromete a efetividade do cuidado. Discursos como “todos são iguais” frequentemente operam como mecanismos de apagamento das diferenças e de negação do direito ao cuidado específico (de Oliveira Ferreira, et al., 2018).

Além disso, há evidências de que alguns profissionais ainda atribuem a não adesão das pessoas LGBT aos serviços à falta de interesse ou à resistência dos próprios usuários, quando, na

verdade, trata-se de uma falha institucional na capacidade de oferecer acolhimento qualificado e livre de discriminações. A inversão de responsabilidade é um dos principais entraves à promoção da saúde integral de populações dissidentes, especialmente em contextos marcados por preconceito estrutural e formação técnica desatualizada (Bezerra et al., 2019).

Ainda nota-se a resistência explícita à aplicação de instrumentos que aprofundem a escuta qualificada, como fichas de acolhimento com perguntas sociodemográficas específicas. A crítica à "profundidade" do questionário sugere o desconhecimento sobre sua função na identificação dos determinantes sociais de saúde que impactam de forma desproporcional a população LGBT. A literatura atual é clara em apontar que a invisibilidade desses determinantes contribui diretamente para o agravamento do sofrimento psíquico, aumento da morbimortalidade e consolidação de barreiras de acesso (Rocon et al., 2019). Portanto, incorporar esses dispositivos não é apenas uma exigência técnica, mas um passo fundamental na construção de políticas de saúde baseadas na equidade, na clínica ampliada e na responsabilização compartilhada.

Os trechos das entrevistas mencionam a pressão sobre os profissionais devido à alta demanda espontânea e à necessidade de triagem, como relatado

*"O fluxo funciona assim: os pacientes chegam por demanda espontânea, para o acolhimento. Eu sou a primeira pessoa que os recebe, ou seja, o serviço social faz essa entrada no ambulatório."* (Profissional PGP2, mulher cis).

*"Eu só consigo atender um número limitado de pacientes por dia".* (Profissional PGP4, mulher cis).

*"São determinados pacientes já marcados naquele dia [...]. Só que tem muita gente. Então acaba que não dá pra atender todo mundo."* (Profissional PGP5, mulher cis).

A organização da demanda, como expressa nas falas dos profissionais, refletiu o desafio para a aplicação dos protocolos de saúde. O Laudo Diagnóstico para Testes Rápidos (Anexo J) é um instrumento essencial para a vigilância em saúde e a prevenção de ISTs, e o Plano Municipal de Saúde de Recife (Anexo K) delinea as 'ações de promoção e vigilância em saúde' para a população LGBT. Contudo, a 'sobrecarga' e a percepção de 'entrega sacrificada' mencionadas pelos profissionais, somadas às 'dificuldades de abordagem' e aos 'preconceitos', afetam a efetividade da triagem e da oferta de testes. A falta de tempo e de recursos humanos, em dissonância com o

planejamento do PMS de Recife, pode levar à negligência de práticas preventivas e de acolhimento, comprometendo a capacidade do serviço em realizar plenamente a 'promoção da saúde' e a 'redução de riscos', conforme preconizado pela PNSILGBT.

As anotações do caderno de campo indicam a percepção de sobrecarga entre os profissionais do serviço, refletida em discursos que associam o aumento do tempo de espera e a sensação de entrega sacrificada ao contexto político e institucional atual. A desmobilização parcial da equipe técnica, marcada por mudanças de profissionais médicos, abandono de vínculos e substituições constantes, tem comprometido o fluxo habitual do atendimento, revelando fragilidades estruturais e desafios relacionados aos recursos humanos.

Esse cenário tem impactado diretamente a qualidade do cuidado ofertado, uma vez que, diante da pressão para cumprimento de metas assistenciais, práticas fundamentais como a escuta qualificada e o preenchimento de protocolos e fichas de acolhimento são, por vezes, negligenciadas. Tais omissões contribuem para uma construção fragmentada do cuidado, contrariando os princípios da clínica ampliada e fragilizando o vínculo com os usuários.

Essas narrativas refletem as barreiras de acesso enfrentadas por populações marginalizadas, conforme discutido por Travassos e Castro (2012), que destacam a fragmentação dos sistemas de saúde como obstáculo à equidade. A dependência de demanda espontânea, embora facilitadora do acesso imediato, pode sobrecarregar serviços sub financiados, reproduzindo desigualdades estruturais (Giovannella et al., 2021). Além disso, a necessidade de triagem prévia revela uma tensão entre a lógica burocrática e as demandas complexas da população LGBT, que frequentemente busca serviços após experiências traumáticas em outros espaços de saúde (Campos et al., 2020).

#### 5.8.2. *Direitos e Questões Sociais*

A classe 2, 26,8% do corpus, representada pela cor verde, agrupa palavras relacionadas a direitos e questões sociais, com destaque para termos como "LGBT", "preconceito", "aceitação", "empatia", "prioridade" e "importante". Esse conjunto lexical indica um discurso voltado para a inclusão de populações vulnerabilizadas e os desafios enfrentados por determinados grupos no acesso aos serviços de saúde. A presença de palavras como "civil", "policlínica" e "pessoal" sugere uma preocupação dos profissionais com a equidade no atendimento e a implementação de políticas

públicas voltadas para essa população. As falas dos profissionais destacam a interseccionalidade das opressões, como no relato:

*"O sofrimento que a população LGBT passa é grande. A gente vive em uma sociedade héterocisnormativa e machista. Todos sofrem, mas, na minha opinião, as mulheres trans negras são as que mais sofrem."* (Profissional PGP5, mulher cis)

*"Atendi uma mulher trans que precisa de um psiquiatra [...], mas ela não quer de jeito nenhum, tem fobia, porque da última vez que foi atendida, o psiquiatra foi agressivo, transfóbico e violento com palavras."* (Profissional PGP5, mulher cis)

Observa-se que os direitos dessa população ainda são sistematicamente negados ou dificultados por práticas institucionais que perpetuam preconceitos. Os relatos de profissionais de saúde destacam a interseccionalidade das opressões — especialmente quando se trata de mulheres trans negras — e reforçam a urgência de repensar a estrutura dos serviços para que sejam, de fato, inclusivos. A transfobia institucional, por exemplo, não é um desvio individual, mas um sintoma de uma lógica cis-heteronormativa que organiza o cuidado, tal como analisa Butler (2004) em sua teoria da violência de gênero. A formação deficiente dos profissionais, apontada por Paranhos et al. (2021), contribui para o sofrimento evitável dessa população, como apresentou o autor:

*"As análises apontam para a necessidade de desenvolver formações e capacitações permanentes [...], e que essas formações avancem e se pautem na humanização, distanciando-se da lógica biologicista que reproduz ainda mais estigmas."* (Paranhos et al., 2021)

A proposta de uma clínica ampliada (Campos, 2007) ganha força diante da violência simbólica enfrentada por pessoas trans, sobretudo negras, cujas vivências são atravessadas por múltiplas camadas de exclusão. O reconhecimento das interseccionalidades é essencial para romper com modelos de cuidado pautados na normatividade (Avelino et al., 2024).

As anotações do caderno de campo evidenciam a responsabilidade e o comprometimento dos profissionais com as vivências sociais da população LGBT atendida no serviço. O reconhecimento das dimensões sociopolíticas que atravessam essas trajetórias, bem como das múltiplas formas de violência a que estão submetidas, é identificado como um eixo fundamental para a compreensão das

vulnerabilidades que se interseccionam e aprofundam processos de exclusão, adoecimento e, em muitos casos, morte.

Nesse sentido, a escuta qualificada dessas experiências de violação não deve ser dissociada das decisões clínicas. Pelo contrário, constitui um elemento central na elaboração de PTS que reconheçam as especificidades de cada usuário.

### 5.8.3. *Percepções sociais e experiência dos profissionais*

A Classe 3, 26,8% do corpus, representada pela cor azul, abrange aspectos relacionados às percepções sociais e experiências dos profissionais sobre o funcionamento do serviço. Palavras como "coisa", "entender", "coordenação", "cidade", "prefeitura", "ajuda" e "limite" indicam reflexões sobre a gestão dos serviços de saúde, os desafios administrativos e as limitações enfrentadas na prática profissional. Além disso, termos como "pesado" e "mundo" sugerem a sobrecarga dos profissionais e as dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho.

*"Eu tô um pouco cansada. [...] O que vai me fazer sair realmente é a questão salarial. As gratificações [...] aqui na parte ambulatorial são muito baixas."* (Profissional PGP4, mulher cis)

As anotações do caderno de campo permitem observar que o compromisso com a causa LGBT e com os princípios do SUS é um traço comum entre os profissionais que compõem a equipe do serviço. No entanto, as demandas oriundas de fragilidades estruturais, instabilidades políticas e desafios gerenciais podem, em determinados momentos, atuar como fatores determinantes na ruptura de vínculos por parte de alguns profissionais.

Apesar disso, destaca-se que a vinculação da maior parte da equipe ocorre não apenas por obrigação funcional, mas por um alinhamento ético-político e pelo reconhecimento técnico das práticas voltadas à eliminação de vulnerabilidades e desigualdades que atingem a população LGBT.

A narrativa a seguir, ilustra as tensões presentes no processo de cuidado e evidencia como o medo de situações conflituosas pode interferir na tomada de decisão clínica e administrativa. O relato da profissional aponta para a complexidade das relações estabelecidas entre usuários e profissionais:

*“[...] Fiquei com medo de sofrer violência, porque uma mulher trans chegou e ela exigia que fosse renovado [a receita] naquele dia, porque ela estava, assim, arrumando há muito tempo. E eu disse: olha, infelizmente não vai ter como, porque hoje já está muito lotado o ambulatório, não vai ter vaga. Mas aí ela começou a bater nas cadeiras e tudo. E aí eu comentei com a chefinha do ambulatório e disse, olha, eu acabei renovando a receita naquele momento mesmo, porque eu fiquei com medo.”* (Profissional PGP5, mulher cis).

As anotações do caderno de campo indicam que, embora não se trate de uma recorrência sistemática, há situações pontuais em que conflitos nas relações interpessoais entre profissionais e usuários — e vice-versa — atuam como elementos desestabilizadores do vínculo. Em determinados casos, aspectos relacionados à vulnerabilidade social e à distância de certos códigos normativos de comunicação podem dificultar o estabelecimento de um diálogo equilibrado e respeitoso, interferindo na construção de uma escuta qualificada e no exercício pleno da clínica ampliada.

Embora tais episódios não configurem uma tônica predominante no serviço, sua ocorrência revela fragilidades na mediação da comunicação e aponta para a importância de estratégias contínuas de qualificação profissional. O não diálogo, quando presente, pode comprometer o acesso e o acolhimento, sobretudo quando se trata de populações historicamente marcadas por exclusões e estigmas.

Além disso, a menção à baixa remuneração ("Gratificações... muito baixas") expõe a precarização do trabalho em saúde pública, agravada em serviços especializados que demandam alta carga emocional (Dejours, 1992).

A sobrecarga relatada por profissionais da saúde está alinhada à literatura recente sobre burnout em contextos de alta vulnerabilidade social. O cuidado a usuários LGBT expostos à violência e exclusão reforça a internalização de riscos emocionais por parte dos trabalhadores da saúde, como relatado por Pestana Grandim e Silva (2022) .

Esse estudo aponta que o despreparo institucional, somado à negligência das políticas públicas, pode acabar agravando o sofrimento dos usuários, mas também contribui significativamente para o adoecimento mental dos profissionais. Além disso, é sugestivo a falta de

apoio institucional ("coordenação", "prefeitura") reproduzir ciclos de desgaste, comprometendo a sustentabilidade dos serviços. Essa dinâmica ilustra a contradição entre políticas de inclusão simbólica e a ausência de investimento material, crítica frequentemente dirigida às políticas públicas para populações LGBT (Facchini e França, 2019).

Os resultados da AFC revelam um cenário discursivo fortemente tensionado entre uma acesso e procedimentos em serviços de saúde (Classe 1), e uma lógica centrada nos direitos, acolhimento e equidade (Classe 2). O Eixo 1 (63,3% da variância) traduz essa oposição, evidenciando que, para os profissionais, há um distanciamento perceptível entre cumprir protocolos e atender às demandas reais da população LGBT. Esse dado dialoga diretamente com a discussão trazida por Oliveira (2009), que discute a clínica ampliada como uma estratégia fundamental para superar práticas fragmentadas e tecnicistas no SUS, apontando a necessidade de articulação entre cuidado e gestão (Figura 13).

A Classe 3, situada no quadrante superior esquerdo, destaca um campo discursivo relacionado às percepções e experiências dos próprios profissionais sobre a gestão, as limitações institucionais e a sobrecarga de trabalho. Palavras como “coordenação”, “limite”, “pensar” e “ajuda” refletem não só um olhar crítico sobre o próprio serviço, mas também uma busca por alternativas para lidar com as tensões entre a burocracia e as necessidades dos usuários. Essa leitura se alinha com os argumentos de Franco e Merhy (2013), que destacam como a micropolítica do trabalho em saúde impacta diretamente tanto na produção do cuidado quanto no sofrimento dos próprios profissionais, especialmente quando se deparam com modelos organizacionais que não favorecem práticas inclusivas e dialógicas.

Por outro lado, a Classe 2, que ocupa o quadrante inferior esquerdo, representa uma ruptura simbólica com os discursos centrados na gestão. Esta classe privilegia os sentidos do cuidado, da empatia e do enfrentamento das desigualdades, com termos como “LGBT”, “preconceito”, “aceitação” e “tranquilo”. Isso reafirma o que discutem Brito et al. (2022), ao argumentarem que a Clínica Ampliada não é apenas uma proposta técnica, mas um dispositivo ético-político que permite deslocar o foco do atendimento de uma lógica biomédica para uma lógica relacional, centrada nos sujeitos e em seus projetos de vida .



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta pesquisa delinearam um cenário complexo, marcado pela tensão entre os princípios de integralidade da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) e a permanência de práticas biomédicas e binárias nos serviços. Essa dicotomia gerou descontinuidades significativas no cuidado. A investigação inovou ao explorar essa tensão, revelando como a centralidade em procedimentos técnicos, em detrimento de uma perspectiva ampliada, perpetuou rupturas na construção de um fazer saúde verdadeiramente inclusivo.

A análise de casos múltiplos, adotada como estratégia metodológica, permitiu identificar padrões, contrastes e singularidades entre os três ambulatorios estudados: USF Mandacaru I (Afogados da Ingazeira), Espaço Trans (HC/UFPE) e Ambulatório Patrícia Gomes (Policlínica Lessa de Andrade). Um aspecto transversal identificado foi a recorrência de experiências de violência nas trajetórias de vida da população LGBT, as quais, embora não motivassem diretamente a busca por atendimento, emergiram como determinantes sociais relevantes nos processos de adoecimento. Essa dimensão, frequentemente negligenciada na prática clínica, impôs a necessidade de incorporá-la ao planejamento e à execução do cuidado, visando mitigar o abandono e a exclusão dos serviços.

Outro elemento comum foi a elevada prevalência de demandas relacionadas à saúde mental, reforçando a urgência de ampliar o acesso e de implementar uma clínica ampliada que favorecesse a resolutividade dessas questões. A pesquisa também evidenciou a atuação comprometida de profissionais, que se colocaram como referência no cuidado singularizado às pessoas LGBT, mesmo diante de limitações institucionais. Ainda assim, observou-se que os serviços, mesmo ao aplicarem diretrizes oriundas das portarias específicas para a saúde LGBT, mantiveram certa distância da efetiva aplicabilidade da clínica ampliada e do acesso integral.

No Ambulatório de Afogados da Ingazeira, houve esforços para ampliar o escopo do atendimento e ofertar um cuidado generalista às múltiplas demandas da população LGBT. Apesar da ausência de fluxos definidos e da frágil integração com a rede, a experiência representou um avanço no acolhimento na Atenção Primária à Saúde, sinalizando a possibilidade de replicação dessa abordagem em outras Unidades Básicas. O serviço indicou ao município a relevância de consolidar um espaço normatizado e referenciado para o cuidado integral à população LGBT, sendo reconhecido nesta pesquisa como uma experiência inovadora no campo da atenção primária.

No Ambulatório Patrícia Gomes, mesmo com limitações de infraestrutura e recursos humanos, destacaram-se práticas de escuta qualificada e acolhimento, alinhadas aos princípios da clínica ampliada. A atuação do serviço demonstrou a viabilidade de superação dos limites impostos pela lógica normativa do Processo Transexualizador, propondo uma abordagem mais integradora. O modelo adotado resultou da articulação entre gestões municipal e estadual e do protagonismo do controle social, indicando um caminho possível para o fortalecimento de práticas equitativas.

Já no Espaço Trans, apesar do reconhecimento como referência no Processo Transexualizador no Norte e Nordeste, observou-se um cuidado centrado prioritariamente nas identidades de gênero, com limitações no acolhimento de outras vivências LGBT. A própria Portaria que regula o processo impôs barreiras à construção de um cuidado mais amplo, mesmo diante dos esforços da equipe gestora. Essa centralidade comprometeu a efetivação da integralidade, especialmente em relação às orientações sexuais e às demais expressões de diversidade.

A pesquisa revelou ainda a invisibilidade de mulheres cis lésbicas e homens cis gays nos serviços acompanhados, sinalizando a reprodução de lógicas binárias e heteronormativas, mesmo em espaços supostamente inclusivos. Tal constatação apontou para a necessidade de uma abordagem mais equitativa, capaz de reconhecer a pluralidade das demandas da população LGBT.

Adicionalmente, a persistência da LGBTfobia, expressa em relações familiares e sociais, surgiu como determinante social de saúde, fragilizando o acesso, a permanência e o vínculo com os serviços. Ainda que tais violências não representassem a principal motivação para a procura por atendimento, elas apareceram como fatores de exclusão e sofrimento psíquico, reforçando a importância de incorporá-las como dimensões centrais do cuidado.

O estudo também evidenciou a permanência de abordagens biomédicas centradas na prevenção de ISTs, muitas vezes ancoradas em estigmas históricos ligados ao HIV e dirigidas quase exclusivamente a homens cis gays. Isso reforçou a urgência de desconstruir práticas patologizantes e oferecer informações e tecnologias de cuidado em perspectiva não estigmatizante, pautada na promoção de saúde e na valorização das múltiplas experiências LGBT.

A metodologia de triangulação, articulando entrevistas, observações em campo e análise documental, possibilitou uma compreensão ampliada sobre as dimensões do acesso e da clínica ampliada nos serviços investigados. As contribuições deste trabalho estenderam-se à formulação de políticas públicas e ao campo da prática clínica, apontando caminhos para a consolidação de serviços de saúde como espaços de cuidado e cidadania para a população LGBT.

Para pesquisas futuras, recomenda-se ampliar os cenários investigados, incluir diferentes níveis de atenção do SUS e adotar metodologias participativas que valorizem o protagonismo da população LGBT. Tais iniciativas podem fortalecer o enfrentamento da LGBTfobia institucional e favorecer a consolidação da clínica ampliada como prática efetiva nos serviços de saúde.

Por fim, este estudo defendeu a urgência de construção de um novo marco histórico para o cuidado em saúde, que transcenda a lógica cartesiana centrada na identidade de gênero e reconheça os sujeitos LGBT em sua integralidade. É necessário instituir um tempo outro, em que o cuidado valorize as escolhas individuais e promova a equidade com base no reconhecimento das singularidades, na escuta e na dignidade das vivências LGBT.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, Paulo. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007a.
- AMARANTE, Paulo. Medicalização da vida. IN: **Direitos Humanos**, 2007b, 169-174.
- AMORIM, Eduardo Borges; AMORIM, Arthur Borges; PEREIRA, Ana Cláudia Negrão. O entendimento do supremo tribunal federal à respeito da transfobia e homofobia como racismo/The federal supreme court's understanding regarding transphobia and homophobia as racism. **Braz. J. Dev**, v. 7, p. 118120-118150, 2021.
- ARAGÃO, L. H. A.; LEITE, M. D.; SANTOS, M. J. P.; SILVA, C. F.; MEDEIROS, J. S.; PEREIRA, D. M. Gestão em Políticas de Saúde da População Negra e LGBT sob a ótica multiprofissional da residência de atenção básica e saúde da família. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.8, n.1, p.206-216 jan. 2022.
- ARÁN, M.; LIONÇO, T. Mudança de sexo: uma questão de justiça para a saúde. **Série Anis: Brasília**, n. 53, 2007, p. 13.
- ARÁN, M.; MURTA, D.; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2008.
- ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 2009, 19: 15-41.
- ASSIS, Jônatas; ROCHA, Daniele. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E TRANSEXUALIDADE: A ATUAÇÃO DE UM PROFISSIONAL DO NASF FRENTE UMA DEMANDA DE SAÚDE MENTAL. **Revista Extensão & Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 97-114, 2022.
- AVELINO, Matheus Madson Lima et al. Transmasculinidades, gestação e acolhimento na rede de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 29, p. e240382, 2024.
- AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, p. 11-24, 2002.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Cepesc, 2009.
- AYRES, Jose Ricardo; PAIVA, Vera; FRANÇA JR, Ivan. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM. Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde. Curitiba: Juruá, p. 71-94, 2012.
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Editora Fiocruz, 2009.
- BARBOSA, Ana Luiza Neves de Holanda; VITAL, Carolina Lopes de Carvalho; RUSSO, Felipe Mendonça; COSTA, Joana Simões. Rendimentos e Jornadas de Trabalho Remunerado

e Não Remunerado no Brasil: uma análise por orientação sexual. In: Mercado de Trabalho: conjuntura e análise. Brasília: **IPEA**, n. 68, ano 26, p. 47-61, abr. 2020.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, Stella Maria PF; SILVA, Nair Fábio da; CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora C. Recursos humanos de saúde: um desafio estratégico para a qualidade da assistência de saúde e para a organização do SUS-com ênfase na enfermagem-subsídios para a discussão e análise da proposta do MS/FNS/DPO sobre agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 44, p. 7-8, 1991.

BATISTA, Luís Eduardo, et al. Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Saúde e Sociedade**, 2020, 29.3: e190151.

BATISTA, Amanda Trajano et al. Crenças e atitudes das populações chave acerca da profilaxia pré-exposição ao HIV/AIDS. **Tese de doutorado**, 2021.

BENEVIDES, Bruna; SIMPSON, Keila. Mapa dos assassinatos de travestis e transexuais no Brasil em 2017. **Associação Nacional de Travestis e Transexuais-ANTRA**, jan, 2018.

BENEVIDES, Bruna G. Dossiê; NOGUEIRA, Sayonara Naider Bonfim. Assassinatos e violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020. São Paulo: **Expressão Popular, ANTRA, IBTE**, 2021.

BENEVIDES, Bruna G. Dossiê: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2024 / Bruna G. Benevides. ANTRA (Associação Nacional de Travestis e Transexuais) – Brasília, DF: Distrito Drag; **ANTRA**, 2025.

BERENICE, BENTO. O que é transexualidade. São Paulo: Brasiliense, 2008.

BELARMINO, Victor; DIMENSTEIN, Magda; LEITE, Jáder. Saúde Mental de Homens Gays na Pandemia. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 14, n. 4, p. 153-166, 2022.

BENTO, Berenice. As famílias que habitam" a família". *Sociedade e cultura*, 2012, 15.2: 275-283.

BENTO, Berenice. Transviad@s: gênero, sexualidade e direitos humanos. **EdUFBA**, 2017.

BENTO, B. Transfeminicídio: violência de gênero e o gênero da violência. In: COLLING, L. **Dissidências sexuais e de gênero**. Salvador: EDUFBA, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/30169/1/dissidencias-sexuais-genero-repositorio.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2022.

BEZERRA, Marcos Vinicius da Rocha et al. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. *Saúde em Debate*, v. 43, n. spe8, p. 305-323, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria N° 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Mikael Lima et al. Política Nacional de Saúde Integral LGBT: Um estudo reflexivo sob a perspectiva dos Princípios doutrinários do SUS. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 11, n. 1, 2017.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília-DF. 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf) f> Acesso em: 11 nov. 2023.

BICHARA, Clea Nazaré Carneiro et al. Percepções e vivências da comunidade LGBTQIA+ acerca do SUS e o acolhimento nos serviços de saúde. **Peer Review**, v. 5, n. 1, p. 311-325, 2023.

BOLDRIN, Vitória da Cruz, et al. Avanços e desafios no processo transexualizador no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2025, 30: e10912023.

BRAGA, Alexandre Francisco. Comunicação e militância no contexto étnico-racial brasileiro. **Revista Extraprensa**, 2019, 12: 783-797.

BRITO, Christiane da Silva et al. Apoio institucional na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 04, p. 1377-1388, 2022.

BURESH, B., GORDON, S. From Silence to Voice: What Nurses Know and Must Communicate to the Public. Jones & Bartlett Learning, 2006.

BUTLER, Judith. Undoing gender. 2004.

BUTLER, Judith. Problemas de gênero-feminismo e subversão da identidade-Col. Sujeito & História.(8ª ed.). Disponível em: <https://cadernoselivros.files.wordpress.com/2017/04/butler-problemasdegenero-ocr.pdf>, 2015.

BVS. **Clínica Ampliada**. Biblioteca Virtual em Saúde, 2010. Disponível em: [BVS - Ministério da Saúde - Dicas em Saúde \(saude.gov.br\)](https://bvs-saude.gov.br/) Acesso em: 11 nov. 2023.

CABRAL, Clarice Cezar; MUÑOZ, Nuria Malajovich. Uma transição compartilhada: sobre o acolhimento em saúde mental em um ambulatório do processo transexualizador do SUS. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 259-280, jun. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2021v24n2p259.3>. Acesso em: 22 de out 2024.

CAETANO, L. O.; MARTINS, R. B. Processo Transsexualizador do SUS. In: *In: CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. (org.). Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar*. Santana de Parnaíba: Manole, 2021. f. 107-112. CAMPOS, G. W. DE S. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições-o método da roda. In: *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições-o método da roda*. 2005. p. 236-236.

CAMPOS, G. W. DE S.; AMARAL, M. A. DO. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciencia & saude coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849–859, 2007.

CAMPOS, Dalvan Antonio de; CARDOSO, Heitor Mondardo; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Vivências de pessoas LGBT em situação de rua e as relações com a atenção e o cuidado em saúde em Florianópolis, SC. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 79-90, 2020.

CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. 6. ed. Rio de Janeiro: **Forense Universitária**, 2009.

CARDOSO, M. R., & FERRO, L. F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 3, 149-156, 2011.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 14, p. 41-65, 2004.

CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. Definições da sexualidade humana. In: CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. (org.). **Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar**. Santana de Parnaíba: Manole, 2021. f. 12-17.

CNS. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, 2013b. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2023.

COSTA, J. M. S. F. **Acesso da população LGBTQIA+ residente no Recife a serviços de saúde: quando a informação faz a diferença**. Recife, 2021. Disponível em: <<http://tcc.fps.edu.br:80/jspui/handle/fpsrepo/1027>> Acesso em: 11 nov. 2023.

COSTA, I.E.R.; LUDEMIR, A. B.; AVELAR, I. Diferenciais da mortalidade por violência contra adolescentes segundo estrato de condição de vida e raça/cor na cidade do Recife. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009. v. 14, n. 5, 2009. p. 1781-1788.

CRENITTE, Milton Roberto Furst. **Fatores sociodemográficos associados a pior acesso à saúde em brasileiros com 50 anos ou mais: o impacto do gênero e da orientação sexual**. 2022. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; MENDONÇA, Érica Toledo de; COSTA, Glauce Dias da. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 2011, 30: 415-421.

CUNHA, Juliana Costa. **Produção de sentidos sobre saúde mental na política de saúde integral da população LGBT de Pernambuco**: produzindo memórias para ampliar horizontes. 2021. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/44276> Acesso em: 11 nov. 2023

CUNHA JÚNIOR, L. V. S.; ANJOS, A. K.; COSTA, I. E. R.; SANTOS, D. L. L.; AGUIAR, D. M. Vulnerabilidade e violência contra a população LGBTQIA+: atendimento e repercussões para a vítima e sua família. In: FREITAS, G. F.; OGUISSO, T.; TAKASSI M. H. (org.). **Enfermagem Forense**. Santana de Parnaíba, SP: Editora Manole, 2022, f. 166-178.

DE CAUX, Thais Rolla. O hormônio traz pra realidade todos os nossos sonhos ocultos: a experiência de mulheres transexuais e travestis com o processo medicamentoso de hormonização. 2018.

DE SOUSA, Anderson Reis et al. Produção do cuidado de enfermagem à população LGBTQIA+ na atenção primária. **Revisa**, v. 10, n. 2, p. 291-303, 2021.

DE OLIVEIRA FERREIRA, Breno; DOS SANTOS PEDROSA, José Ivo; DO NASCIMENTO, Elaine Ferreira. Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 1, p. 1-10, 2018.

DE LENA, Fernanda Fortes. “Só se for a dois”: conjugalidade e homoparentalidade no censo brasileiro de 2010. 2016. **Dissertação (Mestrado em Demografia)** - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.

FABRÍCIO, Jéssica Macário et al. O Enfermeiro na atenção primária frente as IST's na população LGBT. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 10, p. e55111032276-e55111032276, 2022.

FACCHINI, Regina; FRANÇA, Isadora Lins. De cores e matizes: sujeitos, conexões e desafios no Movimento LGBT brasileiro. **Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana**, n. 3, p. 54-81, 2009.

FACCHINI, Regina; FRANÇA, Isadora Lins (Ed.). Direitos em disputa: LGBTI+, poder e diferença no Brasil contemporâneo. **Editora da Unicamp**, 2020.

FARMER, P., CONNORS, M., & SIMMONS, J., Women, Poverty, and AIDS: Sex, Drugs, and Structural Violence. Common Courage Press, 1996.

FÉBOLE, Daniele da Silva. A produção de violências na relação de cuidado em saúde da população LGBT no SUS. 2017. 231 f. **Dissertação (mestrado em Psicologia)**--Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Dep. de Psicologia, 2017, Maringá, PR.

FERREIRA, Breno de Oliveira; PEDROSA, José Ivo dos Santos; DO NASCIMENTO, Elaine Ferreira. Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 1, p. 1-10, 2018.

FERREIRA, Carla Silva et al. Políticas públicas, gênero e raça: a experiência das mulheres negras quilombolas da comunidade de Várzea Queimada na Bahia. 2022.

FERRO NETO, Paulo Milhomem; SIUTA, Silvio Matheus de Medeiros. **Qualidade de vida de pessoas trans no Estado de Sergipe**. 2019.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da clínica. 5. ed. São Paulo: **Forense Universitária**, 2005.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: **Hucitec**, v. 201, 2013.

FREITAS, C. C. D. (2023). Corpos que resistem: acesso e qualidade da assistência prestada a travestis e transexuais no Sistema Único de Saúde (SUS).

FONTANA, Thabata Zamboli. Acesso da população LGBTQIA+ à Atenção Primária sob a ótica dos Agentes Comunitários de Saúde. 2024. **Tese de Doutorado**. [sn].

FLORES, Camila. Cirurgia de redesignação sexual e qualidade de vida em pessoas transgênero: uma revisão de literatura. **Revista Foco**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 45-67, 2024.

GARCIA, C. S. A.. **Processo de trabalho do apoiador do Cosems-PR e os desafios e potencialidades do apoio nos territórios**. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. 2024.

GIOVANELLA, Ligia et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p.

2543-2556, 2021.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. **Editora Atlas SA**, 2008

GOMES. R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2016. f. 72-95.

GOMES, Romeu et al. Problematizando as relações entre homoparentalidade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, p. e18412023, 2024.

GONÇALVES, E. A. S.; OLIVEIRA, S. F. O processo de transexualização no Sistema Único de Saúde e por vias alternativas em uma região de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 456-470, 2022.

GOUVEIA, Giselle Campos, et al. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011, 16: 1849-1861.

GOUVÊA, L. F.; SOUZA, L. L. Saúde e população LGBTQIA+: desafios e perspectivas da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. **Periódicus**, Salvador, v. 3, n. 16, p. 23- 42, 2021. HALKITIS, P. N. The AIDS Generation: Stories of Survival and Resilience. **Oxford University Press**, 2013.

HATZENBUEHLER, Mark L. et al. Structural stigma and LGBTQ+ health: a narrative review of quantitative studies. **The Lancet Public Health**, v. 9, n. 2, p. e109-e127, 2024.

HOLLANDA, Eliane, et al. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012, 17: 3343-3352.

IALA, Tagmi Joaquim. Efeitos adversos relacionados ao uso de hormônio em pessoas transexuais: revisão integrativa. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa nacional de saúde: 2019: orientação sexual autoidentificada da população adulta. **Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

JESUS, J. G. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos**. 2º ed. Brasília, 2012. Disponível em: ORIENTAÇÕES SOBRE IDENTIDADE DE GÊNERO CONCEITOS E TERMOS (diversidadessexual.com.br) Acesso em: 11 nov. 2023.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. **Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento**. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(1):161-170. (2010).

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2307-2316, 2010.

LAURENTINO, A. C. N. **Políticas públicas de saúde para a população LGBT**: da criação do SUS à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT. 2015. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

LIMA, Marcus Eugênio Oliveira et al. Formação e difusão das cognições sociais: TV, racismo e homofobia. **Revista Brasileira de Psicologia**, 2014.

LIMA, Vitória Alves; RODRIGUES, Mateus Almeida. A EDUCAÇÃO AMBIENTAL NA GEOGRAFIA: ANÁLISE TEXTUAL DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA CEARENSE ENTRE 2011 E 2023. **Revista da Casa da Geografia de Sobral (RCGS)**, v. 27, n. 1, p. 77-100, 2025.

LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1. 2009, p. 43-63.

LUIZ, Beatriz Lima; ROMÃO, Bianca Souto; DA SILVA, Andressa Melina Becker. Saúde mental no contexto judiciário brasileiro: justiça retributiva versus justiça restaurativa: Mental health in the Brazilian legal context: retributive justice versus restorative justice. **Ciências Sociais Aplicadas em Revista**, v. 27, n. 47, p. 224-247, 2024.

MAGNO, Laio et al. Discriminação por identidade de gênero entre mulheres trans e travestis no Brasil: uma análise de classes latentes e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 27, p. e240012. supl. 1, 2024.

MAIA, Lizaldo Andrade et al. Satisfação e acesso à saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/Aids no nordeste brasileiro. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 406-419, 2021.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 8º ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MARIA SILVA, Joseli; JOSE ORNAT, Marcio. VIDAS ININTELIGÍVEIS E PRÁTICAS INDIZÍVEIS: TRAVESTIS BRASILEIRAS NEGOCIANDO AS POSIÇÕES ENTRE CRIMINALIZAÇÃO E VITIMIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE PROSTITUIÇÃO. *Geo UERJ*, n. 33, 2018.

MARTÍNEZ-SALGADO, C. Amostra e transferibilidade: como escolher os participantes em pesquisas qualitativas em saúde? *In*: BOSI, M. L. M.; GASTALDO, D. (org.). **Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2021. f. 170-201.

MATTOS, Mario Henrique de; ZAMBENEDETTI, Gustavo. Itinerários terapêuticos de homens trans em transição de gênero. **Psicologia & Sociedade**, 2021, 33: e240732.

MELO, Izabella Rodrigues et al. O direito à saúde da população LGBT: desafios contemporâneos no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista Psicologia e Saúde*, p. 63-78, 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, 2010, 15: 2297-2305.

MENDES, Eugênio Vilaça. O acesso à atenção primária à saúde. Brasília, DF: **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, 2016.

MERHY, Emerson Elias et al. Trabalho em saúde. Material produzido para a EPJV/FIOCRUZ,

2005.

MICCAS, Fernanda Luppino; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 170-185, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & saúde coletiva**, v. 11, p. 1259-1267, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Portaria nº 2.803/2013. Brasília, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html) Acesso em: 11 nov. 2023.

MILLER, J. Creating inclusive helthcare environment for the GLBT community. **The Official Newsletter of the Networker for Lesbian, Gay and Bisexual Concerns in Occupational Therapy**, v. 9, n. 1, p. 1-10, 2012.

MURASAKI, Aryel Ken; GALHEIGO, Sandra Maria. Eu vou procurando lugares mais fáceis de conviver com pessoas: o acesso a direitos de jovens mulheres trans. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, 2024, 34.1-3: e228872-e228872.

NASCIMENTO, Geysa Cristina Marcelino; SCORSOLINI-COMIN, Fabio. A Revelação da homossexualidade na família: revisão integrativa da literatura científica. **Trends in Psychology**, v. 26, p. 1527-1541, 2018.

NASCIMENTO, Elaine Medeiros do et al. Acesso aos serviços de saúde e suas interfaces com as violências: perspectivas das mulheres transgênero e travestis. 2024.

NASSER, Mariana Arantes et al. Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de atenção primária à saúde no estado de São Paulo. **Tese de doutorado**. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2015.

NOGUEIRA, F. J. S.; ARAGÃO, T. A. P. Política Nacional de Saúde Integral LGBT: o que ocorre na prática sob o prisma de usuários (as) e profissionais de saúde. **Saúde e Pesquisa**, v. 12, n. 3, p. 463-470, 2019.

OLIVEIRA, Flávia Barreto de et al. Gestão da clínica e clínica ampliada: sistematizando e exemplificando princípios e proposições para a qualificação da assistência hospitalar. 2009. **Tese de Doutorado**.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa?** 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2016.

OLIVEIRA, Larissa Pereira de. **Questões de saúde e gênero: Cuidados em saúde e nutrição com a população trans**. 2021.

OLIVEIRA JÚNIOR, Ailton Paulo; KIAN, Fátima Aparecida; DA SILVA NASCIMENTO, Maria Manuel. A linguagem probabilística empregada por estudantes do quinto ano do ensino fundamental: identificando fenômenos ou experimentos aleatórios. Seminário Internacional de Pesquisa em Educação Matemática, p. 1-16, 2024.

OGLIARI, Cassiano Roberto Nascimento; ENS, Romilda Teodora; PULLIN, Elsa Maria Mendes Pessoa. Representações sociais e educação: um estudo sobre teses e dissertações no período de 2016 a 2018 no Paraná-Brasil. **Acta Scientiarum. Education**, v. 46, n. 1, 2024.

OMS. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <C:\Livro PDF\teste.PDF> (cevs.rs.gov.br) Acesso em: 11 nov. 2023.

PARANHOS, William Roslindo; WILLERDING, Inara Antunes Vieira; LAPOLLI, Édis Mafra. Formação dos profissionais de saúde para o atendimento de LGBTQI+. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200684, 2021.

PALOMBINI, Analice de Lima, et al. Relações entre pesquisa e clínica em estudos em cogestão com usuários de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2013, 18: 2899-2908.

PAVINATI, Gabriel et al. Entraves e possibilidades na garantia do tratamento da tuberculose para as pessoas em situação de rua: revisão sistemática e metassíntese. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 29, p. e240499, 2025.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Institui o Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral de LGBT de Pernambuco**. Portaria SES/PE nº 445/2012. Disponível em:

<http://200.238.101.22/docreader/docreader.aspx?bib=2012&pesq=SA%C3%9ADE%20LGBT> Acesso em: 11 nov. 2023. PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde de Pernambuco. **Institui a Política Estadual de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e dá outras providências**. Portaria SES nº 060/2015. Recife, 2015.

PERUCCHI, J., Brandão, B. C., & VIEIRA, H. I. S. (2014). Aspectos psicossociais da homofobia intrafamiliar e saúde de jovens lésbicas e gays. **Estudos de Psicologia**, 19(1), 67-76

PESTANA GRANDIM, JONAS GABRIEL et al. Produção discursiva sobre suicídio e comunidade LGBT no Twitter. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 74, 2022.

PINTO, I. V. et al. Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, p. 1-13, 2020.

RECIFE. **Política Municipal de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. PORTARIA Nº 35/2016-GAB/SS, DE 08 DE JULHO DE 2016. Recife. 2016.

REGINO, Fabiane Alves; DE ALBUQUERQUE SILVA, Felipe. O processo transexualizador e a produção do cuidado: um olhar sobre o cotidiano dos serviços de saúde da cidade do Recife/PE. **Oikos: Família e Sociedade em Debate**, v. 33, n. 1, p. 1-24, 2022.

ROCON, Pablo Cardozo et al. Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. **Trabalho, educação e saúde**, v. 18, p. e0023469, 2019.

ROCON, Pablo Cardozo. Covid 19, políticas neoliberais e saúde pública no Brasil: rebatimentos interseccionais sobre raça, gênero e sexualidade. **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 5, n. 17, p. 17-33, 2022.

ROCHA, Felipe Coura; SAMPAIO, Juliana Vieira. Percepções de LGBTs sobre o acesso à atenção primária de saúde na cidade de Guaiúba, CE. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 99-115, 2022.

ROSSI, Thais Aranha et al. Conhecimentos, percepções e itinerários terapêuticos de travestis e mulheres trans no cuidado a infecções sexualmente transmissíveis em Salvador, Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad** (Rio de Janeiro), n. 38, p. e22304, 2022.

RYAN, Caitlin et al. Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. **Pediatrics**, v. 123, n. 1, p. 346-352, 2009.

SANTOS, Helen Barbosa dos et al. ACOLHIMENTO PARA POPULAÇÃO LGBTT EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA/2015. Salão de Extensão (16.: 2015: Porto Alegre, RS). **Caderno de resumos**. Porto Alegre: UFRGS/PROEXT, 2015., 2015.

SANTOS, E. J. V., & de MELO, C. P. L. (2022). Caracterização e acesso aos cuidados em saúde de um serviço referência do processo transexualizador no SUS. **Research, Society and Development**, 11(5), e13411527902-e13411527902.

SANTOS, Jaciane Ferreira dos, et al. Acesso da população LGBT aos serviços de Atenção Primária à Saúde em uma cidade do interior baiano. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2024, 34: e34094.

SALES, Carlos Roberto, et al. Transição de Gênero Assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e Atendimento em Unidades Básicas de Saúde: Uma Revisão Integrativa. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, 2025, 7.1: 410-425.

SCHREIBER, Gianna et al. TRANSFOBIA: RETRATOS DA VIOLÊNCIA SOBRE A ÓTICA DE PESSOAS TRANS EM ACOMPANHAMENTO EM UM SERVIÇO REFERÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. In: CONTRIBUIÇÕES DA SAÚDE COLETIVA PARA AS REDES DE ATENÇÃO-VOLUME 2. **Editora Científica Digital**, 2025. p. 213-231.

SEDGWICK, Eve Kosofsky. *The Epistemology of the Closet*. **Berkeley: Univ.** 1990.

SELLES, Beatriz Rodrigues Silva et al. Redes sociais de apoio às pessoas trans: ampliando a produção de cuidado. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 148-161, 2023.

SILVA, A. S. R.; CORREIA, A. Y. F.; GADELHA, M. N. V. Cuidado integral da medicina de família e comunidade no enfrentamento à síndrome de Diógenes. In: CORREIA, A. Y. F.; GADELHA, M. N. V.; SILVA, A. S. R. (Org.). *Medicina: os desafios da formação e o cuidado centrado na pessoa*. [S.l.]: CINASAMA, 2016. cap. 5, p. 97–110. Disponível em: <https://cinasama.com.br/wp-content/uploads/2021/09/LIVRO-MEDICINA-I-2021.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2025.

SILVA, Cristiane; DUARTE, Artur de Souza. Humanização e ambiência nos ambulatórios especializados para transexuais. In: **CONGRESSO BRASILEIRO PARA O DESENVOLVIMENTO DO EDIFÍCIO HOSPITALAR**. 2018. p. 270.

SILVA, Alessandra Maria Monteiro. Avaliação da política estadual de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais de Pernambuco a partir dos instrumentos de gestão. 2019.

SILVA, Ana Luísa Remor da; FINKLE, Mirelle; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Representações sociais de trabalhadores da atenção básica à saúde sobre pessoas LGBT. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2019.

SILVA, A. T. C.; ROSA, C. A. P.; GAGLIOTTI, D. A. M.; LGBTfobia institucional na área da saúde. In: CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. (org.). **Saúde LGBTQIA+**: práticas de cuidado transdisciplinar. Santana de Parnaíba: Manole, 2021. f. 100-106.

SILVA, José Carlos Pacheco da et al. Diversidade sexual: uma leitura do impacto do estigma e discriminação na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2643-2652, 2021.

SILVA, Sheila Cristina Corrêa da et al. A saúde das mulheres lésbicas e bissexuais: ausências e direitos humanos no município de Belford Roxo/RJ. 2022. **Dissertação de mestrado**.

SILVA JUNIOR, Aureliano Lopes da; BRIGEIRO, Mauro; MONTEIRO, Simone. ‘Irmandade travesti é a nossa cura’: solidariedade política entre travestis e mulheres trans no acesso ao cuidado em saúde e à prevenção ao HIV. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 103-116, 2023.

SILVA, Lucas Oliveira Rodrigues da et al. Plantão Psicológico como possibilidade de acolhimento a população LGBTQIA+: perspectivas e intervenções de psicólogos plantonistas. 2024.

SILVA, Alan Rodrigues et al. Avaliação do serviço clínico provido por farmacêutico ao paciente com Diabetes Mellitus na atenção primária à saúde: percepção dos usuários. **Caderno Pedagógico**, v. 22, n. 5, p. e14749-e14749, 2025.

SIMÕES, J. A.; FACHINI, R. **Na trilha do arco-íris**: do movimento homossexual ao LGBT. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2009.

SOUZA, Luís Paulo Souza et al. Conhecimento de uma equipe da estratégia saúde da família sobre a política de atenção à saúde masculina. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, p. 291-304, 2014.

SOUSA, Diogo; IRIART, Jorge. “Viver dignamente”: necessidades e demandas de saúde de homens trans em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00036318, 2018.

SOUZA, Kellyson Silva; GARCIA, Patricia Helena Mirandola; DE VASCONCELOS, Alexandre Meira. REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE O CURRÍCULO DA EDUCAÇÃO AMBIENTAL NA FORMAÇÃO DE PROFESSORES ENTRE 2015–2023. **ARACÊ**, v. 6, n. 4, p. 11126-11140, 2024.

SOUTO, Kátia Maria Barreto, et al. Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa?. **Saúde em Debate**, 2016, 40: 49-62.

SPADE, Dean. Normal life: Administrative violence, critical trans politics, and the limits of law. **Duke University Press**, 2015.

SULIANO, Daniel; IRFFI, Guilherme; VERAS, Márcio. Diferenciais salariais entre casais heterossexuais e homossexuais no mercado de trabalho cearense. **Fortaleza: IPECE**. Texto para discussão, n. 105, fev. 2014.

SUTO, Cleuma Sueli Santos. Sexualidade de mulheres de diferentes gerações após o diagnóstico de HIV. **Tese de doutorado**. 2021.

TEIXEIRA, Víctor da Silva. **Saúde LGBTQIAPN+ na formação médica: percepção dos discentes sobre a abordagem clínico-curricular**. 2024.

THOMAZI, Guilherme Lamperti et al. Onde estão as transmasculinidades no SUS? Perfil sociodemográfico e de acesso de homens trans e transmasculinos vinculados ao Ambulatório Trans de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2019-2021. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 33, p. e2024133, 2024.

TRAVASSOS, C. M.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, 20(suppl.2): S190-S198. 2004.

TRAVASSOS, Claudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**, v. 2, p. 183-206, 2012.

VASCONCELOS, Letícia Dantas de. O cuidado em saúde mental da população LGBT+: relato de experiência no ambulatório do projeto proteas. 2023.

VALENTE, Leandro Fernandes. Saúde e diversidade: transversalizando políticas e ações na gestão do cuidado na saúde da população LGBT. 2021.

Vaz, F. F. S., Lemos, E. C. D., Coelho Junior, L. G. T. D. M., & Mauricio, H. D. A. (2024). Percepção de Gestores sobre a Atenção à Saúde da População LGBT no Estado de Pernambuco. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 34, e34088.

VIEIRA, Victor Fonseca; BERMÚDEZ, Ximena Pamela Cláudia Díaz; GOLDBERG, Alejandro. O processo transexualizador a partir das narrativas de pessoas trans, gestores e profissionais da saúde. **Saúde em Debate**, v. 49, p. e10026, 2025.

YIN, Robert K. **Case study research: Design and methods**. sage, 2009.

ZANATTA, E. M. Documento e identidade: o movimento homossexual no Brasil na década de 80. **Cadernos AEL**, v. 3, n. 5/6, 2011. Disponível em: <https://ojs.ifch.unicamp.br/index.php/ael/article/view/2458>. Acesso em: 8 nov. 2023.

## **APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A EQUIPE PROFISSIONAL DO AMBULATÓRIO LGBT**

- Perfil social:

1. Raça/cor

2. Identidade de gênero e orientação sexual
3. Estado civil
4. Profissão/ocupação e renda
5. Recebe algum auxílio do governo?
6. Escolaridade
7. Cidade em que mora

Processo de trabalho:

1. Conte como é teu processo de trabalho aqui no ambulatório/Hospital
2. Quais os dias da semana você atende?
3. Em média quantos usuários você atende por dia?
4. Em média quanto tempo leva o seu atendimento?
5. Quais temas abordados durante o atendimento?
6. Quais demandas dos usuários chega até a você durante o atendimento?
7. Que aspectos você acha que poderiam ser promovidos para a melhoria do seu processo de trabalho aqui no ambulatório/hospital? Entre outros.

- Satisfação do profissional:

1. Enquanto profissional, como você se sente trabalhando aqui no ambulatório/Hospital?
2. Que aspectos você considera importante para realização do seu trabalho?
3. Você se sente bem aqui?
4. Você dispõe de insumos para realização de seu trabalho?Quais

os pontos fortes e fracos no seu fazer cotidiano aqui no ambulatório/hospital? Entre outros.

- Rede de atenção:

1. Quando há necessidade de outras intervenções para garantia da integralidade da atenção prestada a seu usuário, como você procede?
2. Consegue resolver a demanda do usuário no tempo da consulta ou necessita de marcação para retorno?
3. Em média quando você faz algum encaminhamento, quanto tempo leva para que o usuário retorne ao ambulatório/hospital para que você possa proceder a continuidade do cuidado?
4. Quais principais procedimentos/atendimentos há necessidade de encaminhamento para outros pontos de atenção à saúde?
5. Quais pontos fortes e fracos você pode apontar na regulação do acesso?
6. Como se dá a continuidade do acesso aos pontos de atenção pelo usuário?

## APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS DO AMBULATÓRIO LGBT

- Perfil social:

8. Raça/cor
9. Identidade de gênero e orientação sexual
10. Estado civil
11. Profissão/ocupação e renda
12. Recebe algum auxílio do governo?
13. Escolaridade
14. Cidade em que mora

- Acesso:

1. Como é tua vinda para o ambulatório/hospital?
2. Quanto tempo você demora da sua casa para chegar ao ambulatório e que meio de transporte utiliza?
3. Recebe algum auxílio para o deslocamento/transporte para chegar ao serviço? Qual?
4. O que motivou a sua vinda ao ambulatório/hospital?
5. Quanto tempo você frequenta ou é atendido aqui no ambulatório/hospital?
6. Qual demanda de saúde ou outra necessidade te trouxe aqui no ambulatório/hospital?
7. Houve algum encaminhamento? Quem fez o encaminhamento?
8. Quais os pontos positivos e negativos você pode apontar desde a sua saída do local que você mora até chegar aqui no ambulatório/hospital?
9. Ao acessar o ambulatório/hospital como foi a abordagem? Qual trabalhador (a) atendeu você?
10. Você se sentiu respeitada (o) na sua identidade de gênero e orientação sexual? Porque?

11. Conte como é/foi o atendimento prestado no ambulatório/hospital?
12. Houve demora no seu atendimento?
13. Como conheceu o serviço? Houve alguma indicação de amigos ou encaminhamento para a unidade?
14. Qual a motivação de sua vinda a este ambulatório/hospital? (não conseguiu acessar a rede geral de saúde, atendimento programado, entre outros)
15. Foi em busca de tratamento direcionado a alguma questão da sua identidade de gênero ou orientação sexual?
16. Já sofreu algum tipo de preconceito ou violência no ambulatório/hospital?
17. Como você avalia a sua relação com a equipe de saúde e com o administrativo?

**ANEXO A – Plano Municipal de Saúde de Afogados da Ingazeira**



## ANEXO B – Ficha de Triagem do Ambulatório LGBT de Afogados da Ingazeira



### FICHA DE TRIAGEM AMBULATORIAL DA ESF AMIGA DA DIVERSIDADE MANDAC

NOME SOCIAL: \_\_\_\_\_

SUS: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

ESF DE ORIGEM E ACS RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

#### TRIAGEM DE SINAIS VITAIS

|                             |                         |
|-----------------------------|-------------------------|
| PRESSÃO ARTERIAL            |                         |
| HGT                         |                         |
| PESO                        |                         |
| ALTURA                      |                         |
| CARTÃO DE VACINA ATUALIZADO | (     ) SIM (     ) NÃO |

#### TRIAGEM DA ENFERMAGEM

PACIENTE SOFREU EXPOSIÇÃO SEXUAL RECENTE? (     ) SIM (     ) NÃO

TESTAGEM RÁPIDA:

|            |  |
|------------|--|
| HIV        |  |
| SÍFILIS    |  |
| HEPATITE B |  |
| HEPATITE C |  |

#### AFIRMAÇÃO DE GÊNERO E SEXUALIDADE

|                      |               |              |                |
|----------------------|---------------|--------------|----------------|
| IDENTIDADE DE GÊNERO | CISGÊNERO     | FLUIDO       | TRANSGÊNERO    |
| EXPRESSÃO DE GÊNERO  | FEMININO      | ANDRÓGINA    | MASCULINO      |
| SEXO BIOLÓGICO       | FEMININO      | INTERSEXO    | MASCULINO      |
| ORIENTAÇÃO           | HETEROSSEXUAL | BISSEXUAL OU | HOMOSSEXUAL/S. |

## ANEXO C – Ficha de Acolhimento Psicológico do Espaço Trans HC/UFPE

### ACOLHIMENTO PSICOLÓGICO

#### 1. Dados de identificação:

|                     |              |
|---------------------|--------------|
| Nome social:        | Registro HC: |
| Nome civil:         |              |
| Data de nascimento: | Idade:       |
| Endereço:           |              |
|                     |              |
|                     |              |
| Telefones:          |              |

#### 2. História pessoal e familiar (contexto familiar, relacionamentos interpessoais, infância, adolescência e vida adulta, compreensão de si, aspectos subjetivos e outros aspectos relevantes)

---



---



---



---



---

#### 3. História escolar (interesses / motivações / interrupções)

---



---



---



---

#### 4. Vida laboral (interesses / motivações / interrupções)

---



---



---



---

#### 5. Motivo da procura / Expectativas:

---



---



---



---

#### 6. Disponibilidade de participação dos grupos (frequência e turno):

---



---

**ANEXO D – Ficha de Acolhimento Social do Espaço Trans HC/UFPE****ENTREVISTA DE ACOLHIMENTO SOCIAL****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome social: \_\_\_\_\_ Registro HC: \_\_\_\_\_

Nome civil: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Ponto de referência: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Motivo da procura (demanda declarada): \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Tempo de relacionamento: \_\_\_\_\_

Deseja ter Filhos? ( ) SIM ( ) NÃO Adoção ( ) Inseminação artificial ( )

Etnia/Raça (auto-declarada): \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Onde estuda/ horário: \_\_\_\_\_

Profissão/ocupação \_\_\_\_\_

Onde trabalha/horário \_\_\_\_\_

Situação Previdenciária/Trabalhista: \_\_\_\_\_

**Composição Familiar:**

|   | <i>Nome</i> | <i>Idade</i> | <i>Parentesco</i> | <i>Escolaridade</i> | <i>Ocupação</i> | <i>Renda</i> |
|---|-------------|--------------|-------------------|---------------------|-----------------|--------------|
| 1 |             |              |                   |                     |                 |              |
| 2 |             |              |                   |                     |                 |              |
| 3 |             |              |                   |                     |                 |              |
| 4 |             |              |                   |                     |                 |              |
| 5 |             |              |                   |                     |                 |              |

**CONTEXTO FAMILIAR / CONJUGAL**


---



---



---



---



---



---

## ANEXO E – Termo de Consentimento do Espaço Trans HC/UFPE

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Por este documento particular, o paciente de nome social \_\_\_\_\_ e nome civil \_\_\_\_\_, de número de registro do HC/UFPE \_\_\_\_\_, declara ao assinar ao final deste documento, para todos os fins legais, os pontos abaixo:

1. Que dá plena autorização a seus médicos assistentes, \_\_\_\_\_, inscrito no CREMEPE sob o nº \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, inscrito no CREMEPE sob o nº \_\_\_\_\_ e sua equipe cirúrgica, a realizar a **Cirurgia de Redesignação Sexual do tipo “Adenomastectomia Bilateral”**, na mesma, \_\_\_\_\_, no dia \_\_\_\_\_ a partir das 14h no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.
2. Que a **Cirurgia de Redesignação Sexual do tipo “Adenomastectomia Bilateral”** no paciente \_\_\_\_\_ foi indicada pela equipe multidisciplinar do Espaço de Acolhimento e Cuidado de Pessoas Trans (Espaço Trans), em função do diagnóstico de “Transexualismo”, de código no CID-10 “F64.0” realizado pela mesma equipe e em função da expressão do desejo de se submeter à esta cirurgia pela paciente; e que este diagnóstico foi realizado nos moldes da Portaria nº 2.803/2013 do Ministério da Saúde, da Resolução nº 1.955/2010 do Conselho Federal de Medicina e da “Nota técnica sobre processo transexualizador e demais formas de assistência” do Conselho Federal de Psicologia.

## ANEXO F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Espaço Trans HC/UFPE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente os aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico que o(a) paciente será submetido(a), complementando as informações prestadas pelos médicos responsáveis e por toda equipe profissional do Espaço Trans do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

Por este documento particular, a paciente de nome social: \_\_\_\_\_ e nome civil: \_\_\_\_\_, de número de registro do HC/UFPE: \_\_\_\_\_, declara ao assinar ao final deste documento, para todos os fins legais, os pontos abaixo:

1. Autorizo a equipe médica do Espaço Trans a realizar a **Cirurgia de Redesignação Sexual do tipo “Neocolpovulvoplastia”**, bem como a realização de exames, transfusões sanguíneas e demais tratamentos que se fizerem necessários durante o ato operatório e pós-operatório, indispensáveis para salvar minha vida.
2. Que a **Cirurgia de Redesignação Sexual do tipo “Neocolpovulvoplastia”** não é obrigatória, mas foi acolhida pela equipe multidisciplinar do Espaço de Acolhimento e Cuidado de Pessoas Trans (Espaço Trans), em função do diagnóstico de “Transexualismo”, de código no CID-10 “F64.0” realizado pela mesma equipe e em função da expressão do **meu** desejo de me submeter à esta cirurgia; e que este diagnóstico foi realizado nos moldes da Portaria nº 2.803/2013 do Ministério da Saúde, da Resolução nº 1.955/2010 do Conselho Federal de Medicina e da “Nota técnica sobre processo transexualizador e demais formas de assistência” do Conselho

## ANEXO G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Espaço Trans HC/UFPE

### Termo de Consentimento Pós-Informado Histerectomia em Homens Transexuais

**Procedimento 04.09.06.029-1** (Portaria Ministério da Saúde N° 2.803/2013) – histerectomia com anexectomia bilateral e colpectomia em usuários sob processo transexualizador

#### Declarante

Nome:

---

Idade:-

---

Endereço:

---

CPF:

---

DECLARO que Dr<sup>a</sup> Aleide Tavares, CRM -PE: 16493, do Hospital das Clínicas – UFPE, informou que tendo em vista o meu desejo expresso de perder as características sexuais primárias, conforme Resolução CFM n° 1.955/2010, ser conveniente e indicado proceder Histerectomia, com anexectomia bilateral.

Esclareceu-me que:

1 – A histerectomia necessita de anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia;

2 – A histerectomia com anexectomia bilateral e consiste na retirada do útero e ovários, o que supõe a impossibilidade de ter filhos e a ausência de menstruação.

3 – Se houver interesse em gerar embriões, através de procedimento de Reprodução Assistida, devo informar a equipe para manter os ovários.

4 – A histerectomia pode ser realizada por via abdominal (pela barriga), transvaginal (pela vagina) e videolaparoscópica (na qual o útero é retirado pela vagina). No meu caso, a cirurgia está programada por via \_\_\_\_\_, com a retirada dos ovários.

5 - Se no momento do ato cirúrgico, surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada;

6 – A peça cirúrgica será submetida a estudo histopatológico;

## ANEXO H– Ficha de Acolhimento do Ambulatório LGBT Patrícia Gomes



### ACOLHIMENTO - AMBULATÓRIO LGBT - PATRÍCIA GOMES – POLICLÍNICA LESSA DE ALMEIDA

#### BLOCO 1 – SERVIÇO

Nº de PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ ENTRADA NO SERVIÇO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ORIGEM DA DEMANDA:

☐ Demanda Espontânea ☐ USF ☐ Policlínicas ☐ Hospitais ☐ UPAS ☐ CAPS ☐ Serviços de Cidadania (CMF)  
☐ Outros. Qual? \_\_\_\_\_

#### BLOCO 2 – IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

NOME SOCIAL: \_\_\_\_\_

NOME CIVIL: \_\_\_\_\_

MÃE: \_\_\_\_\_

SEXO: ☐ Masculino ☐ Feminino

GÊNERO: ☐ Homem Cis ☐ Mulher Cis ☐ Mulher Trans ☐ Homem Trans ☐ Travesti ☐ Não Binário

ORIENTAÇÃO AFETIVO/SEXUAL: ☐ Heterossexual ☐ Gay ☐ Lésbica ☐ Bissexual ☐ Assexual ☐ Pansexual

DATA NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ DISTRITO SANITÁRIO: \_\_\_\_\_

PONTO DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

TELEFONE (FIXO): ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ CELULAR: ( ) 9 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

TELEFONE P/ RECADO(S): ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ FALAR COM: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

POSSUI CARTÃO DO SUS? ☐ Sim ☐ Não COMO ESTÁ IDENTIFICADO? ☐ Nome



**ANEXO J– Laudo diagnóstico para testes rápidos do Ambulatório LGBT Patricia  
Gomesa**



Secretaria Municipal de Saúde  
Policlínica Lessa de Andrade  
Serviço de Assistência Especializada em IST/HIV/AIDS

### LAUDO DIAGNÓSTICO TESTE RÁPIDO

Nº DE REGISTRO: \_\_\_\_\_ LOCAL/US **128 PLA -**

**AMB. LGBT** DATA DA COLETA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME DO PACIENTE:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOME DA MÃE:

\_\_\_\_\_

SEXO: ( ) M ( ) F DATA DE NASCIMENTO:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### • TESTE RÁPIDO HIV

TESTE 1: ( ) BIOCLIN TRI LINE HIV ½ ( ) ABON HIV ( ) ABBOTT ( ) BIO-MANGUINHOS DPP HIV ½

RESULTADO T1: \_\_\_\_\_

TESTE 2: ( ) BIOCLIN TRI LINE HIV ½ ( ) MEDTEST HIV ( ) BIO-MANGUINHOS DPP HIV ½

RESULTADO T2: .....

#### INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO DE HIV:

EXAMES REALIZADOS EM CONFORMIDADE COM A PORTARIA SVS/MS Nº29 DE DEZEMBRO DE 2013

- 1) AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA HIV: EM CASO DE SUSPEITA DE INFECÇÃO PELO HIV, UMA NOVA AMOSTRA DEVERÁ SER COLETADO 30 DIAS APÓS A DATA DE COLETA DESSA AMOSTRA E SUBMETIDA AO TESTE.
- 2) A SITUAÇÃO CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA DO PACIENTE DEVERÁ SER OBSERVADA.
- 3) É IMPORTANTE RESSALTAR QUE TODOS OS INDIVÍDUOS RECÉM-DIAGNOSTICADOS DEVEM REALIZAR O EXAME DE CARGA VIRAL QUE, NA REALIDADE, COMPÕE UM TERCEIRO TESTE E CUJO RESULTADO RATIFICA A PRESENÇA DA INFECÇÃO.

#### • TESTE RÁPIDO SÍFILIS

TESTE: ( ) BIOCLIN SÍFILIS ( ) BIO-MANGUINHOS DPP SÍFILIS ( ) WAMA SÍFILIS ( ) ABBOTT

**RESULTADO:** \_\_\_\_\_

EXAMES REALIZADOS EM CONFORMIDADE COM A PORTARIA SVS/MS/GM Nº2.012 DE OUTUBRO DE 2016

- 1) O TESTE RÁPIDO UTILIZADO É UM TESTE TREPONÊMICO.
- 2) A AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA SÍFILIS: EM CASO DE SUSPEITA DE SÍFILIS, UMA NOVA AMOSTRA DEVERÁ SER COLETADA 30 DIAS APÓS A DATA DA COLETA DESSA AMOSTRA E SUBMETIDA A TESTE.
- 3) A SITUAÇÃO CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA DO PACIENTE DEVERÁ SER OBSERVADA.

## ANEXO K– Plano Municipal de Saúde de Recife



## ANEXO L– Receituário de exames laboratoriais para terapia hormonal feminilizante do Ambulatório LGBT Patrícia Gomes



Ambulatório LGBT - Patrícia Gomes

### RECEITUÁRIO DE EXAMES LABORATORIAIS PARA TERAPIA HORMONAL FEMINILIZANTE

|                |   |       |       |
|----------------|---|-------|-------|
| NOME SOCIAL:   |   |       |       |
| NOME CIVIL:    |   |       |       |
| NOME DA MÃE:   |   |       |       |
| DATA DE NASC.: | / | /     | SEXO: |
| Nº CNS:        |   | FONE: |       |

|                            |                    |
|----------------------------|--------------------|
| HEMOGRAMA COMPLETO         | TRIGLICERÍDEOS     |
| GLICEMIA EM JEJUM          | ESTRADIOL          |
| TGO                        | PROLACTINA         |
| TGP                        | TESTOSTERONA TOTAL |
| CREATININA                 | OUTROS             |
| Hb GLICADA                 |                    |
| K+                         |                    |
| COLESTEROL TOTAL E FRAÇÕES |                    |

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura - Conselho nº

Endereço: Estrada dos Remédios, 2416 - Madalena, Recife - PE, CEP 50770-120  
Telefone: 3355-7811



Ambulatório LGBT - Patrícia Gomes

### RECEITUÁRIO DE EXAMES LABORATORIAIS PARA TERAPIA HORMONAL MASCULINIZANTE

|                |   |       |       |
|----------------|---|-------|-------|
| NOME SOCIAL:   |   |       |       |
| NOME CIVIL:    |   |       |       |
| NOME DA MÃE:   |   |       |       |
| DATA DE NASC.: | / | /     | SEXO: |
| Nº CNS:        |   | FONE: |       |

|                            |                    |
|----------------------------|--------------------|
| HEMOGRAMA COMPLETO         | ESTRADIOL          |
| GLICEMIA EM JEJUM          | PROLACTINA         |
| TGO                        | TESTOSTERONA TOTAL |
| TGP                        | OUTROS             |
| CREATININA                 |                    |
| Hb GLICADA                 |                    |
| COLESTEROL TOTAL E FRAÇÕES |                    |
| TRIGLICERÍDEOS             |                    |

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura - Conselho nº

Endereço: Estrada dos Remédios, 2416 - Madalena, Recife - PE, CEP 50770-120  
Telefone: 3355-7811

**ANEXO M– Termo de Esclarecimento e Consentimento para Pessoas em Uso de Estrógeno e/ou Antiandrógeno do Ambulatório LGBT Patrícia Gomes**



PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE  
SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE  
GERÊNCIA DE GERAL DE POLÍTICAS ESTRATÉGICAS E ATENÇÃO BÁSICA  
POLÍTICA MUNICIPAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT  
POLICLÍNICA LESSA DE ANDRADE  
AMBULATÓRIO LGBT PATRÍCIA GOMES

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA PESSOAS EM USO DE ESTRÓGENO E/OU ANTIANDRÓGENO**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome civil), reconhecida pelo nome social \_\_\_\_\_, de CPF \_\_\_\_\_, nascida no dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ e residente na \_\_\_\_\_,

declaro ter sido informada sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **estrogênios** e **antiandrógenos** na **terapia hormonal transexualizadora**.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico (a) \_\_\_\_\_.

Assim, declaro que claramente informada a respeito dos seguintes benefícios, potenciais efeitos adversos e riscos do uso destes medicamentos:

- Que os efeitos da terapia aparecem gradualmente e não são sempre idênticos em cada pessoa. Sua ação normalmente começa a ser sentida após 2-4 meses do início, com alguns efeitos irreversíveis após 6-12 meses;
- Em relação à atividade sexual, a capacidade de ereção diminui até desaparecer completamente. Os orgasmos ejaculatórios são menos intensos, diminuindo a produção de sêmen. A satisfação sexual é variável e subjetiva, e irá depender de cada pessoa;
- Os testículos e próstata atrofiam;
- A fertilidade diminui com a diminuição da produção de espermatozoides. Pode ser reversível com a suspensão do tratamento, mas pode ocorrer esterilidade permanente após seis meses de uso de estrogênio;
- O aumento das glândulas mamárias é variável em cada pessoa, não é previsível e não é sempre simétrico. O tamanho alcançado não é proporcional à dose de hormônio recebida, ou seja, receber uma dose maior hormonal não se vai obter um maior volume mamário;
- A gordura é redistribuída. Aumentando na área das quadris e coxas, ombros e braços, e face;