

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

**O ENSINO DE ENFERMAGEM E O ATENDIMENTO INTEGRAL  
À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIA+**

UBERLÂNDIA

2024

JANDER VINÍCIUS VIEIRA

# **O ENSINO DE ENFERMAGEM E O ATENDIMENTO INTEGRAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIA+**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Emerson Fernando Rasera

Linha de Pesquisa: Educação e Saúde: Tendências Contemporâneas da Educação, Competências e Estratégias de Formação Profissional.

UBERLÂNDIA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

---

V658e      Vieira, Jander Vinícius, 1985-  
2024      O ensino de enfermagem e o atendimento integral à saúde da  
população LGBTQIA+ [recurso eletrônico] / Jander Vinícius Vieira. -  
2024.

Orientador: Emerson Fernando Rasera.  
Dissertação (Mestrado profissional) - Universidade Federal de  
Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família.  
Modo de acesso: Internet.  
Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2025.5505>  
Inclui bibliografia.

1. Família - Saúde e higiene. 2. Promoção da saúde. 3. Enfermagem.  
I. Rasera, Emerson Fernando, 1972-, (Orient.). II. Universidade Federal  
de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. III.  
Título.

JANDER VINÍCIUS VIEIRA

**O ENSINO DE ENFERMAGEM E O ATENDIMENTO INTEGRAL À SAÚDE DA  
POPULAÇÃO LGBTQIA+**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em:

Banca examinadora

Prof. Dr. Emerson Fernando Rasera

Universidade Federal de Uberlândia

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carla Denari Giuliani

Universidade Federal de Uberlândia

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Helena Moraes Cortes

Universidade Federal de Santa Catarina

UBERLÂNDIA

2024

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por ter estado comigo em todos os momentos desde a minha concepção, me amparando, amando e sustentando nos dias bons e nos dias não tão bons.

Agradeço a minha mãe (in memoriam) porque graças a ela eu sou o ser humano, homem e profissional que eu sou...

Agradeço ao mentor e professor Emerson Fernando Rasera que tão bravamente encarou o desafio de me guiar pelo caminho do conhecimento acadêmico e da ciência, sendo amigo, parceiro e paciente com as minhas inúmeras limitações e dificuldades, e que acreditou em mim em momentos em quem eu mesmo não acreditei...

## RESUMO

A Política Nacional de Atenção integral à Saúde da População LGBT ainda não conseguiu alcançar os resultados almejados. Entre seus desafios está a formação de recursos humanos em saúde alinhada às proposições da Política. Assim, é importante analisar a formação dos profissionais de saúde para o cuidado dessa população. Considerando a importância do profissional de Enfermagem na lógica do cuidado e da atenção à saúde, o objetivo desse estudo foi compreender a perspectiva dos estudantes de Enfermagem sobre a formação para as questões da diversidade sexual e de gênero. A metodologia empregada foi de caráter qualitativo, sendo que a coleta de dados foi realizada através de grupos focais com 32 alunos de uma universidade pública de Minas Gerais, e a análise dos dados foi realizada através de análise temática. A análise apontou para a escassez no ensino da temática da diversidade sexual e de gênero, o despreparo no cuidado da população LGBTQIA+, a responsabilização do aluno na aprendizagem sobre a política de saúde específica, e a insuficiente atuação da universidade no combate ao preconceito/discriminação.

Palavras-chave: LGBTQIA+; formação profissional; Enfermagem

## SUMÁRIO

|                                                                                                                                                          |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>APRESENTAÇÃO.....</b>                                                                                                                                 | <b>08</b> |
| <b>CAPÍTULO 1: A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM E A SAÚDE DAS PESSOAS LGBTQIA+ .....</b>                                                                         | <b>11</b> |
| <b>1. INTRODUÇÃO.....</b>                                                                                                                                | <b>11</b> |
| <b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>                                                                                                                    | <b>17</b> |
| 2.1 A construção da Enfermagem como campo de atuação profissional: a tradição religiosa e a produção de “corpos frios” .....                             | 17        |
| 2.2 A construção social da sexualidade: entre normas e desvios.....                                                                                      | 24        |
| 2.3 Atenção integral à saúde da população LGBTQIA+: lutas, conquistas e desafios .....                                                                   | 28        |
| 2.4 A formação em Enfermagem para a a atenção integral à saúde da população LGBTQIA+35                                                                   |           |
| 2.5 O ensino da Enfermagem, as pedagogias transgressoras e o currículo oculto .....                                                                      | 37        |
| <b>3. METODOLOGIA .....</b>                                                                                                                              | <b>40</b> |
| 3.1 Desenho do estudo.....                                                                                                                               | 40        |
| 3.2 Aspectos éticos .....                                                                                                                                | 40        |
| 3.3 Participantes .....                                                                                                                                  | 40        |
| <b>4. INSTRUMENTO D COLETA DE DADOS.....</b>                                                                                                             | <b>41</b> |
| 4.1 Procedimentos .....                                                                                                                                  | 41        |
| 4.2 Critérios de inclusão .....                                                                                                                          | 42        |
| 4.3 Critérios de exclusão.....                                                                                                                           | 42        |
| 4.4 Riscos.....                                                                                                                                          | 42        |
| 4.5 Benefícios.....                                                                                                                                      | 42        |
| 4.6 Metodologia de análise de dados .....                                                                                                                | 43        |
| <b>5. RESULTADOS .....</b>                                                                                                                               | <b>43</b> |
| <b>CAPÍTULO 2: ARTIGO - O Ensino de Enfermagem e o Atendimento Integral à Saúde da População LGBTQIA+: Uma Análise da Perspectiva do Estudante .....</b> | <b>49</b> |
| <b>CAPÍTULO 3: Produto Técnico (Curso de Extensão).....</b>                                                                                              | <b>69</b> |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APS/AB – Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

DSS – Determinantes Sociais de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

GAPA – Grupo de Apoio à Prevenção de AIDS

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida

IES – Instituição de Ensino Superior

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGBTQIA+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, Queer, Intersexo, Assexuais e outros

MHB – Movimento Homossexual Brasileiro

NANDA – Associação Norte-americana dos Diagnósticos de Enfermagem

PACS - Programa do Agente Comunitário de Saúde

PNSI-LGBT – Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

PROFSAUDE – Mestrado Profissional em Saúde da Família

REBEN – Revista Brasileira de Enfermagem

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFU – Universidade Federal de Uberlândia

## APRESENTAÇÃO

Para melhor entendimento sobre o que me levou a pesquisar assuntos relacionados com a saúde LGBTQIA+ e sua relação com a formação e com o cuidado de Enfermagem, eu preciso falar um pouco sobre minha caminhada como colaborador do Sistema Único de Saúde (SUS), através de um retrospectiva dos últimos 15 anos.

A minha trajetória profissional na Enfermagem teve início em 2008, em Tucumã, cidade localizada na Região Sudeste do Estado do Pará. Na ocasião, eu comecei a atuar em dois serviços municipais, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e uma Estratégia de Saúde da Família (ESF). A cidade tinha algo em torno de 30 mil habitantes e as opções de trabalho e renda eram extremamente limitadas. Então, nesse primeiro momento, eu já comecei a dimensionar a importância dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) na atuação dos profissionais de Enfermagem. Comecei a me envolver ativamente com a produção de saúde e cuidado junto às populações vulnerabilizadas, já que no território onde eu atuava a população era bastante pobre, o que aumentava bastante a carga de trabalho das equipes, especialmente da saúde da família. Nosso público era composto em sua maioria por idosos, gestantes e crianças, e o cenário epidemiológico caracterizado por problemas de saúde comuns, como desnutrição, anemia, doenças crônico-degenerativas (já existiam grupos de HIPERDIA), verminoses, infecções ginecológicas e no trato urinário (inclusive IST's), e alguns casos pontuais de hanseníase (muitos já tratados e sofrendo com as sequelas).

Nessa época, por ser um território composto por apenas cinco bairros relativamente pequenos, era possível fazer um sistema eficiente de busca ativa. Assim, eu pude conhecer locais de habitação muito insalubres, onde muitos dos usuários cadastrados na ESF viviam. Desenvolvi uma afinidade maior pelo trabalho territorial, por ser mais útil e gratificante, pois conseguíamos de fato usar o saber da Enfermagem na redução das iniquidades em saúde e na construção e fortalecimento do SUS descrito na Lei 8.080/1990.

Eu estive nessa ESF por três anos e meio, e aprendi muito sobre o papel social da saúde coletiva. Em seguida, fui aprovado em um concurso público municipal e fui trabalhar no CAPS de uma cidade vizinha (Ourilândia do Norte – PA), no ano de 2012, e então me “assumi” como trabalhador da saúde mental. Mesmo atendendo uma parcela de usuários mais específica, continuei lidando diretamente com pessoas em situações de extrema vulnerabilidade, não apenas por seu diagnóstico de transtorno mental grave, mas também pelo estigma social e familiar. Isso dificultava nosso trabalho e piorava bastante com relação ao público com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, cujos complicadores vinham

da tendência local de criminalização e julgamento moral, sendo um cuidado desafiador e com poucas experiências exitosas.

Nessa mesma cidade, existia casa indígena e aldeias da etnia Kaiapó, sendo que se tornou bastante frequente no CAPS onde eu trabalhava acolhermos demandas desses povos, que geralmente vinham por quadros como ansiedade e depressão, e complicações relacionadas com o etilismo e violências. Mais uma vez, eu tive que lidar com especificidades e singularidades no cuidado, e a elaboração de projetos terapêuticos para esses usuários foi uma rica experiência, que desafiava nossas habilidades profissionais, e até mesmo nossas crenças e visão pessoal de mundo. Eu pude ver como o SUS pode ser efetivo e de fato universal quando seus trabalhadores estão engajados na produção desse cuidado integral e equânime.

Fiquei mais alguns anos nesse serviço de saúde mental e, em 2021, fui aprovado em um concurso federal em Uberlândia-MG, passando a atuar em hospital de ensino como Enfermeiro de Saúde Mental e Preceptor, em Enfermaria especializada. Foi convivendo com usuários e professores e assumindo o papel assistencial e de ensino em serviço que surgiu a ideia de ingressar na vida acadêmica.

As pesquisas relacionadas com as questões de gênero e sexualidade chamaram minha atenção porque eu percebi que mesmo a Política de Atenção Integral à Saúde de LGBT tendo mais de uma década de existência, eu não consegui ver esse público nos territórios e espaços de cuidado por onde eu passei. Tomei para mim e para minha área uma parcela da responsabilidade pela operacionalização dessa política (e pela sua não operacionalização!!), e comecei a pensar onde estariam os gargalos e os desafios que afastam essas pessoas do cuidado de Enfermagem e, por conseguinte, rompem com o ideal de equidade em saúde que sempre fez parte dos sonhos da minha trajetória profissional.

Como ponto de partida, eu escolhi os processos formativos dos Enfermeiros, na perspectiva do estudante do último ano da Graduação em Enfermagem, para buscar a compreensão, mesmo que limitada a uma realidade local, dos fenômenos e vivências acadêmicas que repercutem de forma direta ou indireta sobre a formação desses profissionais para o cuidado equânime, integral e universal, cuja atuação é de suma importância não apenas para a defesa da política de saúde, mas para a consolidação do nosso Sistema Único de Saúde (SUS).

E foi assim que surgiu a oportunidade de ingressar no Programa de Mestrado Profissional (PROFSAÚDE) que apresenta metodologias e linhas de pesquisa extremamente alinhadas com o trabalho que eu já vinha desenvolvido na APS, CAPS e posteriormente no Ensino e Preceptoria. E dentro das linhas comumente pesquisadas na UFU, eu tive uma dupla

motivação para a escolha de tema relacionado com a saúde LGBTQIA+ e a Enfermagem (Formação e Cuidado): o primeiro, foi o meu interesse profissional em políticas de equidade e influências dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) na lógica do SUS e do cuidado; e o segundo, foi o fato de eu ser um homem gay e enfermeiro, e nunca ter conseguido enxergar no cotidiano da minha profissão, em suas diversas áreas de atuação, especialmente assistência, ensino e pesquisa, uma contribuição efetiva para questões de inclusão e acolhimento de usuários LGBTQIA+.

A dissertação foi estruturada em três capítulos, conforme as orientações do PROFSAUDE. O primeiro capítulo foi composto por todo o referencial teórico que apoiou o estudo e o detalhamento de todos os procedimentos empregados na pesquisa, incluindo os aspectos metodológicos e breve apresentação dos resultados gerais. O segundo capítulo consiste em um artigo desenvolvido a partir das etapas percorridas na pesquisa, com resultados detalhados. O terceiro capítulo compreende uma proposta de Produto Técnico Científico apresentado sob a forma de um Projeto de Extensão com característica de Educação em Saúde, que foi desenvolvido com base em lacunas de conhecimentos teóricos e práticos identificados durante o estudo.

## **CAPÍTULO 1: A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM E A SAÚDE DAS PESSOAS LGBTQIA+**

### **1. INTRODUÇÃO**

A sociedade brasileira é caracterizada por intensas desigualdades, desde seu processo histórico de colonização até os dias atuais, e tal construção se refletiu na saúde, marcada por disparidades e insuficiência de serviços. É nesse contexto que o Sistema Único de Saúde (SUS) nasce como produto do anseio das massas por mudanças sociais e políticas, tendo como pano de fundo a redemocratização do país e o movimento da Reforma Sanitária.

O anseio por mudanças começou a ganhar forma através da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) que deu origem ao texto da Constituição Federal de 1988, que confirmou a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado Brasileiro, estabelecendo o princípio doutrinário mais importante do novo Sistema, a Universalidade, que se contrapunha ao cenário da época que era excludente e repleto de desigualdades no acesso aos serviços de saúde, privilegiando apenas os mais abastados ou aqueles vinculados ao setor produtivo formal (ROSA et al, 2005). Foi assim que o novo sistema começou a construir, com a participação de gestores, trabalhadores e usuários, uma rede efetiva de serviços de saúde, na busca pelo cumprimento dos demais princípios previstos na sua base teórica, especialmente os chamados princípios doutrinários, como o de garantia de acesso a todos os brasileiros (Universalidade), o alcance de todas as demandas e dimensões do indivíduo (Integralidade) e o investimento maciço para oferecer ao cidadão o que cada um necessitar em termos de saúde (Equidade), dentre outros que compõem hoje o texto das leis orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990, que juntas deram um norte legal para o SUS (ROSA et al, 2005).

No entanto, passar para o campo prático não foi e não é tarefa simples pois exigiu estratégias de cobertura ampliadas, especialmente no sentido de promover a criação de uma rede de atenção com base territorial e comunitária, que privilegiasse a atenção básica, iniciada com a criação do Programa do Agente Comunitário de Saúde (PACS) em 1991, seguida pela implantação da primeira equipe de saúde da família três anos mais tarde e pela consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada prioritária para os demais serviços e esferas de complexidade, reforçando a ideia de que a saúde deve ser promovida e produzida nos cenários da vida real das pessoas com forte valorização das práticas de prevenção e promoção em saúde, seja no contexto individual, familiar e/ou comunitário (ROSA et al, 2005).

Assim como os demais níveis de complexidade, cabe à APS promover a aplicação prática dos princípios do SUS, dentre eles a equidade e a integralidade, que trazem a ideia de

que os serviços devem oferecer atendimento ao usuário conforme demanda apresentada, reduzindo ao máximo as barreiras de acesso e adotando uma visão pela qual o usuário terá do trabalhador de saúde um olhar amplo, que extrapole os aspectos patológicos, trazendo para os projetos terapêuticos a inclusão dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e dos Direitos Humanos (RAIMONDI et al, 2020).

Para alcançar as ousadas metas de produzir saúde pública universal, integral e equânime, o SUS passou gradativamente a criar novas políticas, muitas das quais para contemplar grupos vulneráveis e com necessidades de saúde mais específicas, entendendo, inclusive, que assistir às famílias deve levar em consideração a diversidade, as questões de gênero, sexualidade e as várias formas e complexidades da organização da família brasileira. Foi dentro dessa tendência que, em 2011, foi criada a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT/PNSI-LGBT, cuja finalidade é a de ampliar e qualificar o atendimento às necessidades dessa expressiva parcela da população, trabalhando estratégias conjuntas e transversais para redução da morbidade e mortalidade no meio LGBTQIA+, em especial para as pessoas transexuais, que mesmo dentro desse grupo maior, apresentam dificuldades e processos adoecedores e discriminatórios próprios (BRASIL, 2011).

Além disso, é importante refletir sobre a implementação dessa política e seus entraves, dentre os quais muitos se relacionam com o despreparo do profissional de saúde. Os profissionais, através da sua ignorância e/ou negligência, relacionadas a esse tipo de atendimento e à política específica LGBT, contribui para o aumento da segregação e marginalização dessa população dentro dos serviços de saúde (PAULINO et al, 2019).

Em relação aos desafios da PNSI-LGBT, nos deparamos ainda com a dificuldade evidente do profissional de saúde (Médicos, Enfermeiros, etc.) de acolher e escutar adequadamente pessoas cujo estilo de vida, identidade de gênero e sexualidade destoam da “padronizada” heteronormatividade, o que acaba perpetuando nos serviços de saúde a discriminação e as dificuldades de acesso, descumprindo assim os princípios do SUS e afastando das unidades de saúde pública essa população (SILVA et al, 2021).

A ideia de construção de uma política específica e prioritária de saúde integral para população LGBTQIA+ é apoiada na análise do perfil epidemiológico e social desse público, que apresenta uma série de vulnerabilidades, especialmente no campo da saúde (BRIDGET et al, 2019). As minorias sexuais são com frequência vitimadas pela privação de direitos civis e sociais, e com isso adoecem física e mentalmente com muito mais frequência que a população em geral, sendo recorrentes altas taxas de infecções sexualmente transmissíveis (IST's), sofrimento e transtorno mental, suicídio, abuso de substâncias lícitas e ilícitas, dentre outras,

que fazem com que disparidades sejam geradas e/ou agravadas pela frequente posição social de marginalização, fazendo com que as iniquidades e desigualdades em saúde persistam em praticamente todas as realidades (BRIDGET et al, 2019).

Embora pareça estranho falar sobre atitudes negativas e preconceitos como praticadas durante o atendimento em saúde, tais práticas existem e permanecem, geralmente, escondidas por detrás de uma crença errônea de que a sociedade moderna teria superado o preconceito e a homofobia, especialmente na prestação de serviços públicos. No entanto, a heteronormatividade ainda dita as regras e tais condutas negativas ou negligentes por parte dos profissionais de saúde seguem acontecendo, mesmo que de forma menos aparente, sendo inclusive causa de piora nas doenças e agravos no meio LGBTQIA+ (PINTO, 2011), já que acaba diminuindo a procura oportuna pelos serviços de saúde.

Assim, há a necessidade de qualificar e humanizar o cuidado em saúde das pessoas LGBTQIA+, apontando como estratégias possíveis: a Educação Permanente entre os profissionais em serviço (especialmente os lotados na APS); a incorporação aos currículos e aos projetos pedagógicos dos cursos de saúde dessa discussão sobre o cuidado integral em um cenário de diversidade sexual e de gênero (SILVA et al, 2020); e trazer os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) para compor os processos formativos.

No entanto, ainda é possível observar um desconhecimento do tema pelos profissionais de saúde, o que sinaliza para uma necessidade urgente de novos estudos e reflexões sobre o papel dos profissionais na mudança desse cenário excludente (SILVA et al, 2020) e, de um modo bem específico, lançar um olhar para as contribuições da Enfermagem, que por definição curricular já devia ter (pelo menos em tese) um afinamento com o SUS, com os seus princípios e com o acolhimento da diversidade em saúde, em todas as fases do cuidado de Enfermagem (BRASIL, 2018).

Além disso, ao analisarmos as bases históricas da profissão de Enfermagem, fica evidente que ela foi construída na modernidade com o ideal de acolhimento e cuidado do indivíduo em todos os seus ciclos de vida, respeitando suas crenças, valores, culturas, e características individuais. A teórica Madeine M. Leininger, Enfermeira e Antropóloga americana, concluiu em sua Teoria Transcultural do Cuidado que é papel fundamental do profissional de Enfermagem cuidar de indivíduos, famílias e grupos, levando em consideração aspectos particulares e visão de mundo de cada um, que interfiram individualmente, direta ou indiretamente, no processo saúde-doença, para assim construir uma relação terapêutica entre o profissional que cuida e a pessoa que carece de cuidados (MOURA et al, 2005).

No entanto é importante um olhar para a história e consolidação da Enfermagem como

profissão, tendo em vista que existe uma base histórica, social e cultural, com forte influência moralista e religiosa, que ainda na atualidade pode representar barreiras para a operacionalização das políticas de saúde com equidade, seja na prática assistencial ou no ensino da Enfermagem (SILVA, 1989). E vem disso a importância de uma prática de ensino e cuidado reflexiva, que coloque em debate esses construtos históricos e sociais e de que forma isso impacta no denominado currículo oculto, que mesmo não estando descrito nas diretrizes curriculares dos cursos, ainda assim exerce um papel fundamental na formação do perfil do trabalhador e no profissionalismo (SANTOS et al, 2020).

As habilidades para um cuidado equânime e centrado na pessoa não são qualidades inatas e com frequência precisam ser desenvolvidas ou aperfeiçoadas. Foi nesse sentido que a Associação Americana de Faculdades de Enfermagem destacou em suas diretrizes, dos anos 2017 e 2018, a importância de que a formação humanística do Enfermeiro começasse no processo formador, no qual espera-se que o estudante seja preparado para atuar de maneira inclusiva, equitativa e culturalmente competente, reforçando o importante papel social da profissão no cuidado à saúde da população, considerando para isso suas necessidades e vulnerabilidades (HAND et al, 2022).

Para que de fato o profissional adquira as habilidades mencionadas anteriormente e o perfil necessário para atuar como transformador de realidades se torna fundamental que isso seja iniciado já no processo de formação desse profissional. Quando o assunto é o cuidado de Enfermagem direcionado às minorias sexuais e de gênero, pode ser facilmente observado no aluno uma falta de conhecimento, atitude e habilidades, o que aumenta a possibilidade de desconforto, atitudes negativas e sem empatia. Há uma carência curricular bastante expressiva nas universidades, que precisaria ser revista com urgência, já que são esses os Enfermeiros do “amanhã” (ORGEL, 2017).

Hughs e colaboradores (2022) mencionam uma série de nós críticos na formação do aluno de Enfermagem e também na atuação do profissional junto à população LGBTQIA+, dentre as quais as mais preocupantes são: atitudes negativas ou neutras, desconforto, grade curricular deficiente, crenças estereotipadas, cisgenerismo e centralidade na ideia de heteronormatividade como única forma de analisar as relações e os cenários. Esses autores apontam, com grande preocupação, a falta de contribuição da Enfermagem na construção do conhecimento científico no campo da saúde da população LGBTQIA+, o que pode ser observado facilmente pela carência de pesquisas conduzidas por Enfermeiros nessa temática, o que acaba trazendo reflexos deletérios para a formação acadêmica do aluno de Enfermagem em todo o mundo.

Por isso, a Escola de Enfermagem da Universidade de Columbia (EUA) promoveu um encontro sobre as questões de saúde da população LGBTQIA+ em 2019, cujo produto final foi a construção de um Plano de Ação e o estabelecimento de relações colaborativas entre as lideranças da Enfermagem, no sentido de melhorar a tríade educação, pesquisa e prática, de modo a promover sistematicamente um combate da injustiça estrutural que acomete esse grupo, além de propor a construção conjunta de um cuidado de Enfermagem cada vez mais longitudinal e equânime (HUGHES et al, 2022).

Em geral, no conhecimento científico que é produzido, encontramos um cenário preocupante quando o assunto é a relação do acadêmico ou o profissional da Enfermagem com o atendimento das minorias sexuais e de gênero, já que são comuns as pesquisas apontarem para uma falta de conhecimento básico sobre questões LGBTQIA+, que vão desde a dificuldade na diferenciação entre orientação sexual e identidade de gênero até crenças equivocadas como a associação imediata da população LGBTQIA+ com o risco de propagação de infecções sexualmente transmissíveis que, no geral, tendem a construir posturas negativas ou de neutralidade quando ocorre o encontro terapêutico nos serviços de saúde (WANG et al, 2022). Assim, a relevância desse estudo está diretamente relacionada à ampliação das discussões sobre as melhores práticas de acolhimento e cuidado de Enfermagem nos contextos da diversidade de gênero e da sexualidade humana, visando reduzir as iniquidades em saúde e a discriminação dentro dos serviços. A ideia de aquisição e preservação de direitos para as minorias sociais perpassa invariavelmente pelo ideal de formar “profissionais cidadãos” e “educar para a cidadania”, já que a missão do Enfermeiro, como dos demais profissionais que atuam nos serviços de saúde, vai muito além de tratar doenças, abarcando um importante papel de promover uma sociedade mais justa e com políticas públicas mais efetivas, que atendam as demandas de todos, mas especialmente dos mais vulneráveis (CANABARRO, 2013).

Para uma fundamentação mais ampla na temática desse estudo se tornou importante contextualizarmos, de forma breve, o debate na literatura, desde os aspectos históricos, que levaram à elaboração e a implementação da política pública de saúde voltada para as necessidades de saúde da pessoa LGBTQIA+, até a inserção do profissional Enfermeiro na promoção da equidade em saúde e sua interface com os processos formativos desses profissionais, e de que forma o profissional em formação se insere na promoção desse cuidado.

## **1.2 JUSTIFICATIVA**

A Enfermagem enquanto profissão e escopo de conhecimento científico próprio apresentou uma evolução histórica, social e cultural bastante diferente de outras ciências da

saúde. Dentro de uma lógica frequentemente fundamentada em questões morais e religiosas, foi também construindo a ideia de um cuidado aos enfermos, e apesar das inúmeras nuances vivenciadas em cada época e em cada cultura se diferirem sobre a motivação ao serviço, o ideal heroico, religioso e expiatório sempre esteve fortemente imbricado nesses profissionais. Após séculos de existência silenciosa, atualmente, percebemos uma Enfermagem moderna e reconhecida no Brasil e no mundo. Contudo, a ideia de cuidar de diferentes pessoas em diferentes ciclos de vida pode representar algo desafiador, especialmente quando a profissão se depara com a missão de prestar assistência à saúde de pessoas com diferentes formas de vida e visão de mundo. Quando conectamos esse profissional com a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios, suas políticas e grupos prioritários, nos indagamos: O profissional de Enfermagem tem ocupado adequadamente seu espaço nesse cenário? O profissional Enfermeiro tem sido um membro da equipe de saúde realmente comprometido com a universalização em saúde e com a redução das iniquidades de acesso ao cuidado? Como tem sido a atuação da Enfermagem no cuidado à saúde das minorias mais marginalizadas e vulnerabilizadas?

E foram desses questionamentos que surgiu a ideia de produzir esse estudo, especialmente usando o importante recorte do cuidado de Enfermagem das pessoas LGBTQIA+, população historicamente vítima de preconceito e discriminação. A PNSI-LGBT, efetivada em seus aspectos legislativos através da portaria 2.836 de 01 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde, representou a resposta política às demandas e anseios de uma população frequentemente excluída do acesso ao cuidado em saúde. Ela trouxe a ideia de incluir na rede de serviços do SUS essa importante parcela da população, promovendo em seu meio o cumprimento dos princípios basilares do SUS, especialmente no que se refere a universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2013). No entanto, mais de uma década depois da regulamentação dessa política ainda é possível observar poucos avanços, especialmente no conhecimento dos profissionais de toda a complexidade que envolve o cuidado à saúde dessa população, e ainda é possível perceber pouco acolhimento e inclusão nos serviços que compõem a rede de atenção à saúde do SUS.

E no sentido de aprofundar o conhecimento sobre o cuidado de Enfermagem com as pessoas LGBTQIA+, buscou-se encontrar respostas diretamente no processo de formação desses profissionais que ingressam todos os anos no mercado de trabalho, e de que forma esses profissionais em formação lidam com as necessidades de saúde dessa população. Essa busca envolveu o conhecimento teórico das vivências LGBTQIA+ e suas necessidades de saúde, a influência da estrutura curricular e do próprio ambiente universitário, as experiências pessoais

e acadêmicas, o conhecimento efetivo sobre a Política de Saúde LGBT e as práticas de cuidado envolvidas, os múltiplos questionamentos e dúvidas desses profissionais em formação e como isso constrói o cenário de saúde atual.

### **1.3 OBJETIVOS**

#### **1.3.1 Objetivo Primário**

Compreender a perspectiva dos estudantes de Enfermagem sobre a formação para as questões da diversidade sexual e de gênero.

#### **1.3.2 Objetivos Secundários**

**Objetivo secundário 1:** Analisar a perspectiva do aluno sobre o atendimento à saúde da população LGBTQIA+.

**Objetivo secundário 2:** Compreender as vivências relativas à diversidade sexual e de gênero no cotidiano institucional.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 A construção da Enfermagem como campo de atuação profissional: a tradição religiosa e a produção de “corpos frios”**

Ao falarmos sobre a prática de Enfermagem diante de necessidades de grupos específicos, se torna importante um entendimento amplo do motivo das coisas “serem como são”, e de forma despretensiosa apresentamos um resumido processo de revisitação histórica, social e cultural da Enfermagem pré e pós profissionalização, na tentativa de com isso encontrarmos raízes e construtos profissionais que deram a cara da profissão e do processo formativo no mundo contemporâneo. E inclusive buscando compreender quais seriam os elementos da formação em enfermagem que comprometem a forma como o profissional se relaciona com o paciente, de forma a desconsiderar sua vida, contexto e individualidades, no processo que COSTA (2003) sinaliza em seu estudo como produtor de “corpos frios” e relações de poder e dominação, que tendem a gerar efeitos deletérios nessa relação terapêutica enfermagem/paciente.

De início, é possível verificarmos que existem poucas evidências e registros formais sobre o percurso da Enfermagem no período anterior a sua profissionalização, e que embora encontremos escritos milenares das práticas de cuidados aos enfermos, a questão de definição

de uma identidade profissional não era uma preocupação na antiguidade e idade média, e as poucas descrições ocorrem de forma desarticulada e deprovida de crítica (SILVA, 1989).

A prática do cuidado direcionado aos doentes foi em seu início uma prática totalmente desenvolvida no meio doméstico ou em templos religiosos, sem qualquer caráter institucional, e tais atividades eram consideradas manuais e de menor relevância, sendo executadas em sua maioria por religiosos (monges, diaconisas, etc.), mulheres/mães de família, ou ainda escravos, fazendo nesse processo uma separação entre o cuidado leigo de base familiar e religioso, mas em ambos não havia consenso sobre a necessidade de qualquer conhecimento específico (SILVA, 1989).

No outro extremo, no entanto, a Medicina já crescia como conhecimento e profissão, através da atuação dos cirurgiões barbeiros e médico residentes, que já tinham nas mãos o poder diagnóstico e terapêutico, e o “monopólio sobre a doença”, o que SILVA (1989) classificou como uma espécie de “hierarquia temática”, que viria a lançar bases sólidas sobre a concepção moderna de ambas as profissões. Nessa concepção, a prática médica era reconhecida como profissão e sendo legitimada histórica e socialmente por meio da capitalização da sua prática, diferentemente da Enfermagem que era permeada por uma visão heroico e idealizada, e intimamente relacionada com a prática religiosa e familiar, que representou uma importante barreira para o seu reconhecimento como profissão, com saberes e campo de atuação próprios, gerando uma clara assimetria entre as duas profissões.

SILVA (1989) sinaliza ainda uma mistura conceitual histórica entre medicina, enfermagem, e o próprio conceito de doença muito implicado pela forma como as civilizações enxergavam os processos patológicos, envoltos em relações deíticas e elementos mágicos, e pelo papel do curandeirismo, inclusive inserido na prática da medicina, com forte caráter religioso, como no caso dos primeiros médicos gregos, que eram servos do deus Asclépio, sendo a prática médica diretamente associada com o culto a essa deidade. Uma outra base importante considerada no mesmo estudo, foi a prevalência do gênero feminino no cuidado aos doentes, atividade essa considerada de subalternidade e desprestígio, havendo ali uma importante relação de dominação de gênero, predominante até os dias atuais, em que a maioria dos profissionais de enfermagem ainda são mulheres.

Na Idade Média, o Cristianismo passou a ser considerado a base da interpretação do mundo. A prática médica passou por uma relativa estagnação relacionada com o controle da igreja sobre as fontes de conhecimento. Embora tenha surgido escolas de medicina haviam limitações importantes para o desenvolvimento de estudos. O cuidado direto aos doentes passou a ser visto socialmente como uma forma de expiação dos pecados, gerando um paradigma de

uma Enfermagem relacionada com a prática religiosa e de caridade, segundo uma norma disciplinar rigorosa de base cristã. Esse paradigma influenciou diretamente o desenvolvimento do Modelo Nightingaliano, que se tornaria a base para a Enfermagem Profissional/Moderna. É importante destacar que, nesse momento, ao contrário da Medicina, a Enfermagem não contava ainda com um reconhecimento enquanto profissão, e quando mencionada no cenário de produção estava sempre ligada com o saber médico, reforçando a relação assimétrica entre as profissões (SILVA, 1989).

Do século XVII em diante, o mundo passou por intensas e aceleradas mudanças, com a queda do regime feudal e a forte oposição à igreja católica exercida pelo protestantismo, e surgimento de uma economia pautada na geração de capital e renda, tendo como importante desdobramento a queda sistemática das pessoas interessadas em seguir “carreira religiosa”, gerando uma verdadeira crise de serviços de cuidados aos enfermos nos monastérios, pela diminuição de mão de obra religiosa, fazendo com que o cuidado aos doentes ficasse cada vez mais a cargo de pessoas da sociedade civil. E é nessa nova configuração que os “hospitais” surgem como verdadeiros depósitos humanos, e a mão de obra que prestava os cuidados diretos aos doentes, cada vez mais se torna formada por pessoas tidas como inadequadas socialmente ou inaptas para outros tipos de trabalho, geralmente pessoas sem moral, bêbadas e iletradas (SILVA, 1989).

As ciências pós Idade Média passam por grandes avanços, e a Medicina vai progressivamente ganhando robustez científica através dos avanços e descobertas das áreas relacionadas com a prática médica como a biologia, anatomia, fisiologia, microbiologia, bacteriologia, imunologia e farmacologia dando uma nova interpretação para a ciência hipocrática. Isso se dá especialmente no século XIX com as descobertas de Pasteur e Fleming, como a penicilina em 1928 que passa a ser importante na terapêutica contra as infecções, que configuravam importante causa de mortalidade no mundo todo, ganhando um fôlego importante com as demandas da emergente economia capitalista e industrialização (SILVA, 1989).

Até a consolidação do capitalismo, o aspecto saúde das pessoas tinha sido historicamente negligenciado o que motivava altos índices de morbidade e mortalidade. No entanto, com o desenvolvimento econômico da Europa e América do Norte, cresceram as demandas por mão de obra. Logo, adultos saudáveis e capazes se tornaram importante ferramenta para manutenção da ordem econômica, e as péssimas condições sanitárias e as carências de serviços de saúde acessíveis se tornaram uma mola propulsora para o avanço do ensino médico e das instituições de saúde.

E assim, de forma providencial, esses espaços hospitalares vão ganhando

progressivamente a forma do hospital que conhecemos hoje, deixando de ser meros depósitos humanos, e passando a configurarem como lugar de tratamento, desenvolvimento de estudos e pesquisas. E é nesse contexto que as ciências médicas assumem um importante papel na cadeia produtiva, e cada vez mais tem sua prática monetizada, o que no entanto não ocorria com a Enfermagem, que ainda tateava o mercado formal de trabalho. Nessa conjuntura de aumento das demandas hospitalares, a Enfermagem passa a ser progressivamente reconhecida como profissão de saúde, necessária para o bom andamento dos serviços de saúde, mas trazia em suas bases uma forte relação com a religião cristã ou caráter familiar/doméstico, o que pode ter contribuído com a sua condição de profissionalização tardia (SILVA, 1989).

Em seu estudo, SILVA (1989) aponta alguns movimentos que tiveram importância histórica para a construção da Enfermagem Profissional. Inicialmente, na França do século XVII, em sua maioria ligados direta ou indiretamente às instituições católicas, tendo como expoente a fundação da Companhia das Filhas de Caridade por parte de Luiza de Marillac, com inspiração e parceria de Vicente de Paulo, ambos beatificados pela tradição cristã posteriormente. E através dessa forma de trabalho, no século XVIII, surgiram as primeiras escolas de treinamento de pessoas para cuidarem de doentes, atrelada à crescente demanda por qualificação do profissional “paramédico”, que ganha espaço com a expansão dos hospitais.

Outro marco histórico importante foi a inserção de Florence Nightingale e sua equipe de Enfermeiras, no caótico cenário da guerra da Criméia, onde exerceu funções importantes de cuidado de doentes e gerenciamento. Ela aceitou o convite de Sidney Herbert, então Ministro da Guerra inglês, que pretendia que a mesma organizasse os hospitais militares ingleses instalados em Scutari e na Criméia, que somavam índices alarmantes de morte de soldados feridos na época. O efeito da intervenção da Enfermagem nesse cenário foi praticamente imediato, já que os esforços de Florence e suas profissionais conseguiram reduzir de 40% para 2% a mortalidade total entre os combatentes ingleses (SILVA, 1989)

O notável sucesso de Florence Nightingale, em grande parte, foi atribuído a sua inegável habilidade de identificar os problemas em profundidade e propor soluções efetivas, sendo esse processo o precursor de uma extensa reforma na administração médica militar, com reflexos importantes também na saúde do trabalhador, que a Inglaterra, como importante potência capitalista, passou a valorizar. E esse corpo de conhecimento construído na Guerra da Criméia passou a ter aplicabilidade em hospitais de Londres e Paris, e posteriormente foi a causa da atribuição da Enfermagem Moderna ao modelo nightingaliano (KRUSE, 2003).

E com esse processo crescente de profissionalização da Enfermagem, surgem processos formativos oriundos do modelo proposto por Nightingale, inicialmente com a fundação da

Escola Nightingale, vinculada ao Hospital St. Thomas, em Londres, criada para formar dois grupos profissionais, Nurses (Operacionais) e Ladies Nurses (Gerenciais). As alunas eram rigorosamente selecionadas através de um crivo centrado em características herdadas da moralidade religiosa e dos preceitos da sociedade inglesa da Era Vitoriana, como: altruísmo, abnegação, puritanismo, integridade e humildade, o que reverbera na Enfermagem Moderna (SILVA, 1989)

É importante destacar que, em termos de profissionalização, a Enfermagem colheu frutos amargos relacionados diretamente com questões culturais, como o fato de ter uma composição predominantemente feminina desde os primórdios, sendo flagrante a assimetria histórica das relações de gênero, onde o homem protagoniza e domina, tanto as relações familiares quanto profissionais, o que tornou o cuidado de doentes uma atividade (então feminina) uma tarefa rotulada como manual, doméstica, comum e até mesmo desprezível, o que em comparação com os avanços da medicina representou uma diferença gritante no reconhecimento de ambas as profissões no cenário moderno, impondo para a Enfermagem Profissional uma carga negativa no que se refere a divisão social do trabalho (SILVA, 1989).

Ainda dentro desse processo de consolidação da Enfermagem como profissão de saúde na modernidade, encontramos a contribuição do crescente processo de valorização política e econômica do binômio saúde/doença, que impactava diretamente na expansão mundial da economia capitalista, que tornaram fundamental a construção de processos formativos efetivos para preparar as profissionais para o cuidado (SILVA, 1989).

E foi nesse processo formativo inicial que percebemos uma influência basilar do modelo adotado por Florence Nightingale, com fortes raízes religiosas e moralizantes, sendo inclusive usados tais parâmetros nos processos avaliativos, nos quais os boletins técnico e moral se equiparavam, demonstrando uma preocupação exacerbada com os comportamentos adotados, na tentativa de eliminar a imagem desregrada e anárquica criada no período imediatamente após a Idade Média (SILVA, 1989). Isso reforçou, ao longo da construção histórica da Enfermagem Profissional, suas raízes originadas no Cristianismo e seu espírito dogmático, fazendo com que mesmo pretensamente laica, a enfermagem ocidental ainda se mantivesse fiel a visão heroico e ideológica construída historicamente (COSTA, 2003).

Mas, apesar das limitações ideológicas, progressivamente, a Enfermagem foi assumindo um importante papel nas atividades assistenciais e gerenciais no hospital, e com isso passou a exercer, juntamente com a medicina, o poder disciplinar de controle sobre os corpos dos doentes internados, implantando um sistema pelo qual, de forma rotineira, o indivíduo deveria se adequar à dinâmica e regramento institucional. Dessa forma, o poder disciplinador

profissional iguala os indivíduos estabelecendo normas e rotinas para banho, medicação, sono, alimentação e outras necessidades, o que, de forma sistemática, vai aos poucos desconsiderando as individualidades e singularidades dos sujeitos, dando vida ao conceito de biopoder ou tecnologia regulamentadora da vida, que foi amplamente discutido por Foucault (COSTA, 2003).

E, assim, nascem os chamados “corpos frios”, pacientes dóceis e disciplinados, apassivados pelas normas e condutas impostas pelos profissionais responsáveis pelo cuidado, numa clara semelhança ao poder coersivo detalhado nos estudos de Foucault, onde Enfermeiras assumem o papel de vigilância, que inclui dispositivos de controle das atividades, capitalização do tempo e exercício de poder sancionador. Dessa forma, o paciente vai perdendo sua identidade e autonomia e progressivamente perde o direito de exercício de volição, se tornando mero objeto ou expectador do cuidado (COSTA, 2003).

Em seu estudo, COSTA (2003), explora a forma como a formação em enfermagem vai progressivamente criando a visão dos corpos frios, inicialmente destacando que o primeiro contato humano do estudante dos cursos de saúde é feito nas disciplinas de anatomia e fisiologia, sendo o contato com cadáver de identidade desconhecida sua primeira noção de cuidado profissional com outro ser humano. E, durante essas aulas, existe a fragmentação do corpo em peças anatômicas, e o estudo das partes busca uma compreensão do todo, porém com um enfoque estritamente relacionado com os processos biológicos da normalidade, que posteriormente irão dar subsídios para o estudo das anormalidades, em disciplinas como a de patologia.

E esse primeiro contato é bastante útil na formação, mas não considera particularidades, o que tende a condenar os indivíduos à posição de igualdade, definida pela estrutura de seus sistemas, órgãos, tecidos e células, e tudo isso permeado pela condição de inércia do corpo sem vida. Essa visão encontra sua continuidade nas disciplinas relacionadas com a aplicação das técnicas e procedimento de enfermagem, cuja prática geralmente se desenrola em laboratórios com a utilização de bonecos e, mais uma vez, privilegia a docilidade de corpos sem vida ou emoção (COSTA, 2003).

E essa base formativa considerada produtora de “corpos frios” serve para dar concretude a uma visão profissional que vê no paciente estritamente normalidade ou anormalidade. A partir de uma ótica biológica, iguala sujeitos e desconsidera características elementares como o sexo, gênero, raça/etnia, vendo nessa relação uma forma de manipular e extrair saberes, sob a “roupagem” de cuidado e produção de saúde (COSTA, 2003).

E a medida que a Enfermagem foi trilhando sua construção profissional no cenário

moderno, foram surgindo importantes mecanismos reforçadores dessa visão dos “corpos frios”. Dentre estes, estão: a incorporação da prática gerencial e poder disciplinar (Biopoder) sobre a operacionalização das normas e rotinas, subjugando e despersonalizando os sujeitos; e a implementação das técnicas e procedimentos de enfermagem para todas as fases de vida do indivíduo, do nascimento até a morte, governando os corpos e tornando-os dóceis para a prática do cuidado (COSTA, 2003).

Na construção histórica da prática da Enfermagem Profissional, encontramos o desenvolvimento do Processo de Enfermagem, que buscou com suas etapas interdependentes e inter-relacionadas dar identidade à ciência da prática do cuidado. Especial destaque foi dado para a definição dos diagnósticos de enfermagem que buscou agrupar em um formato taxonômico todos os “problemas” que necessitariam da intervenção de enfermagem, reais e/ou potenciais, bem como suas características definidoras e fatores relacionados, conforme descrito pela Associação Norte-Americana dos Diagnósticos de Enfermagem (NANDA). Buscou-se, assim, criar uma definição objetiva para todos os processos envolvidos entre o ser saudável e o adoecer e sua relação com o saber da Enfermagem, a qual se tornou mais um mecanismo de padronização do cuidado e despersonalização dos indivíduos, reduzindo sua infinitude a algumas dimensões objetivas, fechando assim qualquer possibilidade de discutir singularidades (COSTA, 2003).

E nesse caminho revisitado até aqui fica a provocação para análise de qual seria a relevância da Enfermagem Profissional e do processo formativo para as questões relacionadas com o cuidado à pessoa LGBTQIA+. Embora não tenha sido encontrada nenhuma menção específica às necessidades de saúde e demais questões acerca do cuidado com equidade, a forma como a Enfermagem se estruturou profissionalmente apresenta duas características importantes para o contexto analisado nesse estudo: 1) a base conservadora sobre a qual foi estruturada a profissão, fortemente vinculada aos preceitos da tradição católica cristã, e 2) a questão da formação acadêmica que sempre privilegiava (e privilegia até hoje) um contato com recursos pedagógicos sem vida, como corpos humanos sem vida e bonecos, fazendo com que desde o início da formação o paciente ganhe uma forma passiva e desprovida de volição.

## **2.2 A construção social da sexualidade: entre normas e desvios**

As ideias relacionadas à sexualidade nunca foram totalmente consensuais entre culturas, povos e momentos históricos, sendo possível observar uma estreita relação dessas com o momento histórico analisado. E esse processo, de uma forma dinâmica, foi se tornando transversal ao longo das eras, perpassando por domínios das mais diversas matérias como: a

religião, a filosofia, a justiça, a psicologia/psicanálise, a medicina/psiquiatria, os direitos humanos e tantas outras que a sua maneira foram dando suas contribuições na busca por compreender esse campo da experiência humana.

É importante construirmos um entendimento sobre esse movimento de mudança e construção social, histórica e cultural, acerca das questões de sexualidade, através de um breve resgate histórico sobre o tema. Há limitações epistemológicas da literatura produzida ao longo das épocas, já que a maioria traz uma visão mais limitada à análise da prática homossexual, mas que sem dúvida nenhuma deu início ao processo de reconhecimento das formas diferentes de exercer a sexualidade

FARO (2015) afirmou que a especificação de gênero em relação ao sexo e ao prazer dele oriundo, são construtos ocidentais e relativamente novos, mais especificamente após século XVIII. Ele traz uma série de narrativas históricas e mitológicas nas quais a liberdade sexual era a norma, como nos relatos da ligação íntima e sexual entre homens nas culturas clássicas, que podiam se envolver sexual e afetivamente de forma fluída. Entre os exemplos mencionados encontramos alguns casos célebres na história e mitologia, como a intimidade entre filósofos da antiguidade com seus aprendizes, como já mencionado, ou o relato do herói mitológico Aquiles e seu amor por Pátroclo, ou ainda Alexandre, o Grande, e seu amigo e companheiro inseparável Heféstion, que muitas vezes é historicamente mencionado como amante do conquistador, em Roma encontramos registros do interesse do Imperador Adriano por jovens garotos com quem mantinha relacionamento de cunho romântico e sexual.

E saindo das culturas grega e romana, onde as evidências de relacionamentos homoafetivos eram mais evidentes, encontramos exemplos históricos também na Mesopotâmia e Babilônia, onde os reis Zimri-Lim e Hammurabi são citados como monarcas que com frequência tomavam indivíduos do sexo masculino para relacionamentos amorosos análogos ao status matrimonial da época (FARO, 2015).

No processo de colonização das Américas, é possível encontrar registros, espanhóis e portugueses, de histórias de jovens que eram dados de presente pelos pais para satisfação sexual do filhos. E entre os índios nativos da América do Norte foi descrito um evento chamado “Berlache”, onde alguns indivíduos adotaram padrão desviante do comumente praticado enquanto “homem” ou “mulher”, passando então a exercer o papel do gênero biológico oposto. E na América do Sul, especificamente no nordeste brasileiro, também foi encontrado um exemplo menos comum, a prática homoafetiva feminina, onde mulheres abandonavam o papel doméstico para assumirem responsabilidades fora de casa e adotavam postura social masculina, se vinculando afetivamente a outras mulheres, em que os papéis matrimoniais tradicionais

“masculino e feminino” eram retomados e desempenhados por duas mulheres respectivamente (FARO, 2015).

Todos esses relatos corroboram para o entendimento de que não havia essa categorização estanque da sexualidade, sendo esta um construto social e cultural com estreita ligação com o momento histórico.

No entanto, o que se observou com o tempo foi uma progressiva vinculação das questões de sexualidade a construtos sociais de dominação e poder, com a forte interferência das religiões monoteístas, mais especificamente do Cristianismo de Base Apostólica Romana, que durante a Idade Média promoveram uma aglutinação entre os poderes religioso e político, tornando papel das autoridades do alto clero determinar o certo e o errado. O sexo foi evidentemente um importante alvo das análises moralizantes e regramentos da igreja, que passa então a reforçar a ideia do sexo praticado sob a lógica matrimonial e com a finalidade procriativa de preservação da raça humana, construindo uma verdadeira ideologia sexual (RUBIN, 2006).

E com isso foi progressivamente se consolidando um parâmetro para julgar o “normal”, e classificar imediatamente como desviante e perverso tudo aquilo que destoasse dessa lógica biologicista, desconsiderando completamente a importância da produção social, histórica e cultural sobre os conceitos, reforçando assim uma ideia de progressiva sobreposição de sexualidade e opressão, tecidas de humanos para humanos, onde grupos despontavam como superiores em detrimento de outros vistos como inferiores. Trata-se de um processo de politização e controle da orientação sexual, nos quais homossexuais e bissexuais passam a ser encarados como anormais e indesejáveis. As mulheres com orientação não heterossexual adquiriram, nesse jogo de poderes, um status social duplamente oneroso, de um lado por ser mulher, que historicamente na sociedade já vinha tendo um papel marginalizado, e no outro extremo por adotarem práticas sexuais discordantes do imperativo procriativo esperado da mulher (ADELMAN, 2000).

SILVA (2014) também retrata, à luz da literatura, a histórica dominação social masculina na prática da sexualidade, e o quão questionável isso pode ser quando se amplia o olhar de um essencialismo biológico irrefletido, ou permeado pelo poder e regulação social e religiosa, para uma análise mais profunda. Essa análise tende a atribuir significados diferentes para as questões de sexualidade, a depender do contexto histórico e social, que tendenciosamente costuma construir dinâmicos sistemas de saberes e normas que, de modo predominante, costuma exprimir discursos e juízos de valores intimamente relacionados com a visão de mundo de classes dominantes em cada momento histórico (SILVA, 2014).

E é nesse contexto altamente sustentado pela religião, que surge, como mais um instrumento de dominação, o controle sobre as práticas sexuais que divergem do binarismo e da finalidade procriativa que passam automaticamente a caracterizar prática perversa e pecaminosa. A partir disso, o homossexualismo passa a ser encarado como transgressão passível de punição, inclusive na esfera criminal em alguns cenários, o que lança bases para a construção social do “sexo normal”, que devia ser feito entre homens e mulheres no contexto matrimonial, e o que fosse distinto disso seria naturalmente rotulado de inadequado, desviante e até mesmo patológico, como viria a ser mais a frente enquadrado no processo de “medicalização da sexualidade”, nascendo assim o conceito hegemônico que hoje chamamos de heteronormatividade (GIAMI, 2005).

No período pós vitoriano surge um aumento no interesse sobre a sexualidade, algumas vezes embasada pelo anseio de explicar as diferenças na obtenção da satisfação através do ato sexual. E na atuação da Medicina/Psiquiatria, ocorre o processo de “Apropriação Médica”, pelo qual a sexualidade é tomada sob uma ótica estritamente biologicista e tendenciosa, e passa a servir aos interesses e poderes de uma categoria, e que, de um modo geral, não trazia análises que contemplassem realmente o sujeito ou que reconhecesse de fato os direitos e as singularidades da pessoa humana. No entanto, as reflexões produzidas no campo da Psicologia, Sociologia, Antropologia, dentre outras ciências, trouxeram contribuições extremamente relevantes para o estudo da sexualidade, e mesmo que isso não tenha tido uma motivação altruísta ou solidária, de fato surgiram avanços pela preocupação em estudar e analisar os padrões discordantes do binarismo e heteronormatividade (GIAMI, 2005).

GIAMI (2005) faz uma importante análise histórica sobre o impacto das contribuições de Michel Foucault na interpretação dos fenômenos da sexualidade. A análise foucaultiana considera a sexualidade enquanto dispositivo construído por práticas, representações e discursos e produtor de uma estrutura de poder. Inicialmente, explora-se o poder religioso onde as práticas pecaminosas iam contra o regramento estabelecido e as práticas de adultério, incesto, sodomia e masturbação ganhavam um status análogo ao de crime, fazendo surgir a necessidade imediata de confissão e penitência como formas de remissão desses comportamentos vistos como desajustados. E para maior elucidação desses processos Foucault explorou aspectos como a medicalização da sexualidade, o controle disciplinar, a masturbação infantil, a contribuição da família no controle disciplinar dos comportamentos individuais, apontando a supervalorização do saber médico no sentido de propor soluções para os comportamentos tidos como perversões (que quase sempre incluía todas as práticas sexuais que fugiam do convencionalizado pela sociedade e religião da época) e que precisavam ser controladas ou

extirpadas do meio social (GIAMI, 2005).

Os estudos e análises de Foucault trouxeram avanços importantes ao propor, de forma inovadora, uma discussão bem construída e bem embasada sobre a forma como o dispositivo da sexualidade se relacionava com a cultura moralista e repressiva da Era Vitoriana, considerando aspectos sociais e não mais estritamente biológicos, se aprofundando nas relações de poder da época, fazendo com que o controle moral fosse visto muito além da determinação social de como o sexo podia ou não ser praticado. Além disso, realizou uma importante análise do processo gradual de medicalização da sexualidade, expresso pela “patologização” do dispositivo da sexualidade, e de que forma a estruturação da biopolítica se deu como forma de organizar e gerir populações, mesmo em aspectos de vida tidos como privados (GIAMI, 2005).

E foi assim que no final do século XIX, a sexualidade passou então a ser oficialmente um objeto de análise médica, especialmente no campo da Psiquiatria, já que esses profissionais começaram a tratar o indivíduo homossexual como doente (loucos ou doentes de instinto sexual), dando início ao gradativo processo de patologização da homossexualidade. Junto com outras minorias, como mulheres e crianças, eles passaram a exercer um papel marginal na sociedade, seguindo a tendência histórica de associação entre o dispositivo da sexualidade e as relações de poder e dominação vigentes (RIBEIRO, 1999).

E assim nasceu o conceito moderno de homossexualidade, com forte carga patologizante e estigmatizante, que foi bastante fortalecida nos séculos XIX e XX, sempre permeado por um julgamento moral nas culturas ocidentais, onde pessoas que praticavam sexo com pessoas do mesmo sexo eram imediatamente definidas como transgressoras, desviantes ou subversivos. Esse rótulo carregado de estigma e vulnerabilização causou sofrimento irreparável para essas populações, especialmente entre as décadas de 1940 e 1970, marcadas por um “anonimato da sexualidade” do mundo ocidental, especialmente nas Américas (ADELMAN, 2000).

O desdobramento disso veio em forma de reação coletiva, por meio da qual foram aos poucos surgindo no meio dessa comunidade formas e alternativas de driblarem desafios diários e corriqueiros, como o estigma social, rejeição familiar, marginalização social, exclusão da cadeia produtiva e desemprego. Muitas dessas alternativas envolviam uma vida secreta “dentro do armário”, onde a única forma de existência e liberdade só se tornou possível através da criação de uma verdadeira subcultura gay que possibilitava a interação entre as pessoas não heterossexuais em espaços escondidos e protegidos, de onde se originaram muitos movimentos sociais e políticos que manteriam vivos os ideais de igualdade e lutas pelos direitos sexuais das pessoas (ADELMAN, 2000).

E durante essas reflexões foram surgindo algumas cisões dentro do próprio movimento pelos direitos das minorias sexuais, já que com o aprofundamento dos estudos ficou claro que a visão minimalista de um mundo formado por homossexuais e heterossexuais não conseguia dar conta de toda a diversidade e singularidade da pessoa humana, até porque já existia um consenso de que o sexo poderia ser praticado pelo prazer e não estritamente com a finalidade procriativa, como vinha sendo propalado historicamente (ADELMAN, 2000).

O que representou uma verdadeira ruptura com a lógica heteronormativa, que vinha mantendo sua hegemonia ao longo dos anos, e que diante do crescimento dos movimentos de minorias (não apenas minorias sexuais) se viu questionada toda a ordem de poder vigente. Passou-se, então, à busca por um ideal bem maior do que apenas o de sobreviver ou ser agraciado com as benesses da tolerância coletiva, visando um combate sistemático de todas as formas de opressão social e resgate do direito à liberdade individual de exercício pleno e saudável da sexualidade (ADELMAN, 2000).

### **2.3 Atenção integral à saúde da população LGBTQIA+: lutas históricas, conquistas e desafios**

O Brasil das décadas de 1960 e 1970 foi marcado pela forte violação de direitos do povo brasileiro que, sob a Ditadura Militar, viveu um regime político inóspito para minorias, reforçando preconceitos históricos que, juntamente com a falta de investimento em políticas sociais consistentes, marginalizaram ainda mais alguns grupos, sob a bandeira de uma aparente valorização da “moral e dos bons costumes” (GREEN et al, 2018).

No entanto, os movimentos de minorias não permaneceram silenciados por muito tempo e, no final da década de 1970 e início de 1980, surgiu um levante de muitos grupos insatisfeitos com a conjuntura política da época. Foi assim que vários coletivos começaram a se articular e se rebelar contra o regime da ditadura militar, e com o público homossexual não foi diferente. Inicialmente, através do surgimento do Movimento Homossexual Brasileiro (MHB), no ano de 1978, em São Paulo, sendo esse o primeiro coletivo organizado dessa época. Surgiram também, em paralelo, inúmeras discussões no âmbito político, que convergiam para a necessidade urgente de um processo de redemocratização do Estado Brasileiro (GREEN et al, 2018).

O Regime Militar, iniciado em 1964, dentre suas muitas características opressoras que abarcavam questões relacionadas com a interferência do Estado nas liberdades individuais dos cidadãos, impactou significativamente na vida das pessoas que não seguiam o padrão heteronormativo e cisgênero, prevalente e supervalorizado pelos militares, que consideravam ser esse o perfil ideal de família. Isso fazia com que cada vez mais as minorias sexuais e de gênero fossem relegadas à uma posição social marginalizada, tendo nessa ocasião surgido uma

verdadeira Política Sexual, pautada no preconceito e na repressão, fortalecendo a formação de guetos gays, que tinham cada vez menos liberdade de expressão em lugares públicos (GREEN et al, 2018).

No entanto, tal como em várias outras populações marginalizadas, o público gay cada vez mais se articulava e resistia, tendo em grupos de afirmação como o “Somos”, em São Paulo, e o Lâmpião de Esquina, no Rio de Janeiro, uma espécie de “luz no fim do túnel”. Para alguns historiadores, isso contribuiu com o surgimento do Orgulho LGBT e a busca por maior visibilidade e melhores condições de vida e interação social para essas minorias, que seria, a partir daí, claramente expressa pelas constantes reivindicações de criação de políticas públicas orientadas pelas demandas das pessoas LGBTQIA+ (GREEN et al, 2018).

Ainda assim, haviam dificultadores importantes no processo de implementação de políticas públicas com capacidade de respostas efetivas para as demandas dessa população, tais como a insistência do meio científico em patologizar a homossexualidade e de atribuir reponsabilidade a essas pessoas pela disseminação global do vírus da AIDS, o que por sua vez acabava por perpetuar uma política sexual impositiva, que estabeleceu a cisheteronormatividade como o desejável para uma sociedade saudável. As mudanças no campo da produção de saúde foram bem lentas, prova disso é a dificuldade estrutural encontrada pela Política de Atenção integral à Saúde da População LGBT que, mesmo formalizada legalmente em 2011, até os dias de hoje ainda encontra entraves importantes na sua implementação, e mesmo após 40 anos da articulação do movimento ativista LGBTQIA+, esse público ainda permanece à margem do sistema público de saúde (FERREIRA et al, 2022).

Se, por um lado, a epidemia da AIDS (conhecida em 1982 como “câncer gay”) trouxe graves prejuízos à comunidade LGBTQIA+, como mortes e aumento na marginalização, houve também um desdobramento “positivo”, por assim dizer, já que colocou a população gay do mundo debaixo de grandes preocupações sanitárias e epidemiológicas, com forte participação de serviços não governamentais, dentre os quais vale a pena destacar o GAPA (Grupo de Apoio à Prevenção de AIDS) de 1985, a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (Abia) de 1986 e o Grupo pela Vida de 1989, que fizeram um importante trabalho de promoção de saúde voltado para as populações LGBTQIA+, somado ao crescente trabalho internacional que já apresentava evidências científicas importantes no combate à epidemia (FERREIRA et al, 2022).

Em 1987, o Ministério da Saúde após importantes discussões com a comunidade científica e com os movimentos sociais organizados criou o Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, que trouxe uma contribuição histórica para a

ampliação das discussões sobre a saúde das minorias sexuais e de gênero, incorporando aspectos importantes como a prevenção e a promoção, testagens, além da distribuição gratuita de preservativos e medicamentos, suporte e aconselhamento para indivíduos portadores do vírus HIV, iniciativas essas que se fortaleceram muito nas décadas seguintes, tornando esse programa uma importante referência internacional de cuidado (FERREIRA et al, 2022).

Mas no cenário político ainda persistia uma estrutura tradicionalista e produtora de homofobia e transfobia, que perduram até os dias atuais, onde ocupamos a desconfortável posição de país que mais mata pessoas LGBTQIA+ no mundo, herança de uma base social ditatorial que não aceitava uma “sexualidade discordante”, que até o fim do Regime Militar era enquadrada como prática subversiva e combatida com veemência pela deletéria política sexual vigente na época (GREEN et al, 2018).

Em 1986, outro importante marco histórico ecoou sobre as necessidades de saúde da população brasileira, porque com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde a sociedade pela primeira vez colocou suas reivindicações em evidência, sendo incluída na pauta a maior necessidade de todas, a universalização do direito à saúde, sendo esse o estágio embrionário do que viria a ser o nosso Sistema Único de Saúde (SUS). Criado debaixo das amplas discussões da Conferência, onde ficou clara a urgência de uma rede de serviços públicos de saúde que operacionalizasse os princípios de universalidade, integralidade e equidade, o que de forma indireta fez com que se propagasse a ideia de um sistema de saúde inclusivo e que desse respostas às necessidades de saúde de todos os brasileiros, desde aspectos de promoção e prevenção, até aspectos de diagnose, tratamento e reabilitação em saúde, de forma gratuita e equânime (ROSA et al, 2005).

E foi a partir dessa cascata de mudanças políticas e sociais rumo a redemocratização do Brasil, que em 1988 foi promulgada a Constituição Cidadã que lançou as bases para o sistema universal de saúde, o nosso Sistema Único de Saúde (SUS) como o conhecemos hoje, garantindo que todo o cidadão brasileiro tivesse direito de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (Constituição Federal de 1988, Artigo 196).

O SUS ganhou vida legal com a aprovação das Leis 8.080/90 e 8.142/90 que apresentaram a estrutura do novo sistema de saúde e seus aspectos financeiros e operacionais respectivamente reforçando a necessidade de o SUS funcionar com base em princípios como a

Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização, Regionalização, Hierarquização e Participação Social (ROSA et al, 2005).

A partir dessa mudança no cenário político brasileiro, fomentada pelo processo de redemocratização e pela universalização do direito à saúde e reconhecimento constitucional da saúde como um direito, e bastante influenciada pelas lutas históricas do Movimento LGBT (hoje, LGBTQIA+), surgiram nas instâncias de decisão da saúde pública importantes discussões acerca das necessidades de saúde das minorias sexuais e de gênero. Essas necessidades passaram a ser reconhecidas, por muitos, como uma questão de equidade em saúde, que devia ser regida por uma política de saúde específica que extrapolasse o controle da AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), o que encontrou força no princípio doutrinário do SUS da integralidade (FERREIRA et al, 2022).

Após anos de lutas do Movimento LGBTQIA+ e tendo como eixos norteadores a Constituição Federal de 1988 e o SUS, as ações de saúde pública específicas para essa população começaram a surgir, como: a instituição do Comitê Técnico de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais para iniciar a construção da Política Nacional de Saúde específica para as demandas desses cidadãos e cidadãs; a publicação pelo Ministério da Saúde da Portaria nº 457 de 19 de Agosto de 2008 que instituiu e regulamentou o processo transexualizador no âmbito da rede de serviços de saúde do SUS; e o lançamento em 2009 do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT (durante a II Conferência Nacional LGBT) com a proposta de combater a discriminação e pobreza das pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, e promover sua plena cidadania e integração na sociedade brasileira, reconhecendo assim o indivíduo como sujeito ativo de direitos (FERREIRA et al, 2022).

Por meio de diálogos por parte dos movimentos ativistas, das três esferas de governo e as universidades, em 2011, ocorreu a publicação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT (PNSI-LGBT), que trouxe uma visão concreta sobre a influência direta que a sexualidade e as questões de gênero exercem sobre os fatores determinantes e condicionantes dos processos de saúde e do adoecimento. O propósito da política recém criada seria o de promover saúde e inclusão e combater a discriminação e o preconceito institucional que tanto bloqueia o acesso desses(as) brasileiros(as) às ações e serviços do SUS (CIASCA et al, 2021).

A Política de Atenção Integral à Saúde da População LGBT ganhou vida a partir da Portaria nº 2.836 de 01 de Dezembro de 2011 tendo como base os seguintes objetivos específicos/Art. 2º (BRASIL, 2011):

- ✓ “Instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluindo as

especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres;

- ✓ Ampliar o acesso da população LGBT aos serviços do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades;
- ✓ Qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT;
- ✓ Qualificar a informação em saúde no que tange a coleta, ao processamento e à análise dos dados específicos sobre a saúde da população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;
- ✓ Monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para a população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;
- ✓ Garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados;
- ✓ Promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais;
- ✓ Reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais;
- ✓ Definir estratégias setoriais e intersectoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis;
- ✓ Oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que façam parte da população LGBT;
- ✓ Oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT nas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), especialmente em relação ao HIV, à AIDS e às hepatites virais;
- ✓ Prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado;
- ✓ Prevenir novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e ampliar acesso ao tratamento,
- ✓ Garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS;
- ✓ Buscar no âmbito da saúde suplementar a garantia da extensão da cobertura dos planos e seguros privados de saúde ao cônjuge dependente para casais de lésbicas, gays e bissexuais;
- ✓ Atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos

serviços de saúde;

- ✓ Garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde;
- ✓ Fortalecer a participação de representações da população LGBT nos Conselhos e Conferências de Saúde;
- ✓ Promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS;
- ✓ Reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde;
- ✓ Incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor, e território, para a sociedade em geral;
- ✓ Incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde;
- ✓ Promover o aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador, para mulheres e homens;
- ✓ Realizar estudos e pesquisas relacionados ao desenvolvimento de serviços e tecnologias voltados às necessidades de saúde da população LGBT” (BRASIL, 2013, p. 24).

Embora esse processo de criação da política seja um avanço histórico, fruto de lutas dos movimentos sociais e diálogos governamentais que duraram décadas, nos anos que se seguiram não foi possível observar os avanços necessários. Hoje, no âmbito dos serviços da saúde pública, ainda encontramos alguns entraves persistentes, especialmente, a dificuldade em atender as necessidades das minorias dentro das minorias, por desconsiderar marcadores sociais singulares para cada subgrupo, como é possível identificar, por exemplo, as pessoas transgênero. Além de serem sobremaneira vitimadas por importante preconceito social, no aspecto saúde, elas encontram dificuldades de acessar serviços importantes para seus processos de transição, como uso de hormônios e as cirurgias de afirmação de gênero, não somente de redesignação sexual como outras relevantes no processo, como mastectomia, histerectomia, ooforectomia e tireoplastia, que mesmo nos sistemas privados são negadas com frequência. Além disso, ainda é possível notar que mesmo quando essas demandas são acolhidas pelos profissionais, esses geralmente apresentam gaps de competência e conhecimento importantes,

que tendem a comprometer significativamente a assistência à saúde dessa população (CIASCA et al, 2021).

Além disso, embora a Política tenha trazido diretrizes consistentes de cuidado integral à saúde LGBT, não ocorreram desdobramentos práticos. Um exemplo disso é a total falta de linhas de cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) adequadas para atender às singularidades dos diferentes grupos que compõem o acrônimo LGBTQIA+, em especial grupos minoritários como intersexo, queer, assexuais e não-binários, que diariamente são relegados a uma invisibilidade motivada pela falta de conhecimento ou pela tendência à patologização, e acabam não sendo acolhidas nos pontos de atenção do SUS (CIASCA et al, 2021). Dentro dessas lacunas assistenciais, existem evidências de aspectos importantes que não são trabalhados pelas equipes de saúde.

A população LGBTQIA+ apresenta uma série de vulnerabilidades: o dobro de probabilidade de fazer uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas; maiores índices de sofrimento e adoecimento mental, com destaque para ansiedade, depressão, ideação e tentativas de suicídio; frequentes situações de violência envolvendo essas minorias; risco cardiovascular aumentado entre lésbicas, que comumente apresentam taxas mais elevadas de sobrepeso e obesidade; homens gays e travestis são ainda vitimados por elevadas taxas de incidência e prevalência de HIV/AIDS, sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs); o uso de silicone industrial e hormônios sem prescrição entre pessoas transgênero de forma indiscriminada ainda persiste, e mesmo quando diante do uso dos hormônios sob acompanhamento médico é possível perceber riscos clínicos, como o aumento no risco cardiovascular pelo uso prolongado de estrógeno ou a resistência à insulina decorrente do uso de doses elevadas de testosterona; quanto a saúde ginecológica e reprodutiva, existe pouca ou nenhuma ação específica no SUS produzindo uma “generalização” nesse tipo de cuidado; e sobre tecnologias de reprodução assistida encontramos no sistema público apenas tratamentos para casais heterossexuais com dificuldade reprodutiva (CIASCA et al, 2021).

Entre as dificuldades operacionais da Política, encontramos as barreiras de acesso da população LGBTQIA+ aos equipamentos de saúde. Não é comum a presença de pessoas transgêneros nas unidades de saúde do SUS e mesmo gays e lésbicas dificilmente afirmam sua sexualidade nos cadastros e atendimentos. Esse distanciamento é caracterizado por dificuldades relacionadas intimamente com os profissionais de saúde, tais como a falta de competência cultural e conhecimento que terminam provocando no trabalhador a tendência em culpabilizar o usuário por este não procurar os serviços (FERREIRA et al, 2022).

Vale notar que cerca de 62,1% de transexuais e travestis se sentem desrespeitados ou

discriminados em serviços de saúde do SUS, e os relatos de violência institucional se estendem grandemente às pessoas assexuais, em relação ao qual as pesquisas trazem evidências de uma visão reducionista e patologizante dos profissionais de saúde, que ainda são movidos pela concepção cisgênero e heteronormativa (CIASCA et al, 2021).

Assim, reforça-se a importância de investimentos no sentido de por em prática aspectos formativos da Política de Saúde, como currículos/projetos pedagógicos dos cursos de saúde, associada a uma prática adequada de educação permanente, como recursos ativadores de mudanças que possam de fato serem sentidas pelo usuário LGBTQIA+ no dia a dia dos serviços, com um melhor acolhimento e acesso, além de maior produção de conhecimento acerca das necessidades de saúde apresentadas por esse grupo (FERREIRA et al, 2022).

## **2.4 A formação em Enfermagem para a atenção integral à saúde da população LGBTQIA+**

A Enfermagem está profundamente envolvida com as questões de saúde pública, e esses profissionais sempre estiveram ligados aos processos de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial aqueles relacionados com a promoção, prevenção e o cuidado em saúde nos territórios de vida das pessoas. Isso pode facilmente ser observado entre as equipes de saúde da família, que desde suas primeiras configurações já incluíam os profissionais Enfermeiros como coordenadores, supervisores e promotores do cuidado das pessoas em seus diversos ciclos de vida, e ainda os profissionais Técnico e Auxiliar de Enfermagem, como agentes diretos da prestação do cuidado de enfermagem à população residente nas áreas de abrangência da unidade básica a qual sua equipe estivesse vinculada (BACKES et al, 2012).

Assim, o esperado desses profissionais no SUS é uma profunda participação como agente redutor das iniquidades em saúde, ofertando cuidados humanizados e de qualidade, observando as singularidades e particularidades de cada cidadão ou cidadã, dando assim vida ao importante princípio da equidade (BACKES et al, 2012).

No contexto da atenção à saúde das pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer, intersexo, não binário e demais, seria esperado um engajamento dos profissionais da Enfermagem, com atuação relacionada com o atendimento direto aos pacientes, uma postura acolhedora, empática e um cuidado culturalmente competente, que reduzisse estigmas e preconceitos institucionais e pudesse incluir essas pessoas de fato na estrutura de atendimento do SUS, fortalecendo a PNSI-LGBT. No entanto, é difícil identificar estudos ou relatos do envolvimento desses profissionais com a consolidação dessa Política e o aprofundamento das questões de saúde LGBTQIA+ na formação acadêmica dos Enfermeiros

Richardson, et al (2017) aponta que há aspectos formativos que perpetuam as

deficiências dos profissionais de Enfermagem no acolhimento e cuidado das pessoas não pertencentes ao padrão social cisgênero e heteronormativo, sendo um dos mais expressivos a falta de conhecimento tanto sobre as questões de identidade de gênero quanto orientação sexual, quanto das necessidades de saúde dessa população. Isso costuma ser agravado pela dificuldade dos profissionais e alunos desenvolverem um cuidado culturalmente competente, seja pelo próprio preconceito, falta de autoconsciência, comunicação deficiente. De um modo quase automático, surge a postura tentadora de acreditar que as necessidades de saúde e acessos são iguais entre essas minorias e as pessoas cisgênero e heterossexuais, criando um utópico ideal de igualdade no cuidado em saúde.

Dessa forma, tornam-se comuns os relatos de experiências negativas das pessoas LGBTQIA+ com os serviços de saúde, em especial a população transexual, que com frequência se sente discriminada e pouco acolhida, inclusive pelos próprios profissionais de saúde, o que tende a criar um distanciamento entre os equipamentos de saúde e essas pessoas, criando espaço para o surgimento e/ou piora de doenças ou agravos (WANG, et al 2022).

Cornelious (2015) menciona que em alguns estudos foram destacados insegurança e falta de conhecimento das necessidades de saúde das pessoas LGBTQIA+, por parte dos profissionais de Enfermagem (iniciado ainda na vida acadêmica), que muitas vezes desconhecem que as questões de gênero e sexualidade podem atuar como determinantes importantes no processo de adoecimento, e que os membros desse grupo estão mais suscetíveis a uma vasta gama de doenças e agravos, se compararmos com os índices da população geral, sendo fundamental a intervenção de profissionais de saúde, incluindo os de Enfermagem, no sentido de promover melhorias nesses indicadores (CORNELIOUS, et al 2015).

Uma solução possível a melhoria da atenção integral à saúde da população LGBTQIA+ seria o engajamento do trabalhador de saúde no combate à violência institucional e à inclusão das questões LGBTQIA+ nos processos formativos da Enfermagem. Dessa forma, seria possível iniciar uma mudança cultural no acolhimento dos serviços de saúde, produzindo um cuidado efetivo e equânime que dê conta das demandas de saúde física e mental apresentadas pela população não heterossexual ou cisgênero (WANG et al, 2022).

## **2.5 O Ensino da Enfermagem, as pedagogias transgressoras e o currículo oculto**

Ao discorrer sobre a construção da Enfermagem enquanto profissão de saúde na modernidade, e ao falarmos sobre a produção dos corpos frios, conseguimos um panorama de questões relevantes sobre a forma como o profissional de Enfermagem têm em suas bases históricas, sociais e culturais uma série de componentes que distanciam o profissional da

subjetividade e singularidade dos indivíduos, a partir de um paradigma conservador (KRUSE, 2003).

Na tentativa de pensar alternativas frente a essa situação e tendo em vista a importância do ensino na construção da atuação profissional, buscaremos analisar as contribuições de bell hooks (Gloria Jean Watkins, autora, professora, e teórica feminista) ao abordar a liberdade e o entusiasmo como parte fundamental dos processo de ensino e de construção de comunidades de aprendizado. Discutiremos a forma como as Pedagogias Transgressoras apresentam uma potência criadora nos territórios ao questionar a normatividade hegemônica de gênero e sexualidade nos espaços clássicos de aprendizado. E, complementarmente, traremos algumas considerações sobre o currículo “além do currículo”, também chamado de ‘currículo oculto’, que explora a importância das redes de relações interpessoais na formação dos profissionais.

Em seus escritos, bell hooks explora o processo de ensino-aprendizado, oferecendo um panorama sobre o importante papel político das instituições de ensino, tendo em vista a potência libertadora do conhecimento. Contudo, aponta como elas também podem atuar como reprodutoras de uma ordem hegemônica à medida que operem na legitimação de rituais de controle, poder e dominação, como nos sistemas de ensino tradicionais.

O ensino tradicional sempre foi pautado num formato de “ensino bancário”, conforme definição criada por Paulo Freire, no qual o educador opera como depositante dos conhecimentos, e o aluno exerce um papel passivo, sendo um mero receptáculo do conteúdo transmitido, criando uma conjuntura na qual o aluno seria apenas uma página em branco, desconsiderando qualquer possibilidade de contribuição do mesmo no processo de ensino-aprendizado (HOOKS, 2013).

Uma prática pedagógica libertadora que se disponha a romper com os moldes do ensino tradicional abre espaço para a construção das chamadas comunidades de aprendizado, onde os indivíduos encontram a oportunidade de adquirir conhecimentos de forma significativa e entusiasmada, rompendo assim com a ideia de que o aprendizado acadêmico só pode residir em estruturas pedagógicas estanques (HOOKS, 2013).

Para que de fato ocorra esse aprendizado significativo, o encontro entre o professor e o aluno precisa produzir um verdadeiro ato de transgressão, no qual se rompe completamente com a métrica tradicional do ensino centrado na figura do educador como detentor e transmissor exclusivo do conhecimento. É necessário uma maior simetria nessa relação, geralmente atrelada a um olhar plural e atento para as singularidades do aluno, bem como suas necessidades, cabendo ao regente da sala de aula a tarefa de se interessar (e demonstrar) interesse genuíno pelo aluno, valorizando a presença e a contribuição de cada um desses, de forma que o

protagonismo do processo pedagógico seja dividido entre os atores envolvidos, docentes e docentes (HOOKS, 2013).

Algumas correntes de pensamento consolidaram a importância da educação como caminho para libertação e redução das assimetrias sociais, dando força para as chamadas pedagogias transgressoras. As Pedagogias Transgressoras representam uma ruptura importante com a ótica de normatividade masculina, branca, cisgênero e heterossexual que oprime os grupos dissidentes, já que coloca no centro das discussões pedagógicas temas extremamente relevantes como identidade de gênero, orientação sexual e política da diferença (SOARES et al, 2019). E essa tecnologia de ensino traz para o universo escolar uma proposta de ressignificação do sistema pedagógico vigente com foco na liberdade, que desde o período colonial operava como verdadeira prática de coerção social, domesticando mentes e corpos (SOARES et al, 2019).

As pedagogias transgressoras vão além da promoção da liberdade na aquisição do conhecimento. Elas estão ancoradas no combate ao binarismo como norma social; na legitimação das diferenças dos corpos e singularidades humanas, produzindo relações afetivas nos processos de ensino, valorizando aquilo que cada aluno traz de conhecimentos ou vivências; e reconhecendo a importância dos marcadores como gênero, classe social, raça e sexualidade, como questões importantes da prática político-pedagógica. Elas ambicionam preservar a identidade e o repertório cultural de cada indivíduo, construindo redes afetivas entre os desiguais através do combate à normatividade de sexualidade e gênero reconhecidamente excludente (SOARES et al, 2019).

E toda essa proposta de mudança só se torna possível se o cenário onde se desenvolve o processo de ensino-aprendizagem for palco de intercâmbios de ideias, onde todos entusiasticamente encontrem prazer e pertencimento, o que é classificado por HOOKS (2013) como comunidades de aprendizado, um exemplo importante de construção coletiva, que rompe com o formato clássico de ensino.

De um modo geral, os processos pedagógicos que formam profissionais apresentam diretrizes curriculares bem definidas/delimitadas, nas quais as habilidades e os conhecimentos a serem adquiridos são definidos em um parâmetro validado nacionalmente, e com a Enfermagem e demais cursos de saúde não é diferente. No entanto, cada vez mais se torna necessário considerar as subjetividades imbricadas nesse processo, que incluem principalmente a construção das redes interpessoais no cenário de formação. Nesse cenário, alunos, professores e demais membros da comunidade de ensino partilham trocas e diálogos durante toda a convivência pedagógica, sendo essa construção produtora de uma relevante carga cognitiva

sobre o estudante que tende a impactar diretamente sobre o que se ensina e o que se aprende (SANTOS et al, 2020).

SANTOS et al (2020) destacam a importância de reconhecermos que os comportamentos adotados nos espaços de formação apresentam uma forte tendência a reproduzir a realidade histórica, social e cultural de cada época e local, muitas vezes, por meio do chamado currículo oculto. O currículo oculto nada mais é do que a forma como as relações entre as pessoas, especialmente do binômio professor/aluno, impactam no processo de ensino-aprendizagem, trazendo questões que mesmo não estando relacionadas nas diretrizes curriculares e ementas dos cursos, apresentam importância fundamental no desenvolvimento dos aspectos humanísticos do profissional, que muitas vezes é preterido nas grades quando comparado com as disciplinas voltadas para o desenvolvimento das habilidades clínicas.

Uma das questões importantes levantadas por SANTOS et al (2020) é a de que a relação de quem ensina com o estudante é de suma importância, pois é nessa relação (geralmente assimétrica) que o profissional em formação vai desenvolver características que estão intimamente relacionadas com as características dos seus professores e preceptores. Nem sempre essa relação se desenvolve de forma correta e/ou saudável, e muitas vezes acaba por acrescentar carga cognitiva extra ao estudante, especialmente porque essas relações são, em grande parte, estruturadas sob uma forte construção hierárquica que tende a limitar os espaços dialógicos sobre questões da formação.

Muitas vezes, o currículo oculto se distancia do currículo formal e acaba por causar efeitos deletérios para o perfil dos futuros profissionais, não sendo raras, inclusive, situações de feedback inadequado, discriminação, humilhação pública, e outras questões relacionadas com a comunicação, que geralmente são reproduzidas até mesmo na relação com os pacientes, prejudicando de forma irreparável a formação humanística, o respeito e os valores do profissional (SANTOS et al, 2020).

Conforme esses autores, é importante que os currículos, formal e oculto, conversem entre si, e através da capacitações sobre essa temática superar os efeitos negativos dessas relações, criando uma simetria entre o desenvolvimento das habilidades clínicas/técnicas e as humanísticas. Assim, é possível introduzir conceitos importantes para a formação, como identidade, diversidade e inclusão, hegemonia, ideologia, poder e cultura, de forma a contribuir com a construção do perfil profissional ideal, no qual ele consegue desenvolver uma assistência competente tecnicamente sem, contudo, se distanciar da condição humana e suas singularidades, seja em si mesmo ou no usuário.

Essas considerações sobre a construção da prática pedagógica e o currículo oculto

tornam possível analisar criticamente a estruturação dos currículos formativos dos profissionais de enfermagem, cujo formato era estanque e pautado na aquisição de habilidades técnicas, gerenciais e desenvolvimento do mais elevado padrão moral, desconsiderando completamente as singularidades do indivíduo e consequentemente do cuidado (SILVA, 1989).

### **3. METODOLOGIA PROPOSTA**

#### **3.1 Desenho do Estudo**

Tratou-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de abordagem qualitativa, realizada em uma universidade pública de Minas Gerais. Os dados coletados foram obtidos junto a alunos do curso de graduação em Enfermagem com foco na formação para a diversidade sexual e de gênero.

#### **3.2 Aspectos Éticos**

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos (CEP) da universidade na qual se desenvolveu o estudo, conforme parecer 69247423.4.0000.5152 e emenda 6.949.085.

#### **3.3 Participantes**

Foram convidados a participar do estudo alunos do curso de Enfermagem de uma universidade pública de Minas Gerais. Buscando contemplar alunos com processo de formação mais avançado, com maior vivência no curso e em condições de fornecer informações mais consistentes sobre essa experiência, participaram da pesquisa o universo completo dos 32 alunos do penúltimo semestre do curso.

### **4 Instrumentos de Coleta de Dados**

#### **4.1 Procedimentos**

A técnica principal usada para a coleta de dados foi o Grupo Focal. Conforme recomendado na literatura, para obtenção de dados satisfatórios, os grupos deveriam variar de 06 a 15 participantes, sendo que o número de participantes acima disso tornaria a condução do grupo difícil e comprometeria a participação de todos os recrutados, que é fundamental para adequada exploração dos temas (TRAD, 2009). Assim, foram formados 03 grupos focais com o quantitativo de 12 alunos no primeiro grupo (realizado em Outubro de 2023), 09 alunos no segundo grupo (realizado em Março de 2024) e 11 alunos no terceiro e último grupo (realizado em Março de 2024).

De forma complementar, foram convidados 03 alunos dos grupos que se autodeclararam LGBTQIA+, para o procedimento de entrevista individual. A entrevista individual permitiria um espaço reservado para que esses alunos pudessem expressar seu ponto de vista, potencialmente, diminuindo eventuais receios de discriminação ou preconceito decorrentes de sua orientação sexual que pudessem ocorrer nos grupos focais. No entanto, essa etapa precisou ser suprimida do estudo, em virtude da falta de resposta dos estudantes convidados. Além disso, não foi possível a realização de grupos focais com os alunos do décimo período, conforme previsto no desenho inicial do estudo, o que se deu pela dificuldade de alinhamento com o professor da disciplina bem como a declarada sobrecarga de atividades acadêmicas desses alunos em fase de conclusão do curso.

O recrutamento foi feito pelo mestrando Jander Vinícius Vieira, através de convite presencial em sala de aula e carta convite para os membros do grupo focal, e bola de neve para os participantes das entrevistas. O convite de recrutamento foi feito de forma presencial. Já nesse momento, o participante da pesquisa teve acesso a uma apresentação da pesquisa e do conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado em via impressa durante encontro presencial.

O pesquisador, durante o processo de consentimento, esclareceu o participante de maneira clara e objetiva, como se daria o registro de seu consentimento para participar da pesquisa (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE). O participante foi informado de forma clara sobre o seu direito de recusa em responder qualquer um dos questionamentos, sem que para isso precise apresentar motivo ou justificativa. E para orientar a tomada de decisão do participante, as questões disparadoras relacionadas com a temática dos grupos focais foram disponibilizadas oportunamente e com antecedência.

A coleta de dados foi realizada nas dependências do Hospital Escola da referida universidade, onde são desenvolvidas atividades práticas do curso de Enfermagem por ser considerado como mais conveniente para os participantes. Posteriormente, as falas foram transcritas e analisadas. Após a transcrição, as gravações foram apagadas.

#### **4.2 Critérios de Inclusão**

Os critérios de inclusão foram: serem alunos do curso de Enfermagem da instituição; estarem matriculados no último ano do curso; e terem mais de 18 anos.

#### **4.3 Critérios de Exclusão**

Estudantes que não tivessem disponibilidade para participação nos horários agendados

para os grupos focais seriam excluídos do processo de seleção dos participantes.

#### **4.4 Riscos**

Foi mantido o anonimato dos participantes para minimizar os riscos de identificação. Além disso, para evitar que o entrevistado se sentisse indisposto e/ou desconfortável, a equipe executora se esforçou para promover um ambiente e um clima de respeito, além de deixar claro que o participante podia desistir em qualquer momento. Além disso, o manuseio dos acessos e armazenamento dos dados foi feito exclusivamente por um dos pesquisadores em dispositivo eletrônico local (sem uso de nuvem ou outra plataforma digital para armazenamento). Buscou-se também zelar constantemente pelo sigilo e confidencialidade das informações coletadas e promover o acesso à conexão de internet segura.

#### **4.5 Benefícios**

O presente estudo potencialmente permitirá trazer subsídios que contribuirão para a formação integral dos alunos de Enfermagem, promovendo uma reflexão sobre as iniquidades produzidas pelos profissionais de Enfermagem no atendimento em saúde à população LGBTQIA+, e também sobre o papel da Enfermagem como profissão indispensável na produção do cuidado qualificado, humanizado e equânime.

#### **4.6 Metodologia de Análise de Dados**

As conversas dos grupos focais foram transcritas na íntegra e o processo de análise e interpretação organizado e sistematizado. Após leitura cuidadosa para identificação de segmentos do texto, se tornou possível a organização em categorias. Os dados foram detalhados com clareza, além de serem organizados e analisados. Para identificação, análise, interpretação e relato dos dados a técnica aplicada foi a Análise Temática tal como proposta por Virgínia Braun e Victoria Clarke, sendo um método de análise qualitativa com bastante efetividade na produção de dados confiáveis, pautado pela busca por padrões, recursividade, flexibilidade, homoneidade interna e heterogeneidade externa. (SOUZA, 2019).

A aplicação prática da Análise Temática envolveu seis fases interligadas, sendo elas: Familiarização com os Dados (Fase 1), Gerando Códigos Iniciais (Fase 2), Buscando Temas (Fase 3), Definindo e Nomeando Temas (Fase 5) e Produzindo o Relatório (Fase 6). Embora exija uma abordagem sistemática, por se tratar de uma técnica qualitativa de análise de conteúdo, ela permitiu associar o comprometimento amplo e aprofundado com a flexibilidade, podendo ser usada tanto em entrevista quanto em grupo focal (SOUZA, 2019).

## 5. RESULTADOS

Após leitura do conteúdo das transcrições dos áudios dos grupos focais foi realizada a análise temática que permitiu agrupar ideias e concepções que refletissem a visão do grupo e suas experiências relacionadas: a questões conceituais acerca da diversidade e das pessoas LGBTQIA+, à formação profissional da Enfermagem e sua interface com o cuidado à pessoa LGBTQIA+ e às vivências relativas à diversidade sexual e de gênero no cotidiano institucional. E com isso foram definidos os temas e conforme matriz de categorização a seguir:

Figura 1 – Matriz de Categorização

### **1 – A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM E A DIVERSIDADE SEXUAL**

- 1a) A insuficiência da abordagem da temática da diversidade sexual
- 1b) A importância de uma disciplina específica
- 1c) O despreparo no cuidado da população LGBTQIA+
- 1d) A aprendizagem do preconceito e da desumanização da pessoa LGBTQIA+ durante a formação

### **2 – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE LGBT**

- 2a) O (des)conhecimento do aluno e sua responsabilização na discussão sobre a Política de Saúde LGBT
- 2b) A importância da Política de Saúde LGBT

### **3. A DIVERSIDADE SEXUAL NA UNIVERSIDADE**

- 3a) Estereótipos sobre os cursos e a inclusão da diversidade
- 3b) A ambiguidade da inclusão e o desafio para a população trans
- 3c) A precária atuação da universidade no combate ao preconceito/discriminação

## REFERÊNCIAS

ADELMAN, Miriam. Paradoxos da Identidade: **A Política de Orientação Sexual no Século XX. Revista Sociologia Política.** UFPR. Curitiba – PR, 2000. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/Kk77KNYVBPY85n9BLDQ58GK/abstract/?lang=pt> > Acesso em 29 de Fevereiro de 2024.

ANDRADE, Tiago Souza Monteiro. **O Relacionamento Homoerótico na Grécia Antiga: Uma Prática Pedagógica.** Revista Faces da História. UNESP. Assis – SP, 2017. Disponível em: < <https://seer.assis.unesp.br/index.php/facesdahistoria/article/view/271#:~:text=Na%20Gr%C3%A9cia%20Antiga%2C%20o%20relacionamento,militar%20e%20at%C3%A9%20mesmo%20sexual.> > Acesso em 29 de Fevereiro de 2023.

BACKES, Dirce Stein; BACKES, Marli Stein; ERDMANN, Alocoque Lorenzini; BUSCHER, Andreas. **O Papel do Profissional Enfermeiro no Sistema Único de Saúde: Da Saúde Comunitária à Estratégia de Saúde da Família.** Ciência e Saúde Coletiva. ABRASCO, Rio de Janeiro – RJ, 2012. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/B4YNT5WFyKmn5GNGBYBhCsD/?format=pdf&lang=pt> > Acesso em 01 de Outubro de 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.** 1ª Ed. Brasília – DF, 2013. Disponível em: < [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf) > Acesso em 17 de Outubro de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Ofício Circular nº 2/2021 CONEP/SECNS/MS de 24 de Fevereiro de 2021.** Orientações para Procedimentos em Pesquisas com Qualquer Etapa em Ambiente Virtual. Disponível em: < [http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio\\_Circular\\_2\\_24fev2021.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf) > Acesso em 16 de Maio de 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Ofício Circular nº2 /2021/CONEP/SECNS/MS.** Brasília, DF. Ministério da Saúde, 24 de Fevereiro de 2021.

BRASIL. **Resolução Nº 573 de 31 de Janeiro de 2018 (Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem).** Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Brasília – DF, 2018. Disponível em: < [https://www.in.gov.br/materia/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48743098/do1-2018-11-06-resolucao-n-573-de-31-de-janeiro-de-2018-48742847](https://www.in.gov.br/materia/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48743098/do1-2018-11-06-resolucao-n-573-de-31-de-janeiro-de-2018-48742847) > Acesso em: 22 de Fevereiro de 2022.

BRIDGET, Maley; RANDY, Gross. **A Writing Assignment to Address Gaps in the Nursing Curriculum Regarding Health Issues of LGBT+ Populations.** Nursing Forum Vol. 54, 2019. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30636055/> > Acesso em 17 de Outubro de 2022.

CANABARRO, Ronaldo. **História e Direitos Sexuais no Brasil: O movimento LGBT e a**

**Discussão sobre a Cidadania.** II Congresso Internacional de História Regional (Anais Eletrônicos). UPF. Passo Fundo – RS, 2013. Disponível em: <<https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/historiaedireitoscanabarro.pdf>> Acesso em 27 de Outubro de 2022.

CIASCA, Saulo Vito; HERCOWITZ, Andrea; JUNIOR, Ademir Lopes. **Saúde LGBTQIA+: Práticas de Cuidado Transdisciplinar.** 1ª Ed. Editora Manole. Santana do Parnaíba – SP, 2021.

CORNELIOUS, Judith B.; CARRICK, Jennifer. **A Survey of Nursing Students Knowledge of and Attitudes Toward LGBT Health Care Concerns.** *Nursins Education Perspectives.* May 2015. DOI: 10.5480/13-1223.

FERREIRA, Breno de Oliveira; Nascimento Marcos. **A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos.** *Revista Ciência e Saúde Coletiva.* ABRASCO. Rio de Janeiro-RJ, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kKYtxMMmQnCrCSvfbrMnkDc/>. Acesso em 29 de Agosto de 2023.

GIAMI, Alain, **A Medicalização da Sexualidade. Foucault e Lantéri-Laura: História da Medicina ou História da Sexualidade?** *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro – RJ, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/8WHxtWvVB68kcvp7zjPKLLk/?lang=pt#>> Acesso 29 de Fevereiro de 2024.

GREEN, James n.; QUINALHA, Renan; CAETANO, Márcio; FERNANDES, Marisa. **História do Movimento LGBT no Brasil.** 1ª ed. Alameda. 2018. São Paulo – SP

HAND, Mark C.; NIEMAN, Stephanie Gedzyk. **Graduating Nursing Students Preparadness and Confort Level in Caring for LGBTQ+ patients.** *Journal of Professional Nursing.* American Association of Colleges of Nursing. Vol 41, 2022. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35803662/>> Acesso em 17 de Outubro de 2022.

HOOKS, Bell. **Ensinando a Transgredir: A Educação como Prática de Liberdade. Tradução de Marcelo Brandão Cipolla.** Editora WMF. São Paulo – SP, 2013. Disponível em: <[https://www.ufrb.edu.br/ppgcom/images/sele%C3%A7%C3%A3o\\_2020.1/hooks\\_-\\_Ensinando\\_a\\_transgredir.pdf](https://www.ufrb.edu.br/ppgcom/images/sele%C3%A7%C3%A3o_2020.1/hooks_-_Ensinando_a_transgredir.pdf)> Acesso em 08 de Maio de 2023.

HUGHES, Tonda L.; JACKMAN, Kasey; DORSEN, Caroline; ENGOREN, Cynthia Arslanian; GHAZAL, Lauren; DECEASED, Thomas Christenberry; COLEMAN, Christopher Lance; MACKIN, Melissa; MOORE, Scott Emory; MUKERJEE, Ronica; SHERMAN, Athena; SMITH, Sheila; WALKER, Rachel. **How Can The Nursing Profession Help Reduce Sexual and Gender Minority Related Health Disparities: Recommendations from the National Nursing LGBT Health Summit.** *Nursing Outlook,* 2022. Vol. 70. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35430056/>> Acesso em 23 de Outubro de 2022.

KRUSE, Maria Henriqueta Luce. **Os Poderes dos Corpos Frios – Das Coisas que se Ensinam às Enfermeiras.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Porto Alegre-RS, 2003. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/3436/000400505.pdf?sequence=1>> Acesso em

10 de Abril de 2024.

MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; CHAMILCO, Rosilda Alves da Silva Isla; SILVA, Leila Rangel. **A Teoria Transcultural e sua Aplicação em Algumas Pesquisas de Enfermagem: Uma Reflexão.** Revista de Enfermagem da Escola Ana Nery. UFRJ. Rio de Janeiro – RJ, 2005. Disponível em: <  
<https://www.scielo.br/j/ean/a/hLpCz9ZN5WHpVdkTNDyzFrG/?format=pdf&lang=pt>>  
 Acesso em 23 de Outubro de 2022.

ORGEL, Hallie. **Improving LGBT Cultural Competence in Nursing Students: An Integrative Review.** The ABNF Journal: Official Journal of The Association of Black Nursing Faculty in Higher Education. Vol. 28. 2017. Disponível em: <  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29873456/>> Acesso em 23 de Outubro de 2022.

PAULINO, Danilo Borges; RASERA, Emerson Fernando; TEIXEIRA, Flavia do Bonsucesso. **Discursos sobre o Cuidado em Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre Médicas (os) da Estratégia de Saúde da Família.** Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu – SP, 2019. Disponível em: <  
<https://www.scielo.br/j/icse/a/CPqMgwMzNcfwqjrRT5PZbbp/?format=pdf&lang=pt>>  
 Acesso em 22 de Janeiro de 2022.

PINTO, Diana Patrícia Pires. **Discriminação, Preconceito e Atitudes relativamente a Lésbicas: Estudo numa Amostra de Estudantes de Enfermagem.** Universidade do Minho. BUM Dissertações de Mestrado em Psicologia. Repositorium, 2011. Disponível em: <  
<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/17832/1/Diana%20Patr%20c3%20adcia%20Pires%20Pinto.pdf>> Acesso em 17 de Outubro de 2022.

RAIMOND, Gustavo Antônio; ABREU, Yahn Rezende; BORGES, Isadora Meirelles; SILVA, Gabriel Benjamin Macedo; HATTORI, Wallisen Tadashi; PAULINO, Danilo Borges. **Gênero e Sexualidade nas Escolas Médicas Federais do Brasil: Uma Análise de Projetos Pedagógicos Curriculares.** Revista Brasileira de Educação Médica. Brasília - DF, 2020. Disponível em: <  
<https://www.scielo.br/j/rbem/a/4wpRHd3jTB6YNn7nQGbx7FQ/?lang=en&format=pdf>>  
 Acesso em 22 de Janeiro de 2022

RUBIN, G. **Pensando o Sexo: Notas para uma Teoria Radical das Políticas da Sexualidade.** (mimeo) Texto Original: Thinking Sex: Notes for a Radical Theory of the Politics of Sexuality. Culture, Society and Sexuality, 2006, Routledge, 1st Edition. 38 p. Disponível em: <  
<https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=4125788&forceview=1>> Acesso em 01 de Março de 2024.

PAIVA, Vera. **A Psicologia Redescobrirá a Sexualidade? Dossiê Psicologia e Sexualidade no Século XXI.** Psicologia em Estudo. Maringa – PR, 2008. Disponível em: <  
<https://www.scielo.br/j/pe/a/64cZ3VhdyLrpf6FzS8t95Mc/abstract/?lang=pt>>

RIBEIRO, Moneda Oliveira. **A Sexualidade Segundo Michel Foucault: Uma Contribuição para a Enfermagem.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo – SP, 1999. Disponível em: <  
<https://www.scielo.br/j/reusp/a/6FDcP4ccQcRbyphYqYNL4dr/#:~:text=Segundo%20FOUCAULT2%2C%20a%20sexualidade,seus%20limites%2C%20as%20formas%20frustradas.>>>

Acesso em 29 de Fevereiro de 2024.

RICHARDSON, Brian P.; ONDRACEK, Anton; ANDERSON, Dee. **Do student nurses feel a lack of comfort in providing support for Lesbian, Gay, Bisexual or Questioning adolescents: what factors influence their comfort level?** Journal of Advanced Nursing, 73 (5). Pp 1196-1207. ISSN 0309-2402 (Article) (doi: 10.1111/jan.13213). Middlesex University London. London – England, 2017. Acesso em 23 de Outubro de 2022.

ROSA, Walisete de Almeida Goldinho; LABATE, Renata Curi. **Programa Saúde da Família: A Construção de um Novo Modelo de Assistência.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. USP. Ribeirão Preto – SP, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/FQGXM7s89ZQtmJHHXMgSYyg/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em 22 de Janeiro de 2022.

SILVA, Graciete Borges. **Enfermagem Profissional: Análise Crítica.** 2ªed. Cortez Editora. São Paulo – SP, 1989.

SILVA, Caik Ferreira; ALVES, Héryka Laura Calú; MAGALHÃES, Beatriz de Castro; SILVA, Mauro McCarthy de Oliveira Silva; TAVARES, Natália Bastos Ferreira; ALUQUERQUE, Grayce Alencar. **Sobreviver é Preciso: A Diversidade de Gênero no Acesso aos Serviços de Saúde.** Revista Gênero. Niterói – RJ, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/47048>> Acesso em: 21 de Fevereiro de 2022.

SILVA, Jéssica Maiza Nogueira; PAULINO, Danilo Borges; RAIMONDI, Gustavo Antonio. **Gênero e Sexualidade na Graduação em Saúde Coletiva do Brasil.** Temas Livres (Ciência e Saúde Coletiva). ABRASCO. Rio de Janeiro – RJ, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/8RWnmVtcZWMt7rMqKsfH7Qq/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em 22 de Janeiro de 2022.

SILVA, Maria Carolina Buiatti Amaral e Silva. **Sentidos da Diversidade Sexual entre Estudantes de Medicina.** Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Uberlândia – UFU. Uberlândia – MG, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/17217/1/SentidosDiversidadeSexual.pdf>> Acesso em 28 de Fevereiro de 2023.

SOARES, Mayana Rocha; FONTES, Ramon. **Gênero, Sexualidade e Educação.** Pedagogias Transgressoras. Instituto de Humanidades, Artes e Ciências. UFBA. Salvador – BA, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/handle/ri/30894>> Acesso em 15 de Maio de 2024.

SOUZA, Luciana Karine de. **Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática.** Arq. bras. psicol., Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 14 nov. 2022. <http://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARP2019v71i2p.51-67>.

TRAD, Leny A. Bonfim. **Grupos Focais: Conceito, Procedimentos e Reflexões Baseadas em Experiências com o uso da Técnica em Pesquisas de Saúde.** Pshys Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro – RJ, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/gGZ7wXtGXqDHNCHv7gm3srw/?format=pdf&lang=pt>>

Acesso em 16 de Abril de 2023.

WANG, Ya-Ching; MIAO, Nae-Fang; YOU, Mi-Hui. **Attitudes toward, knowledge of, and beliefs regarding providing care to LGBT patients among students nurses, nurses, and nursing educators: A cross-sectional survey.** Nurse Education Today. Vol. 116. 2022. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35834866/> > Acesso em 23 de Outubro de 202

## CAPÍTULO 2: ARTIGO

### **O Ensino de Enfermagem e o Atendimento Integral à Saúde da População LGBTQIA+: Uma Análise da Perspectiva do Estudante**

#### **Resumo**

**Introdução:** Há uma série de nós críticos na formação do aluno de Enfermagem para o cuidado da população LGBTQIA+, desde atitudes negativas ou neutras, desconforto, crenças estereotipadas até grade curricular deficiente. Assim, este estudo objetivou compreender a perspectiva dos estudantes de Enfermagem sobre a formação para as questões da diversidade sexual envolvendo o atendimento à saúde da população LGBTQIA+ e às vivências relativas à diversidade sexual no cotidiano institucional. **Metodologia:** Tratou-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de abordagem qualitativa, desenvolvida por meio de grupos focais junto a 32 alunos do último ano do curso de Enfermagem de uma universidade pública de Minas Gerais. **Resultados:** A partir de uma análise temática foi possível identificar três categorias: a) “A formação em Enfermagem e a diversidade sexual” que mostrou a insuficiência da abordagem da temática da diversidade sexual, o despreparo no cuidado da população LGBTQIA+, a aprendizagem do preconceito, e a importância da oferta de uma disciplina específica; b) “A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde LGBT” que apontou para o reconhecimento da importância da Política, apesar do (des)conhecimento do aluno e sua responsabilização na aprendizagem sobre a Política; c) “A diversidade sexual na universidade” que explicitou os estereótipos sobre os cursos e a inclusão da diversidade, a ambiguidade da inclusão e o desafio para a população trans, e a precária atuação da universidade no combate ao preconceito/discriminação. **Conclusões:** Foi possível identificar uma insuficiência no currículo formal/regular sobre as temáticas de saúde da pessoa LGBTQIA+, que tende a gerar insegurança no exercício do cuidado de Enfermagem dessa população. Sendo necessária uma reforma curricular que aumente as abordagens formais e complementares, além de introduzir o tema como assunto obrigatório, dessa forma acreditam ser possível aumentar a aquisição de competências e habilidades desses futuros Enfermeiros.

**Palavras-chave:** Saúde integral de LGBTQIA+; formação profissional; enfermagem

## **Introdução**

Para alcançar as ousadas metas de produzir saúde pública universal, integral e equânime, o SUS passou gradativamente a criar novas políticas, muitas das quais para contemplar grupos vulneráveis e com necessidades de saúde mais específicas. Foi dentro dessa tendência que, em 2011, foi criada a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transexuais), cuja finalidade é a de ampliar e qualificar o atendimento às necessidades dessa parcela da população. (BRASIL, 2013).

Muitos estudos têm trazido importantes reflexões sobre os entraves da implementação dessa política. Dentre esses, destaca-se o despreparo do profissional de saúde que acaba perpetuando nos serviços de saúde a discriminação e as dificuldades de acesso, descumprindo assim os princípios do SUS e afastando das unidades de saúde pública essa população (PAULINO et al, 2019; PINTO, 2011; SILVA et al, 2021).

Quando o assunto é o cuidado de Enfermagem direcionado à população LGBTQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer, assexuais), há uma série de nós críticos na formação do aluno de Enfermagem e também na atuação do profissional. Dentre os mais preocupantes estão: atitudes negativas ou neutras, desconforto, grade curricular deficiente, crenças estereotipadas, cisgenerismo e centralidade na ideia de heteronormatividade como única forma de analisar as relações e os cenários (HUGHES et al, 2022; ORGEL, 2017). Há uma falta de conhecimento básico sobre questões LGBTQIA+, que vão desde a dificuldade na diferenciação entre orientação sexual e identidade de gênero até crenças equivocadas como a associação imediata dessa população com o risco de propagação de infecções sexualmente transmissíveis que, no geral, tendem a construir posturas negativas ou de neutralidade quando ocorre o encontro terapêutico nos serviços de saúde (WANG et al, 2022).

No entanto é importante um olhar para a história da Enfermagem como profissão, tendo em vista que existe uma base histórica, social e cultural, com forte influência moralista e religiosa, que ainda na atualidade pode representar barreiras para a operacionalização das políticas de saúde com equidade, seja na prática assistencial ou no ensino da Enfermagem (SILVA, 1989). E vem disso a importância de uma prática de ensino e cuidado reflexiva, que coloque em debate esses construtos históricos e sociais e de que forma isso impacta no denominado currículo oculto, que mesmo não estando descrito nas diretrizes curriculares dos cursos, ainda assim exercem um papel fundamental na formação do perfil do trabalhador e no profissionalismo (SANTOS et al, 2020).

Frente a essa situação, faz-se urgente qualificar e humanizar o cuidado em saúde das pessoas LGBTQIA+, por meio da Educação Permanente entre os profissionais em serviço e da

incorporação aos currículos e aos projetos pedagógicos dos cursos de saúde a discussão sobre o cuidado integral em um cenário de diversidade sexual e de gênero. Além disso, Hughs et al (2022), apontam, com grande preocupação, a falta de contribuição da Enfermagem na construção do conhecimento científico no campo da saúde da população LGBTQIA+, o que pode ser observado facilmente pela carência de pesquisas conduzidas por enfermeiros nessa temática, o que acaba trazendo reflexos deletérios para a formação acadêmica do aluno de Enfermagem em todo o mundo.

Assim, é necessário ampliar as discussões sobre as melhores práticas de acolhimento e cuidado de Enfermagem nos contextos da diversidade de gênero e da sexualidade humana, visando reduzir as iniquidades em saúde e a discriminação dentro dos serviços. A aquisição e preservação de direitos para as minorias sociais perpassa invariavelmente pelo ideal de formar “profissionais cidadãos” e “educar para a cidadania”, já que a missão do Enfermeiro, como dos demais profissionais que atuam nos serviços de saúde, vai muito além de tratar doenças, abarcando um importante papel de promover uma sociedade mais justa e com políticas públicas mais efetivas, que atendam as demandas de todos, mas especialmente dos mais vulneráveis (CANABARRO, 2013).

Buscando contribuir para o entendimento e enfrentamento dos desafios presentes na literatura, este estudo objetivou compreender a perspectiva dos estudantes de Enfermagem sobre a formação para as questões da diversidade sexual e, especificamente, analisar a perspectiva do aluno sobre o atendimento à saúde da população LGBTQIA+ e compreender as vivências relativas à diversidade sexual no cotidiano institucional.

## **Metodologia**

Esse estudo tratou-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de abordagem qualitativa, desenvolvida junto a alunos de uma universidade pública de Minas Gerais. Buscando contemplar alunos com processo de formação mais avançado, com maior vivência no curso e em condições de fornecer informações mais consistentes sobre essa experiência, participaram da pesquisa o universo completo dos 32 alunos do último ano do curso. Entre os participantes: 30 eram do gênero feminino, 02 do gênero masculino; a média de idade foi de 23 anos; do total, 02 mulheres se autodeclararam lésbicas, 01 homem gay, e 29 heterossexuais.

A técnica principal usada para a coleta de dados foi o Grupo Focal. Foram formados 03 grupos focais com o quantitativo de 09 a 11 alunos cada, conforme recomendado pela literatura (TRAD, 2009). O temário do grupo focal abarcou aspectos teóricos e práticos relacionados à saúde da população LGBTQIA+, explorando conceitos, vivências pessoais e institucionais,

conhecimento da política pública de saúde LGBT, e de que forma isso se relaciona à promoção da equidade em saúde e o combate ao preconceito e discriminação. A coleta de dados foi realizada nas dependências da própria universidade por serem consideradas como mais conveniente para os participantes.

Na etapa seguinte, as conversas dos grupos focais foram transcritas na íntegra e o processo de análise e interpretação organizado e sistematizado. Após leitura cuidadosa para identificação de segmentos do texto, se tornou possível a organização em categorias. Para identificação, análise, interpretação e relato dos dados a técnica aplicada foi a Análise Temática, a qual consiste em um método de análise qualitativa com bastante efetividade na produção de dados confiáveis, caracterizado por busca por padrões, recursividade, flexibilidade, homoneidade interna e heterogeneidade externa. A aplicação prática da Análise Temática envolve seis fases interligadas e cuja ordem poderá ser alterada durante todo o procedimento de produção de dados, sendo elas: Familiarização com os Dados (Fase 1), Gerando Códigos Iniciais (Fase 2), Buscando Temas (Fase 3), Definindo e Nomeando Temas (Fase 5) e Produzindo o Relatório (Fase 6). Embora exija uma abordagem sistemática, por se tratar de uma técnica qualitativa de análise de conteúdos, ela permitiu associar o comprometimento amplo e aprofundado com a flexibilidade, podendo ser usada tanto em entrevista quanto em grupo focal (SOUZA, 2019).

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos (CEP) conforme parecer 69247423.4.0000.5152 e emenda 6.949.085. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## Resultados

A análise das transcrições dos grupos focais com os estudantes do curso de Enfermagem resultou em três categorias temáticas que estão subdivididas em subcategorias constituídas por temas (conforme a Figura 1), as quais são apresentadas a seguir.

Figura 1 – Matriz de Categorização

### **1 – A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM E A DIVERSIDADE SEXUAL**

- 1a) A insuficiência da abordagem da temática da diversidade sexual
- 1b) A importância de uma disciplina específica
- 1c) O despreparo no cuidado da população LGBTQIA+
- 1d) A aprendizagem do preconceito e da desumanização da pessoa LGBTQIA+ durante a

formação

## **2 – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE LGBT**

2a) O (des)conhecimento do aluno e sua responsabilização na discussão sobre a Política de Saúde LGBT

2b) A importância da Política de Saúde LGBT

## **3. A DIVERSIDADE SEXUAL NA UNIVERSIDADE**

3a) Estereótipos sobre os cursos e a inclusão da diversidade

3b) A ambiguidade da inclusão e o desafio para a população trans

3c) A precária atuação da universidade no combate ao preconceito/discriminação

## **1 – A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM E A DIVERSIDADE SEXUAL**

A primeira categoria, “A Formação em Enfermagem e a Diversidade Sexual”, abarcou aspectos relacionados à visão que os alunos apresentam sobre as ofertas curriculares (formais ou complementares, teóricas ou práticas), as aprendizagens sobre o cuidado de Enfermagem específico para pessoas LGBTQIA+ e seu impacto no atendimento a essa população. Elas se organiza em quatro subcategorias:

### **1a) A insuficiência da abordagem da temática da diversidade sexual**

Em geral, grande parte dos alunos considera as ofertas curriculares insuficientes para garantir um preparo técnico adequado para o exercício do cuidado de Enfermagem no contexto da diversidade sexual. Alguns alunos sinalizaram que as abordagens existentes eram pontuais, apresentavam um caráter superficial, em poucas disciplinas, e sempre inseridas em outros conteúdos gerais.

*A minha experiência com esse tema na graduação, é que eles apresentavam pra gente esses tópicos, só que realmente, assim, eles não ensinavam uma teoria, trazer algum conteúdo, alguma abordagem da temática...era muito vaga...deixavam a gente fazer seminários ou abordava de forma sutilmente o tema, nunca muito aprofundado (A23, homem gay).*

*(...) eu nem lembro quando que foi abordado, mas eu lembro que foi abordado, mas pra mim foi uma coisa tão rasa, que é como se ninguém tivesse falado (A 21, mulher lésbica).*

*(...) durante a graduação em si não teve uma abordagem sobre isso...alguma dúvida aí você tirava, mas em sala de aula mesmo não (A 29, mulher heterossexual).*

*(...) em (nome da disciplina) falaram sobre a saúde da mulher transexual, que é diferente (A23, homem gay).*

Além da presença pouco significativa de abordagens no currículo formal, há poucas

atividades complementares, de caráter optativo, que disponibilizam para os alunos uma ampliação de conhecimento para a sua atuação prática no contexto do cuidado em meio à diversidade, tais como, atividades pedagógicas desenvolvidas nas escolas (licenciatura), laboratório específico e projeto de extensão no contexto da saúde mental. Ainda, é importante salientar que existem alunos que alegam não ter tido conhecimento dessas atividades complementares, o que pode ter sido um limitador da aquisição de mais conhecimento sobre esse perfil de atendimento e cuidado.

*(...) na licenciatura, por exemplo...quando você entra nas escolas é muito abordado sobre sexualidade...é até difícil você chegar nas escolas pra falar sobre o tema e não saber o que tem que falar... (A23, homem gay).*

*A Enfermagem tem o (nome do laboratório)...que é um grupo, acho que é um grupo de estudo, extensão, não sei direito...Mas você tem que ir buscar, procurar participar, não é uma coisa dentro da universidade mesmo...ele não faz parte do currículo, é assim: só vai quem quiser! É uma atividade extracurricular. (A 2, mulher lésbica).*

*Eu faço atendimento num projeto (de extensão)...e assim o que a gente mais recebe lá são alunos LGBT em situação de vulnerabilidade, em situação de assédio...” (A 21, mulher lésbica).*

*É assim, pelo menos eu, nunca ouvi falar sobre (em relação a atividades complementares), nem falar, nem comentar, não é muito divulgado né?Eu não ouvi falar sobre (A 9, mulher heterossexual).*

### **1b) A importância de uma disciplina específica**

A importância de uma disciplina específica que trate de uma forma mais consistente sobre a política e a saúde da população LGBTQIA+ foi bastante enfatizada na fala de alguns estudantes, que trouxeram como ideal que essa temática deveria ser disciplina obrigatória no currículo formal dos cursos da área da saúde.

*(...) é uma disciplina optativa, não obrigatória, poderia ser um tema abordado lá no início, poderia ter trazido mais esse tema, para que não chegássemos tão crus no assunto no momento de estarmos em atendimento...(A 22, mulher heterossexual).*

*.Eu acho que devia ter uma revisão nas disciplinas, principalmente nos cursos da área da saúde, porque deveria ser incluído como uma disciplina de saúde da mulher e saúde do adulto, e não dentro de outra disciplina. A faculdade deveria fazer uma resolução diferenciada incluindo isso como uma disciplina obrigatória, para que a gente pudesse ter dentro da nossa grade curricular ...para que a gente saísse realmente preparado para trabalhar com esse público (A 11, mulher heterossexual).*

### **1c) O despreparo no cuidado à população LGBTQIA+**

Conforme os depoimentos dos alunos, a falta de aquisição de conhecimento específico sobre o cuidado à saúde LGBTQIA+ durante a formação leva ao despreparo para atuação profissional junto a esse perfil de usuários. Os alunos também acreditam que falta vontade e/ou preparo entre os docentes para a inclusão de conteúdos específicos sobre o cuidado de

enfermagem, nas aulas.

*(...) na enfermagem a gente prega muito o acolhimento...por que acolher essas pessoas LGBT é menos importante? Por que isso não é abordado pra gente? Então, eu sinto que os profissionais que estão sendo formados e vão para a assistência muito despreparados [...], enfim é um despreparo. (A 6, mulher heterossexual)*

*(...) eu sinto que nosso conhecimento em relação à saúde LGBT é deficiente porque na minha percepção é que nem os os docentes estão preparados, nem eles têm esse conhecimento [...] (A 18, mulher heterossexual)*

A segurança no conhecimento adquirido também não melhora quando os alunos vão para o cenário de práticas clínicas. Nesse contexto, os profissionais responsáveis pela assistência e preceptoria participam na produção de barreiras ao ensino e formação para questões de saúde LGBTQIA+, limitando o acesso desses alunos ao cuidado específico de pessoas LGBTQIA+, especialmente pessoas transsexuais. Quando o ambulatório especializado é mencionado, os alunos ou nunca ouviram falar, ou não tiveram esse espaço incluído nos seus cenários de práticas da disciplina de estágio supervisionado. Contudo, eles são unânimes ao atribuir uma grande importância da inclusão desse ambulatório nas atividades práticas pois proporcionaria uma vivência e contato específicos com pessoas em processo de transição de gênero, que é um dos públicos LGBTQIA+ cujo contato social e profissional é sabidamente menos frequente, o que tende a aumentar a insegurança dos futuros profissionais em exercer o acolhimento e cuidado no contexto da diversidade sexual e de gênero.

*(...) toda vez que chegava uma gestante eu pensava: Vou lá mostrar os meus métodos, mas aí a profissional já me barrou e disse: Você vai estranhar porque ela é um homem, e que não era pra ir lá, que era pra ter cuidado...eu me senti totalmente desmotivada e despreparada...os profissionais do hospital não ajudam nisso. (A 28, mulher heterossexual)*

*Mesmo tendo o ambulatório pras pessoas que estão em processo hormonal pra transição, a gente poderia ter essa oportunidade de ver com a equipe de endócrino [...] mas a gente não tem essa oportunidade [...]se temos acesso a todos os ambulatórios por que não esse? (A 16, mulher heterossexual)*

*Como atender um paciente LGBTQIA+? Porque é muito difícil, é diferente. Principalmente quando a gente não tem uma base (A1, mulher heterossexual).*

*(...) eu acho que, assim, a gente deveria ser bem preparado pela questão da diversidade, do diferente, Então, assim como abordar, por exemplo, as vezes a gente fica, é de ser humano, ficar assim, receoso quando vê algo diferente...e para um profissional de saúde...não pode acontecer...a gente não pode ter uma segregação no cuidado. (A6, mulher heterossexual).*

#### **1d) A aprendizagem do preconceito e da desumanização da pessoa LGBTQIA+ durante a formação**

Essa subcategoria abarcou situações de preconceito e discriminação contra pessoas LGBTQIA+ vivenciadas pelos estudantes durante sua imersão nas atividades práticas clínicas

em Enfermagem. Os relatos trazidos mostraram uma série de comportamentos excludentes entre os profissionais que atuam na assistência à saúde. Há um estigma em relação ao paciente LGBTQIA+ que vive com HIV, demonstrando que mesmo entre profissionais tecnicamente preparados, habilitados e conhecedores de fundamentos de anatomia, fisiologia e infectologia, ainda impera a desinformação e o preconceito durante os atendimentos de usuários com condição sorológica conhecida. E com isso não é incomum nas falas dos alunos a percepção de que rótulos se sobrepõem aos direitos do sujeito e a dignidade humana, sendo notória uma tendência a despersonalizar esse usuário durante o exercício do cuidado.

*Mas me indigna muito ver isso dentro da área da saúde, recentemente eu estou estagiando na cirúrgica e tinha uma mulher trans internada, que se identificava como Maria, E assim, não foi só um Enfermeiro, foram uns três Enfermeiros...todo tipo de preconceito saiu dali, daquela conversa deles [...] eu fique completamente indignada...respeitar é o mínimo e eles não têm respeito nenhum. (A 6 mulher heterossexual)*

*Tem caso que a pessoa tem nome social e não foi respeitado, ta ai a importância de gente respeitar...( A 21, mulher lésbica).*

*(...) era um homem trans...uma coleta de sangue, mesmo sendo um procedimento aparentemente simples ninguém quis colher, nem o sangue e nem o swab. E outra, paciente é paciente! (A 20 mulher heterossexual)*

*Eu tive uma experiência com uma disciplina prática, fomos pra cirúrgica 1 e 2...tinha um paciente internado, aparentava uns 40 anos, casado, gay, caminhoneiro...tinha HIV também, ele estava com sepsi, precisava colher uma amostra e ninguém do setor queria colher [...] quando fui ver a ficha dele e ninguém conhecia, aí uma profissional falou: “é o gay com HIV?”(A 9, mulher heterossexual)*

*(...) Independente de quem seja já dizem “é B24 viu? [...] (A 2 mulher lésbica).*

A discussões desse tópico deixaram fragilidades importantes nos processos de acolhimento e cuidado durante a atuação da enfermagem no campo de estágio. As falhas no comportamento dos profissionais assistenciais acabam por produzir exclusão e iniquidades dentro de serviços que por definição deveriam acolher e cuidar das pessoas de formar irrestrita e indistinta.

*É como diz no SUS né? É cuidar bem da saúde...com equidade...é o certo! (A 20 mulher heterossexual), E isso casa bem né? Sobre a questão de equidade, que o Ministério da Saúde trabalha com as Políticas de Equidade . Tem que haver as especificidades não só por patologias mas por necessidades específicas de determinados grupos, porque as pessoas elas precisam disso, porque infelizmente se for deixar livremente esse cuidado não acontece (A 15 mulher heterossexual).*

*( ) deveria entrar em (nome da matéria). Na parte quando a gente está falando de equidade, porque a gente sabe que essa população carece um pouco mais de atenção ....(A 6 mulher heterossexual)*

A discussão dessa subcategoria permitiu que os alunos trouxessem uma importante reflexão sobre a forma como o direito universal à saúde, imposto pela constituição federal de 1988 e pela lei orgânica do SUS, tem sido sistematicamente desrespeitado quando existe

distinção do cidadão por gênero ou orientação sexual, sendo esse tópico bastante sensível nas discussões em torno do importante princípio da equidade, que embora originalmente não conste no texto legal, se trata de uma evolução importante na ideia de igualdade de acesso ao SUS e sua rede de serviços em todo o território nacional. E populações reconhecidamente vulneráveis e marginalizadas socialmente encontram nas políticas de equidade uma tentativa regulamentar de sua inclusão no acesso aos serviços públicos essenciais, especialmente no que se refere ao direito constitucional e universal à saúde, legitimando suas necessidades com todas as especificidades necessárias, e os estudantes apresentam uma compreensão dessas questões e da sua relação com as pessoas LGBTQIA+.

## **2 – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL Á SAÚDE LGBT**

A segunda categoria, “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde LGBT”, contemplou o conhecimento teórico/prático dos estudantes sobre essa política de saúde, e o valor que atribuem à mesma para o cuidado dessa população.

### **2a) O (des)conhecimento do aluno e sua responsabilização na discussão sobre a Política de Saúde LGBT**

Essa subcategoria englobou o conhecimento e entendimento dos alunos sobre os aspectos teóricos e operacionais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População LGBT (Portaria MS Nº 2.836 de 01 de dezembro de 2011). Essa política, embora já tenha mais de uma década de implantação, é desconhecida ou conhecida parcialmente pela maioria dos estudantes participantes da pesquisa.

*Não aplicado...como se aplica uma coisa que não tem? Em nenhuma disciplina isso foi abordado não.... (A 4 mulher heterossexual).*

*Então se perguntarem o que eu lembro dessa política, eu não lembro quase nada. (A 17, mulher heterossexual).*

Essa subcategoria mostra ainda uma excessiva responsabilização dos alunos pela aquisição de conhecimentos sobre essa população específica. Trata-se de uma abordagem diferente da utilizada pelos docentes no ensino de outras políticas de saúde pública, o que prejudica o conhecimento do profissional em formação.

*Vimos muito pouco, dessas formas pontuais ..somos nós que pesquisamos, somos nós que trazemos para os outros colegas aquilo que nós entendemos da nossa pesquisa...então ao contrário de outras políticas mais habituais, que é trazido com mais detalhes, com uma duração maior [..] nós vimos em apresentações de vinte minutos no máximo por grupo. (A 17, mulher heterossexual).*

*Quando a gente fez a disciplina (nome da disciplina)o, a professora deixou livre pra gente escolher quais*

*os temas das minorias que a gente queria escolher. Tinha várias “saúdes”. E aí a maioria escolheu população em situação de rua, pessoas com deficiências. Eu mesma não escolhi população LGBT que falava desse protocolo. Acho que uma aluna que é do meio escolheu e falou do assunto por um minuto. Mas só sei porque ela falou na apresentação dela de um minuto. (A 12, mulher heterossexual).*

*Eu só sei que existe porque eu escolhi como tema a saúde da população LGBTQIA+ , porque teve uma disciplina que optava por algumas das políticas de minorias. (A 5 mulher heterossexual).*

*Mas aí volta aquilo né? Interesse do aluno, não existe iniciativa da instituição de ensinar o assunto então a gente tem que ler e as vezes é difícil entender devido a complexidade do assunto. (A24, homem heterossexual).*

## **2 b) A importância da Política de Saúde LGBT**

Embora a maioria dos estudantes relate não ter tido acesso aprofundado ao conteúdo da Política de Atenção Integral à Saúde LGBT durante sua formação acadêmica, eles reconhecem a importância da existência dessa política como um importante recurso de garantia do direito integral à saúde para pessoas LGBTQIA+. Além disso, associam a Política ao cumprimento dos objetivos do Sistema Único de Saúde, seus princípios e questionam sobre aspectos da prática assistencial voltada para essa população e de que forma isso aproxima ou afasta do que foi idealizado nos textos da constituição, leis orgânicas e portarias.

*Eu penso que a gente vive numa democracia e todos temos direitos, e a partir do momento que existe uma lei que garante esses direitos, a gente como profissional de saúde ...cabe a gente entender melhor pra que a gente consiga garantir esses direitos a essas pessoas pra não impedir eles de terem um tratamento integral (A 24, mulher heterossexual).*

*[...] os profissionais não respeitam, se há uma lei ou uma política há uma diferença. (A 29, , mulher heterossexual).*

*E a política tenta atingir os objetivos do SUS porque protege grupos de pacientes que sofrem muito preconceito, e está em situação de serem mais vulneráveis. (A23, homem gay).*

## **3 – A DIVERSIDADE SEXUAL NA UNIVERSIDADE**

A terceira categoria, “A diversidade sexual na universidade”, envolveu a caracterização das relações do meio acadêmico com as questões LGBTQIA+, desde os estereótipos sobre cursos, as diferentes avaliações sobre a inclusão ou exclusão da diversidade, e o combate ao preconceito nesse contexto.

### **3a) Esterótipos sobre os cursos e a inclusão da diversidade**

Essa subcategoria permite analisar a percepção dos estudantes sobre as diferentes áreas de conhecimento e perfis de cursos universitários que são acessíveis para pessoas LGBTQIA+, trazendo implicações para a forma como são tecidas as relações entre eles e deles com a comunidade universitária em geral. Os alunos fazem um paralelo dos cursos de Artes,

Psicologia e Enfermagem com os cursos de Engenharia e Agronomia em relação à existência ou não de preconceito contra pessoas não heterossexuais.

Parece que em cursos onde existe um quantitativo mais expressivo de alunos LGBTQIA+ episódios de preconceito tendem a se tornar mais raros. No entanto, não fica claro se essa diferença já é considerada no momento da escolha do curso por parte do aluno LGBTQIA+, não sendo possível delimitar a ordem entre causa e efeito.

*(...) nosso curso é tranquilo...nós temos mais pessoas com outra orientação sexual, fazendo uma comparação com o curso de agronomia, por exemplo.(A 5, mulher heterossexual, aluna do 9º período do curso de Enfermagem).*

*Eu tenho um amigo também que é das agrárias e ele sofre preconceito por ser gay.( A 23, homem gay, aluno do 9º período do curso de Enfermagem).*

*Aqui no nosso curso de enfermagem tem héteros sim mas ele é mais um curso pra mulheres e pessoas LGBTQIA+.(A 22 mulher heterossexual, aluna do 9º período do curso de Enfermagem).*

*Eu tenho uma observação sobre isso, tem cursos que é mais comum, mas em cursos que são a minoria eu já percebi que sofre mais preconceito, como na Psicologia que por ser mais comum as pessoas têm mais aceitação.(A 23, homem gay, aluno do 9º período do curso de Enfermagem)*

*(...)muito interessante é que os gays eles procuram cursos da área da saúde, principalmente a enfermagem e a psicologia, que eu já percebi, tem muito né? E por quê? Porque nos outros as vezes eles querem outro tipo de coisa, gostam de engenharia , gostam disso ou daquilo outro, e não faz por conta do preconceito que eles vão sofrer.(A 11, mulher heterossexual, aluna do 9º período do curso de Enfermagem)*

### **3b) A ambiguidade da inclusão e o desafio para a população trans**

Essa subcategoria permitiu identificar os aspectos relacionados com a forma como a diversidade se encontra integrada nas vivências e relações institucionais, com ênfase para a forma esses estudantes enxergam a valorização da diversidade no contexto acadêmico e o processo de inclusão/exclusão da população LGBTQIA+.

Os depoimentos dos participantes apontam para uma ambiguidade na percepção da inclusão da diversidade no contexto universitário: alguns entendem que o ambiente acolhe e respeita as diferenças e que a instituição garante uma proteção maior quando comparada com o ambiente externo; outros trazem considerações negativas em relação ao papel que a universidade desempenha, especialmente em relação às medidas de combate ao preconceito, sinalizando que essas temáticas ainda representam um desafio para a comunidade universitária que ainda precisa ser superado

*Eu me sinto ótimo, porque quanto mais contato com pessoa diferente melhor porque a gente entende a vivência dela...então quanto mais pessoas diversas a gente tem contato no mesmo ambiente, mesmo que não seja de uma forma formal, seja de uma forma informal como colega ou amigo, isso agrega no nosso conhecimento e dá pra gente o mínimo de ideia de como lidar com essas situações.(A 24, homem heterossexual).*

*(...) eu acho que existe respeito. A maioria tem respeito. (A 5 mulher heterossexual)*

*Eu acho que a universidade não agrega esses grupos. Porque se a pessoa da comunidade LGBTQIA+ começa a cursar um curso é sempre um curso que aceita melhor. Nas artes tem mais pessoas LGBT's que os cursos tradicionais. Tanto a Universidade quanto a gestora do HU não tem uma inclusão...não é inclusivo.(A 15, mulher heterossexual).*

*(...) a universidade separa, afasta essas pessoas.(A 19, mulher heterossexual).*

Essa ambiguidade parece se transformar à medida que se discute as diferenças das vivências entre os vários componentes do grupo LGBTQIA+, especialmente dos alunos trans. Na visão dos alunos, essa vivência precisaria ser considerada de uma forma mais individualizada e pautada na singularidade da experiência de cada um:

*(...) por exemplo tem um rapaz trans que é de um curso da saúde que não sei qual é, mas eu vi que ele tem dificuldade em se relacionar porque ele é muito introvertido, porque outros que são mais envolvidos são mais aceitos. (A 23, homem gay)*

*(...) morei no mesmo prédio desse garoto trans que o A 23 falou, eu também sofri esse mesmo tipo de isolamento e preconceito, porque o gay que é mais alegre e a sapatão que é mais divertida eles irão pro grupo e todo mundo é legal, mas eu morei lá por um ano e eu não fiz amizade...o que era diferente não encaixava aqui entre eles não era muito aceito, eu como não sou divertidona eu automaticamente ficava excluída, tipo ali na minha, era isso.(A 21, mulher lésbica).*

*Eu acho que é mais fácil as pessoas aceitarem uma mulher lésbica ou um homem gay, ou as vezes até uma pessoa trans...do que alguém queer, ou pan, ou bi, porque é algo meio confuso, e você vê que eles são mais excluídos na graduação, são mais isolados. (A 24, homem heterossexual).*

Essas discussões fazem com que se extrapole os muros da universidade e adentre também em construções históricas, sociais e culturais, que reproduzem os estereótipos de gênero, fortalecem o machismo estrutural e rotulam determinados cursos, de forma depreciativa.

*O pai do meu primo falou pra ele, você vai fazer tal curso, porque esse é curso de homem, você não vai fazer psicologia, ele queria fazer psicologia.(A6, mulher heterossexual).*

*No fim tem essa tendência né gente? De achar que essa profissão é para esse sexo não é?...Nós (enfermagem) somos um grupo de meninas né? Cadê os meninos?(A 19, mulher heterossexual)*

### **3c) A precária atuação da universidade no combate ao preconceito/discriminação**

Essa subcategoria analisou a percepção dos alunos sobre a forma como a universidade tem uma atuação inexpressiva no combate ao preconceito, pouco contribuindo para a garantia de direitos de pessoas que questionam o padrão cisheteronormativo.

*Em outros espaços eu percebo ao longo do meu tempo aqui (Hospital Universitário) eu percebo discriminação sim devido ao cabelo, a forma como a pessoa se veste, a forma como a pessoa fala. (A 22, mulher heterossexual).*

*Eu faço atendimento num projeto (de extensão em saúde mental)... então assim dá pra gente ver que a*

*universidade tem um cuidado muito precário pra lidar com os problemas dos alunos(LGBT)(A 21, mulher lésbica).*

*Eu já vi fazerem um simpósio sobre, mas fazem um simpósio, mas geralmente as pessoas que vão são da população LGBT ou são pessoas estudam o assunto, mas a maioria não tem acesso, tem cursos que não participam, mas que precisavam (A 23, homem gay)*

A maioria dos alunos aponta que a universidade precisa melhorar a forma de acolher as pessoas LGBTQIA+. Eles consideram que são necessárias mudanças mais significativas do que a existência de banheiros neutros e se preocupam, mais especificamente, nas situações em que essas pessoas são vítimas de agressão, assédio e sofrimento, com consequências fatais.

*(...) não basta só ter um banheiro neutro, porque assim a eles colocaram um banheiro neutro, mas aí aquele cara que é totalmente preconceituoso e hétero vai entender aquilo? Ou ele vai se aproveitar daquilo?...aquele cara que acha que é chacota acaba violentando a pessoa que tá usando o banheiro, seja homem, mulher ou pessoa trans...a instituição deveria fazer algo a mais, eu penso assim!(A 24, homem heterossexual)*

*E sendo bem sincera, eu não sei vocês, não sei nem com quem você pode conversar se você precisar de ajuda aqui, e assim é tudo muito assim, é tudo muito tipo um email que você manda e quando der eles respondem, eu considero muito jogado, e isso pra mim hétero cis[...](A 22, mulher heterossexual)*

*(...) tem adoecimento mental, casos de autoextermínio inclusive dentro da comunidade, por não ter esse apoio[...](A 24, homem heterossexual)*

## **Discussão**

A análise da formação em Enfermagem em relação à diversidade sexual permitiu identificar a insuficiência das ofertas curriculares sobre questões de saúde e cuidado às pessoas LGBTQIA+, seja no âmbito da teoria ou da prática assistencial. Quando ocorrem, as ofertas apresentam uma característica pontual, facultativa, e com forte responsabilização dos alunos sobre a aquisição desse conhecimento (em atividades e leituras de grupos para apresentação de seminários de curta duração). Apesar da existência de algumas atividades optativas e complementares como laboratório e atividades de extensão, parece haver pouca divulgação e até mesmo desconhecimento de tais iniciativas, o que acaba por limitar o acesso a essas ofertas complementares de espaços formativos.

Associado às questões deficitárias do currículo, parece não existir um interesse docente no ensino e pesquisa sobre o cuidado das pessoas LGBTQIA+ e a política de saúde voltada para essa população, reproduzindo a literatura existente, a qual sinaliza para a falta de interesse no estudo e nas publicações sobre o assunto, o que se torna ainda mais evidente quando essa política é comparada com outras políticas do Sistema Único de Saúde (BEZERRA et al, 2019). Nesse sentido, apesar da significativa carga horária de disciplinas voltadas ao ensino das

políticas do SUS, como a saúde coletiva, que no curso dos alunos participantes conta com quatro disciplinas (totalizando 180 horas), o cuidado a pessoa LGBTQIA+ se tornou preterido em relação a outras áreas e populações.

Não existe uma explicação simples para essa possível invisibilidade da temática saúde LGBTQIA+ nas práticas de educação e cuidado em Enfermagem. Contudo, por meio de um resgate histórico é possível inferir um forte componente religioso e moralizante que fez com que a Enfermagem profissional caminhasse muito intimamente com o conservadorismo e os ensinamentos das religiões monoteístas, o que pode ter limitado o envolvimento do profissional no acolhimento e cuidado em meio a diversidade, e até mesmo no estudo da sexualidade que na modernidade foi prontamente incorporada no estudo de outras ciências humanas e biológicas (GIAMI, 2005).

A Enfermagem apresenta componentes na sua construção social, histórica e cultural, que podem atuar como agentes limitadores em relação ao aprofundamento em questões mais subjetivas dos sujeitos. Tradicionalmente, a formação na área foi pautada em um ensino biologicista, com grande destinação de carga horária para o desenvolvimento de conhecimentos de anatomia, fisiologia, técnicas e procedimentos, cujos treinamentos pressupunham a utilização de corpos sem vida (“corpos frios”) ou a subjugação de corpos apassivados através da implementação de técnicas e procedimentos, em uma permanente depersonalização dos pacientes (KRUSE, 2003). Essa é uma visão contrária do que é esperado atualmente para a formação de recursos humanos de Enfermagem para o SUS, em que aspectos como equidade, humanização do cuidado e a integralidade se tornaram indispensáveis nas boas práticas de saúde pública.

Além disso, o desinteresse docente pode estar relacionado a um possível despreparo para ensinar essas questões. No cenário da assistência hospitalar, há profissionais que também não acolhem e/ou cuidam adequadamente e reproduzem preconceitos e rótulos (MELO et al, 2020). Isso pode sinalizar a importância de pensar nos professores e preceptores como grupos que carecem de treinamento e preparo para a aquisição das competências e habilidades deficitárias. Essa formação deve ser ampla de forma a impactar o currículo oculto, pelo qual as relações interpessoais e atitudes nos cenários de ensino influenciam diretamente na forma como se desenvolve o processo de ensino-aprendizagem (SANTOS et al, 2020).

E foi também identificada a existência de barreiras criadas pelos formadores, os quais cerceiam o acesso dos estudantes ao público LGBTQIA+, seja no serviço ambulatorial especializado ou na maternidade. No entanto, com base na literatura internacional, isso prejudica a aquisição das habilidades e competências clínicas e humanísticas, as quais são

adquiridas prioritariamente com o trato direto com os usuários. É a familiaridade com as necessidades dessa população que poderá aumentar o nível de conforto desses alunos no exercício do acolhimento e cuidado de Enfermagem de pessoas lésbicas, gays, transexuais e demais grupos representados pelo acrônimo LGBTQIA+ (ORGEL, 2017).

Os futuros enfermeiros apresentam um papel fundamental na redução dessas iniquidades em saúde conforme vem defendendo instituições internacionais como a Cúpula Norte-Americana de Saúde LGBTQ de Enfermagem. Ela traz a urgência de preparar melhor esses profissionais para o cumprimento desse importante papel na efetivação da justiça social através dos sistemas públicos de saúde. A Cúpula aponta como caminho possível para melhorar o preparo profissional uma solução tríplice que envolve estratégias para educação, pesquisa e prática assistencial, que são importantes pilares dos hospitais universitários brasileiros (HUGHES et al, 2022).

Em relação à Política de Atenção Integral à Saúde LGBT, os alunos relataram pouco ou nenhum conhecimento sobre o conteúdo dessa política. Contudo, mesmo não conhecendo adequadamente a Política, os alunos apresentam uma valorização dessa proposta, baseados nas experiências pessoais com pessoas LGBTQIA+ e no arcabouço formativo em outras políticas e áreas temáticas do SUS.

A precária oferta de conteúdos formativos e o desconhecimento da Política de Atenção Integral à Saúde LGBT geram um sentimento compartilhado de frustração e insegurança entre os alunos que tendem a não se sentirem aptos para o exercício da Enfermagem junto a tais usuários. Esses resultados estão de acordo com pesquisas internacionais que também chamam a atenção para déficits significativos de conhecimento e uma relação direta disso com o nível de conforto e/ou segurança do profissional de Enfermagem no exercício do seu papel profissional de cuidado no contexto da diversidade (HAND et al, 2022)

Os alunos participantes demonstram o reconhecimento da importância de adquirirem as habilidades e competências necessárias para cuidar adequadamente da saúde dos usuários LGBTQIA+, e apontam que o ensino dessa temática seja tratado como obrigatório no currículo. Assim, tal como apontado por Hand et al (2022), há uma urgência de alterações curriculares no conteúdo regular e ampliação das atividades suplementares, de modo a aumentar o conforto desses profissionais em formação, garantindo que os mesmos tenham condição de exercer a Enfermagem de forma inclusiva, equitativa e culturalmente competente. E, para alterar a lógica vigente fundamentada na hegemonia heteronormativa e cisgênero, é fundamental a coragem para “transgredir”, rompendo com essa lógica excludente, permitindo que corpos dissidentes receba também direitos, respeito, acolhimento e cuidado (SOARES et al, 2019).

A análise de como os alunos percebem o lugar da diversidade sexual na universidade indicou uma visão da instituição que pode ser considerada ambígua. De um lado, alunos exaltam a sensação de respeito e segurança para com alunos LGBTQIAPN+, se comparada com o contexto externo ao meio acadêmico. Do outro lado, os estudantes retratam um ambiente que segrega alunos LGBTQIA+ e não oferece um suporte adequado para os estudantes em situação de vulnerabilidades decorrentes da sua orientação sexual ou identidade de gênero, demonstrando que ainda é um desafio para o meio acadêmico trabalhar em prol de corpos invisibilizados, por vezes desconsiderando o aprendizado advindo da interação social atravessada pelas diferenças (RIBEIRO et al, 2020).

Nesse mesmo sentido, os alunos destacam ainda a diferença de acolhimento e aceitação das pessoas não heterossexuais entre os cursos, potencialmente, impactando a escolha de carreira da pessoa LGBTQIA+ que teriam suas oportunidades profissionais limitadas por construções históricas e sociais estigmatizantes relacionadas à orientação sexual e/ou identidade de gênero (RIBEIRO et al, 2020).

De forma geral, os alunos enxergam a importância e a potência da universidade na promoção do respeito à diversidade, e identificam a necessidade de elaboração e implementação de ações mais robustas e efetivas no contexto do acolhimento e proteção dos alunos em situação de maior vulnerabilidade e sofrimento, decorrentes da sua sexualidade. Dessa maneira, é possível que a instituição exerça seu papel protetor e construtor de uma cultura de implementação de políticas de combate à violência (PERASSOLINI et al, 2023)

### **Considerações Finais**

Os resultados do estudo descreveram a perspectiva de estudantes de Enfermagem sobre a formação para a diversidade sexual e apontaram para: a insuficiência da abordagem da temática no curso; o despreparo no cuidado da população LGBTQIA+; a aprendizagem do preconceito; o reconhecimento da importância da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde LGBT; o desconhecimento do aluno e sua responsabilização na aprendizagem sobre a Política; os estereótipos sobre os cursos; a ambiguidade da inclusão institucional e o desafio para a população trans, e a precária atuação da universidade no combate ao preconceito/discriminação.

Na análise desses resultados devem ser consideradas algumas limitações metodológicas, tais como: amostra composta exclusivamente por alunos em fase final do curso de Enfermagem; risco do grupo apresentar respostas compatíveis com o esperado (desejabilidade social); ausência de entrevistas individuais; baixo recrutamento de estudantes LGBTQIA+; e ausência da análise do projeto político pedagógico.

Apesar disso, foi possível compreender que é urgente a qualificação de profissionais de Enfermagem para atuarem no SUS cuidando de pessoas LGBTQIA+. Nesse sentido, é preciso discutir as formas de ampliar a presença das questões de diversidade sexual e o estudo da Política de Atenção Integral a Saúde LGBT na formação dos estudantes de Enfermagem, fomentando o ensino da Assistência de Enfermagem às pessoas LGBTQIA+ para melhor atuação no cenário de práticas.

Futuros estudos podem contribuir com investigações em outras instituições de ensino superior públicas e privadas, envolvendo estudantes de outros períodos/semestres, e contemplando uma análise de políticas institucionais de acolhimento da diversidade. De forma complementar, seria relevante incluir profissionais já inseridos no mercado de trabalho para obter a visão destes sobre o cuidado à saúde LGBTQIA+, bem como as dificuldades encontradas e o ponto de vista dos docentes formadores sobre o ensino da diversidade sexual e de gênero.

## Referências

BEZERRA, Marcos Vinicius da Rocha; MORENO, Camila Amaral; PRADO, Níli Maria de Brito; SANTOS, Adriano Maia. **Política de Saúde LGBT e sua Invisibilidade nas Publicações em Saúde Coletiva**. Revista Saúde em Debate. Centro Brasileiro de Estudo em Saúde. Rio de Janeiro, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. 1ª Ed. Brasília – DF, 2013. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf)> Acesso em 17 de Outubro de 2022.

CANABARRO, Ronaldo. **História e Direitos Sexuais no Brasil: O movimento LGBT e a Discussão sobre a Cidadania**. II Congresso Internacional de História Regional (Anais Eletrônicos). UPF. Passo Fundo – RS, 2013. Disponível em: <<https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/historiaedireitoscanabarro.pdf>> Acesso em 27 de Outubro de 2022.

HAND, Mark C.; NIEMAN, Stephanie Gedzyk. **Graduating Nursing Students Preparedness and Confort Level in Caring for LGBTQ+ patients**. Journal of Professional Nursing. American Association of Colleges of Nursing. Vol 41, 2022. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35803662/>> Acesso em 17 de Outubro de 2022.

HUGHES, Tonda L.; JACKMAN, Kasey; DORSEN, Caroline; ENGOREN, Cynthia Arslanian; GHAZAL, Lauren; DECEASED, Thomas Christenberry; COLEMAN, Christopher Lance; MACKIN, Melissa; MOORE, Scott Emory; MUKERJEE, Ronica; SHERMAN, Athena; SMITH, Sheila; WALKER, Rachel. **How Can The Nursing Profession Help Reduce Sexual and Gender Minority Related Health Disparities: Recommendations from the National Nursing LGBT Health Summit**. Nursing Outlook, 2022. Vol. 70. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35430056/>> Acesso em 23 de Outubro de 2022.

MELO, Izabella Rodrigues; AMORIM, Thatiane Hellen; GARCIA, Raquel Braga; POLEJACK, Larissa; SEIDL, Eliane Maria Fleury. **O Direito à Saúde da População LGBT: Desafios Contemporâneos no Contexto do Sistema Único de Saúde**. Revista Psicologia e

Saúde. Campo Grande – MS, 2020.

ORGEL, Hallie. **Improving LGBT Cultural Competence in Nursing Students: An Integrative Review**. The ABNF Journal: Official Journal of The Association of Black Nursing Faculty in Higher Education. Vol. 28. 2017. Disponível em: <  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29873456/>> Acesso em 23 de Outubro de 2022.

PAULINO, Danilo Borges; RASERA, Emerson Fernando; TEIXEIRA, Flavia do Bonsucesso. **Discursos sobre o Cuidado em Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre Médicas (os) da Estratégia de Saúde da Família**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu – SP, 2019. Disponível em: <  
<https://www.scielo.br/j/icse/a/CPqMgwMzNcfwqjrRT5PZbbp/?format=pdf&lang=pt>>  
 Acesso em 22 de Janeiro de 2022.

PERASSOLINI, Enayton; SILVA, Alexandre Rodrigo Nishiwaki. **Saindo da “Torre de Marfim”: A prevenção da violência baseada na orientação sexual e identidade de gênero na Universidade**. Educação em Revista – EDUR. UFMG. Belo Horizonte – MG, 2023. Disponível em:  
 <<https://www.scielo.br/j/edur/a/6G4GVRWxyj7Ky7YF5Vkt5nP/?format=pdf&lang=p>>  
 Acesso em 19 de Novembro de 2024

PINTO, Diana Patrícia Pires. **Discriminação, Preconceito e Atitudes relativamente a Lésbicas: Estudo numa Amostra de Estudantes de Enfermagem**. Universidade do Minho. BUM Dissertações de Mestrado em Psicologia. Repositorium, 2011. Disponível em: <  
<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/17832/1/Diana%20Patr%C3%ADcia%20Pires%20Pinto.pdf>> Acesso em 17 de Outubro de 2022.

RIBEIRO, Cristine Jaques; MORAES, Camila de Freitas; KRUGER, Nino Rafael Medeiros. **A Universidade e os Corpos Invisibilizados**. Revista Diversidade e Educação. Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Rio Grande – RS, 2020. Disponível em: <  
<https://periodicos.furg.br/divedu/article/view/9305>>

SANTOS, Victor Hugo; FERREIRA, Julia Helena; ALVES, Gabriel Cassiano Afonso;

NAVES, Natália Morais. **Currículo Oculto, Educação Médica e Profissionalismo: Uma Revisão Integrativa**. Interface: Comunicação, Saúde e Educação. Botucatu-SP, 2020. Disponível em: < [scielo.br/j/icse/a/hCDK4YXNhZJxfPX7FBXj3Lc/?format=pdf&lang=pt](https://scielo.br/j/icse/a/hCDK4YXNhZJxfPX7FBXj3Lc/?format=pdf&lang=pt) > Acesso em 13 de Novembro de 2024

SILVA, Caik Ferreira; ALVES, Héryka Laura Calú; MAGALHÃES, Beatriz de Castro; SILVA, Mauro Mccarthy de Oliveira Silva; TAVARES, Natália Bastos Ferreira; ALUQUERQUE, Grayce Alencar. **Sobreviver é Preciso: A Diversidade de Gênero no Acesso aos Serviços de Saúde**. Revista Gênero. Niterói – RJ, 2021. Disponível em: < <https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/47048> > Acesso em: 21 de Fevereiro de 2022.

SILVA, Graciete Borges. **Enfermagem Profissional: Análise Crítica**. 2ªed. Cortez Editora. São Paulo – SP, 1989.

SOARES, Mayana Rocha; FONTES, Ramon. Gênero, Sexualidade e Educação. **Pedagogias Transgressoras**. Instituto de Humanidades, Artes e Ciências. UFBA. Salvador – BA, 2019. Disponível em: < <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/30894> > Acesso em 15 de Maio de 2024.

SOUZA, Luciana Karine de. **Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática**. Arq. bras. psicol., Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 14 novembro 2022.

TRAD, Leny A. Bonfim. **Grupos Focais: Conceito, Procedimentos e Reflexões Baseadas em Experiências com o uso da Técnica em Pesquisas de Saúde**. Pshys Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro – RJ, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/gGZ7wXtGXqDHNCHv7gm3srw/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em 16 de Abril de 2023.

WANG, Ya-Ching; MIAO, Nae-Fang; YOU, Mi-Hui. **Attitudes toward, knowledge of, and beliefs regarding providing care to LGBT patients among students nurses, nurses, and nursing educators: A cross-sectional survey**. Nurse Education Today. Vol. 116. 2022. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35834866/> > Acesso em 23 Outubro de 2023

## **CAPÍTULO 3: PRODUTO TÉCNICO (CURSO DE EXTENSÃO)**

### **1 Modalidade de Ação**

Curso/Oficina – Atividade pedagógica de caráter teórico e/ou prático, presencial ou a distância, planejado e organizada de modo a promover a formação continuada, o aperfeiçoamento e a disseminação de conhecimento, com critérios de avaliação definidos (Curso, minicurso, oficina, etc.)

### **2. Apresentação do Proponente**

**Unidade:** FAMED/UFU

**Subunidade:** Programa de Pós-graduação em Saúde da Família – PPG

### **3 Identificação da Proposta**

**Título:** Fundamentos do Cuidado de Enfermagem da Pessoa LGBTQIA+

**Área do Conhecimento:** Ciências humanas

**Área Temática Principal:** Saúde

**Área temática Secundária:** Educação

**Linha de Extensão:** Saúde Humana

**Objetivos de Desenvolvimento Sustentável:** Objetivo 3: Saúde e bem-estar

### **4. Resumo/Objeto da Proposta**

O curso “Fundamentos do Cuidado de Enfermagem da Pessoa LGBTQIA+” pretende apresentar noções básicas de questões relacionadas com a saúde da pessoa LGBTQIA+. Está estruturado de modo a apresentar conceitos básicos acerca da diversidade, identidade de gênero e orientação sexual, legislação, Política de Atenção Integral à Saúde LGBT, acolhimento e humanização no SUS, e práticas de cuidado de Enfermagem no cenário da diversidade. O curso de 12 horas está organizado em 04 módulos: 01. Conceitos Fundamentais, Legislação, Acolhimento e Humanização no Cuidado à Pessoa LGBTQIA+; 02. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População LGBT e Equidade no SUS; 03. Cuidados de Enfermagem à Pessoa LGBTQIA+ I e 04. Cuidados de Enfermagem à Pessoa LGBTQIA+ II. O curso objetiva atender alunos do curso de Enfermagem (Bacharelado, Licenciatura e Técnico) de Uberlândia e região.

**Palavras-chave:** Saúde Integral da Pessoa LGBTQIA+: Enfermagem; Formação

**Realização:** 01/11/2024 à 29/11/2024

**Inscrições:** Até 31/10/2024

## **Detalhamento da Proposta**

### **5. Justificativa**

A necessidade de diminuir as lacunas relacionadas com o conhecimento prático do cuidado integral à saúde da pessoa LGBTQIA+.

### **6. Objetivo Geral**

Capacitar alunos do curso de Enfermagem nos fundamentos do cuidado de Enfermagem voltados para as necessidades de saúde da pessoa LGBTQIA+.

#### **Objetivos Específicos**

Apresentar aos participantes aspectos gerais, históricos e sociais relacionados com questões de gênero e diversidade sexual;

Explorar aspectos gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População LGBT;

Introduzir aspectos básicos sobre as especificidades envolvidas no cuidado à saúde das minorias sexuais e de gênero;

Discutir aspectos teórico-práticos relacionados com a equidade, acolhimento, humanização, direitos humanos e a relação desses conceitos com o cuidado em saúde das pessoas LGBTQIA+.

### **7. Metodologia**

A cada encontro do curso será feita discussão de um estudo de caso no formato de grupos Balint-Paideia seguida por ofertas teóricas com textos relacionados com a temática do módulo.

### **8. Modalidade**

Online com atividades síncronas e assíncronas

### **9. Avaliação do Projeto**

O projeto será avaliado a cada encontro, de maneira qualitativa e participativa.

### **10. Público Participante**

30 vagas

### **11. Público Almejado**

Alunos do curso de Enfermagem (Bacharelado, Licenciatura e Técnico) de Uberlândia e região.

## 12. Local de Realização

Plataformas virtuais, online

## 13. Parceiros externos e internos

Não possui

## 14. Cronograma de Execução

28/10/2024 à 31/10/2024 – Inscrição

01/11/2024 - Conceitos Fundamentais, Legislação, Acolhimento e Humanização no Cuidado à Pessoa LGBTQIA+;

08/11/2024 - Política de Atenção Integral à Saúde da Pessoa LGBT e Equidade no SUS;

14/11/2024 - Cuidados de Enfermagem à Pessoa LGBTQIA+ I

22/11/2024 - Cuidados de Enfermagem à Pessoa LGBTQIA+ II

## 15. Referências

BRANDT, J. A. Grupo Balint: aspectos que marcam a sua especificidade. Vínculo, v. 6, n. 2. 2009. p. 199-208. Disponível

em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-24902009000200009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902009000200009)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidente da República,. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília, v. 128, n. 182, 20 set. 1990. p.18055-18059

Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. [A formação em saúde e o apoio paideia: referenciais teóricos e metodológicos](#). In Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. Práxis e formação Paideia: apoio ecogestão em saúde . São Paulo: Hucitec, 2013. p.123-196.

MITRE SM et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciência e Saúde Coletiva 2008; 13 (sup.2):2133-44. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9M86Ktp3vpHgMxWTZXScRKS/?lang=pt>

## **16. Equipe de Trabalho**

**Coordenador Responsável:** Prof. Dr. Emerson Fernando Rasera

**E-mail institucional:** [emersonrasera@ufu.br](mailto:emersonrasera@ufu.br)

**Endereço:** UFU, Campus Umuarama, IPUFU, bloco 2C, Sala 47

**Telefone:** (34) 3225-8516

**Unidade:** Instituto de Psicologia

**Subunidade:** Faculdade de Psicologia

**Categoria:** Magistério Superior, 1 e 2 graus

**Total de Horas de Atuação na Atividade:** 08 horas

**Atribuições:** Coordenação e Supervisão das Atividades

**Regime de Trabalho:** Dedicção Exclusiva

**Titulação Acadêmica:** Ensino Superior

**Área de Atuação:** Professor de 3º Grau

## **17. Sub-Coordenador:** Jander Vinícius Vieira

**E-mail institucional:** [jander.vieira@ufu.br](mailto:jander.vieira@ufu.br)

**Endereço:** UFU, Campus Umuarama, FAMED.

**Telefone:** (62) 99901-2883

**Unidade:** FAMED/UFU

**Subunidade:** Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (PPGSAF)

**Departamento:** Saúde Coletiva

**Total de Horas de Atuação na Atividade:** 30 horas

**Atribuições:** Planejar, preparar, desenvolver e avaliar as atividades do curso

## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE A**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “O Ensino da Enfermagem e o Atendimento Integral à Saúde da População LGBTQIA+”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof. Dr. Emerson Fernando Rases e Jander Vinícius Vieira, do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Nesta pesquisa nós estamos buscando compreender a perspectiva dos estudantes de Enfermagem sobre a formação para o atendimento integral à saúde da população LGBTQIA+. O Termo/Registro de Consentimento Livre e Esclarecido está sendo obtido pelo pesquisador Jander Vinícius Vieira, nas próprias instalações da FAMED/UFU ou por meio de plataformas virtuais de reunião, conforme for mais conveniente para os participantes, devendo seu preenchimento ocorrer antes da coleta de qualquer dado. Na sua participação, acontecerá uma sessão com grupo focal e/ou uma entrevista individual, presencial ou remota, conforme a disponibilidade do participante, que serão realizados no Campus onde ocorrem as aulas do Curso de Enfermagem. O pesquisador responsável atenderá as orientações das Resoluções nº 466/2012, Capítulo XI, Item XI.2: f e nº 510/2016, Capítulo VI, Art. 28: IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. É compromisso do pesquisador responsável a divulgação dos resultados da pesquisa, em formato acessível ao grupo ou população que foi pesquisada (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 3º, Inciso IV).

Você não terá nenhum gasto e nem ganho financeiro por participar na pesquisa. Havendo algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).

O roteiro das atividades será semiestruturado, com duração média de uma hora para o grupo focal e 45 minutos para a entrevista individual. Caso os encontros excedam 90 minutos de duração, os participantes receberão um lanche custeado pelo pesquisador. As atividades serão compostas por questões abertas pré-definidas que poderão ser expandidas pelo entrevistador, se esse julgar necessário. Os questionários e os tópicos que serão abordados serão entregues oportunamente pelo Pesquisador antes dos encontros, para que o participante consiga ler com atenção e compreender todo o conteúdo da pesquisa e assim decida por participar ou não da pesquisa. Durante a realização do grupo ou entrevista, você pode se sentir indisposto(a) e/ou desconfortável pelas perguntas feitas e pelo fato das atividades estarem sendo áudio e vídeo gravadas, porém o entrevistador se esforçará para promover um ambiente confortável e acolhedor e um clima de respeito, além de deixar claro que você pode desistir da participação em qualquer momento. Sendo assegurado o seu direito de responder ou não qualquer um dos questionamentos, sem necessidade de explicação ou justificativa. As entrevistas serão gravadas

em áudio e vídeo e depois transcritas. Após a transcrição das gravações para a pesquisa, todo o material será degravado, sendo mantido arquivado por período mínimo de 05 anos, e destruído depois disso.

Os riscos da pesquisa consistem em ocorrer a identificação dos participantes, ou vazamento de dados pessoais sensíveis em virtude da pesquisa envolver temas delicados como gênero e sexualidade. Mesmo que o uso do meio virtual seja feito de forma eventual serão adotadas as medidas mitigadoras necessárias para ambos os formatos, como: A não utilização no convite de listas que permitam a identificação dos convidados e nem a visualização dos seus dados de contato (e-mail, telefone, etc.) por terceiros, os convites terão apenas um remetente e um destinatário (podendo ainda ser enviado de forma oculta), sendo o convite a oportunidade de o participante receber as informações importantes antes da formalização do consentimento livre e esclarecido (que deverá ser feita pessoalmente, caso o convidado após esclarecimentos sinta vontade de seguir para a etapa em que será firmado o TCLE). O TCLE será usado como forma de o convidado dar ou não sua anuência para as demais etapas da pesquisa, caso seja necessária a inclusão do meio virtual na etapa de coleta de dados o participante será orientado a guardar uma cópia do documento eletrônico em seus arquivos pessoais, nesse formato também está garantido ao convidado o direito de responder ou não a qualquer um dos questionamentos propostos e inclusive se retirar da pesquisa sem necessidade de qualquer procedimento ou justificativa, mesmo quando houverem perguntas tidas como “obrigatórias”, além disso o participante terá direito de acesso ao teor do conteúdo do instrumento (tópicos que serão abordados) antes de responder às perguntas, para que haja uma decisão informada, sendo tais condições de consentimento obrigatórias para a continuidade das etapas subsequentes. E caso a equipe de pesquisa precise fazer uso do formato virtual nos convites, esse irá conter ainda link para endereço eletrônico ou texto com instruções de envio, dando ciência de que os participantes poderão sem qualquer motivo ou explicação, em qualquer momento retirar o consentimento para a utilização dos seus dados coletados. E os questionários, cuja identificação não for possível, serão excluídos de imediato da pesquisa. Lembrando que a priori esse convite será feito de forma física/presencial, bem como a apresentação de todas as informações, inerentes a pesquisa, necessárias para o esclarecimento dos participantes.

Em relação as fases seguintes serão tomadas medidas de segurança na transferência e no armazenamento dos dados, como: manuseio dos dados exclusivamente por um dos Pesquisadores, uso de uma conexão segura, armazenamento dos dados gerados será feito em dispositivo local ao invés do download com o uso de recursos virtuais como “nuvem” ou outras plataformas virtuais de armazenamento, será decisão do participante permitir ou não a divulgação das informações coletadas, e tal permissão deverá ser feita de forma expressa, quando ocorrer. Mas para minimizar esses riscos, serão utilizados nomes fictícios no trabalho. A equipe executora se compromete com o sigilo absoluto da identidade do entrevistado. Os benefícios da pesquisa serão contribuir para uma reflexão sobre a formação dos alunos de Enfermagem para o cuidado integral em saúde nas questões relativas à melhoria do atendimento à saúde da população LGBTQIA+ com base na formação adquirida no curso. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você, assinada

e rubricada pelos pesquisadores, mesmo quando o convite e contato inicial tiverem sido feitos pelo meio virtual.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com Emerson F. Raser, no telefone (34) 3225-8506 no endereço: Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Rua Maranhão, s/nº, Bairro Umuarama, Bloco 2C, sala 47 ou Jander Vinícius Vieira no telefone (34) 3218-2001, no endereço Av. Pará, 1720. Secretaria do PPGSAF/FAMED/UFU. Bairro Umuarama, Uberlândia-MG. Para obter orientações quanto aos direitos dos participantes de pesquisa acesse a cartilha no link: [https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/Cartilha\\_Direitos\\_Eticos\\_2020.pdf](https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/Cartilha_Direitos_Eticos_2020.pdf).

## **APÊNDICE B**

### **ROTEIRO DO GRUPO FOCAL**

Os grupos focais serão direcionados por questões disparadoras que darão um norte para as discussões, sem, contudo comprometer o protagonismo dos participantes, já que a proposta principal, desse momento de interação, é extrair o máximo possível de informações sobre a relação do acadêmico do curso de graduação em Enfermagem, nível de conforto, conhecimento prévio e habilidades para o atendimento integral em saúde das minorias sexuais bem como verificar a contribuição da formação acadêmica em andamento nesse processo. Os tópicos disparadores que irão nortear as discussões serão os seguintes

- Tópico I: Diversidade sexual - principais conceitos
- Tópico II: A formação em diversidade sexual na Enfermagem
- Tópico III: O atendimento à saúde da população LGBTQIA+
- Tópico IV: Vivências relativas à diversidade sexual no cotidiano institucional







**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família  
Av. Pará, 1720, Bloco 2U, Sala 08 - Bairro Umuarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902  
Telefone: (34) 3225-8604 - www.ppgsaf.famed.ufu.br - ppgsaf@famed.ufu.br



### ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

|                                    |                                                                                                              |                 |       |                       |       |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------|-----------------------|-------|
| Programa de Pós-Graduação em:      | Saúde da Família                                                                                             |                 |       |                       |       |
| Defesa de:                         | Dissertação de Mestrado Profissional nº 004/2024 do PPGSAF                                                   |                 |       |                       |       |
| Data:                              | 19 de dezembro de 2024                                                                                       | Hora de início: | 15:00 | Hora de encerramento: | 16:50 |
| Matrícula do Discente:             | 12222PSF007                                                                                                  |                 |       |                       |       |
| Nome do Discente:                  | Jander Vinicius Vieira                                                                                       |                 |       |                       |       |
| Título do Trabalho:                | O ensino de Enfermagem e o atendimento integral à saúde da população LGBTQIA+                                |                 |       |                       |       |
| Área de concentração:              | Saúde da Família                                                                                             |                 |       |                       |       |
| Linha de pesquisa:                 | Educação e Saúde: Tendências Contemporâneas da Educação, Competências e Estratégias de Formação Profissional |                 |       |                       |       |
| Projeto de Pesquisa de vinculação: | Diversidade sexual, saúde e formação profissional                                                            |                 |       |                       |       |

Reuniu-se na sala virtual do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Uberlândia, na Plataforma *Webconferência - MConf/RNP*, em conformidade com a Portaria nº 36, de 19 de março de 2020, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, em sessão pública, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, assim composta pelos Professores Doutores: Carla Denari Giuliani - FAMED/UFU, Helena Moraes Cortes (NFR/UFSC) e Emerson Fernando Rasera (IPUFU/UFU), orientador do candidato. A participação da Profa. Dra. Helena Moraes Cortes se deu por meio epistolar.

Iniciando os trabalhos, o presidente da mesa, Prof. Dr. Emerson Fernando Rasera, apresentou a Comissão Examinadora e o candidato, agradeceu a presença do público, e concedeu ao Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente efetuou a leitura da manifestação epistolar da Profa. Dra. Helena Moraes Cortes e logo após concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu os conceitos finais.

Em face do resultado obtido, a Banca Examinadora considerou o(a) candidato(a):

**Aprovado**

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Emerson Fernando Rasera, Professor(a) do Magistério Superior**, em 19/12/2024, às 16:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carla Denari Giuliani, Professor(a) do Magistério Superior**, em 19/12/2024, às 16:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://www.sei.ufu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **5981337** e o código CRC **80D60856**.