

Diversidade sexual e de gênero e estigmas sociais no SUS em relação às pessoas LGBTQIA+: observações no Rio de Janeiro

Sexual diversity and social stigmas in the SUS for the LGBTQIA+ community: observations from Rio de Janeiro

Alexandre Nascimento Santos¹, Luiz Carlos Fadel de Vaconcellos¹, Ernane Alexandre Pereira²

DOI: 10.1590/2358-28982023E19009P

RESUMO Esta pesquisa, resultado de dissertação de mestrado apresentada em 2022, buscou desvendar as representações sociais que acompanham a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, Queers, Intersexuais ou Intersexos, Assexuais e outros (LGBTQIA+) no ambiente hospitalar. O objetivo geral foi compreender a relação que se estabelece no atendimento à população LGBTQIA+ no ambiente hospitalar pelos profissionais do Sistema Único de Saúde. Para alcançar o objetivo geral, foram categorizados dois objetivos específicos: analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre a diversidade sexual e de gênero e identificar possíveis ações discriminatórias que geram violações de direitos de assistência à saúde da população LGBTQIA+ no ambiente hospitalar. Os procedimentos metodológicos incluíram entrevistas semiestruturadas e observação de campo em um hospital do subúrbio na cidade do Rio de Janeiro; e na análise metodológica, partiu-se da perspectiva sociointeracionista de Erving Goffman e do debate teórico-conceitual a partir do conceito de estigma do mesmo autor. Concluiu-se que a população LGBTQIA+ sofre preconceito no ambiente hospitalar devido à falta de capacitação dos profissionais da área da saúde e ao preconceito social desses mesmos profissionais.

PALAVRAS-CHAVE Hospitais. Minorias sexuais e de gênero. Estigma social. Sistema Único de Saúde. Promoção da saúde.

ABSTRACT *This research, the result of a master's thesis presented in 2022, sought to unravel the social representations that accompany the population of Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites, Transsexuals and Transgenders, Queers, Intersex, Asexuals and others (LGBTQIA+) in the hospital environment. The general objective was to understand the relationship that is established in the care of the LGBTQIA+ population in the hospital environment by SUS professionals. To achieve the general objective, two specific objectives were categorized: to analyze the perception of health professionals about sexual and gender diversity, and to identify possible discriminatory actions that generate violations of healthcare rights of the LGBTQIA+ population in the hospital environment. The methodological procedures included semi-structured interviews and field observation in a suburban hospital in the city of Rio de Janeiro, RJ and, in the methodological analysis, departed from the sociointeractionist perspective of Erving Goffman and the theoretical-conceptual debate based on the concept of stigma by the same author. It was concluded that the LGBTQIA+ population suffers prejudice in the hospital environment, given the lack of training of health professionals and social prejudice of those same professionals.*

KEYWORDS *Hospitals. Sexual and gender minorities. Social stigma. Unified Health System. Health promotion.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
alexandrenascy@yahoo.com

²Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos (SEDSODH) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

O Brasil carece de uma tradição cultural de respeito e valorização aos direitos humanos, visto que ainda existem grupos populacionais submetidos ao preconceito e à exclusão social.

Os direitos fundamentais aparecem, na verdade, na forma de privilégios para alguns grupos sociais enquanto para a maioria da população, há uma outra realidade, marcada por relações sociais injustas e violentas. Existe um exercício diferenciado da cidadania, vivenciado por todos os segmentos sociais no relacionamento cotidiano com aqueles que estão imbuídos de algum tipo de autoridade, desde os porteiros nos prédios das escolas, os seguranças dos *shopping centers*, os agentes de polícia, os guardas de trânsito, os funcionários de hospitais públicos etc., inclusive o grupo de pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, Queers, Intersexuais ou Intersexos, Assexuais e outros (LGBTQIA+).

Ao integrar a equipe de enfermagem por mais de 30 anos, dos quais 25 foram no Sistema Único de Saúde (SUS), o pesquisador principal acumulou experiência em diversas situações, tanto no papel de profissional quanto no de usuário hospitalizado do serviço de saúde. Durante esse período, ele pôde observar e ter ciência de inúmeros episódios de violações de Direitos Humanos da população LGBTQIA+.

A equipe multidisciplinar, composta por profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, nutricionistas, médicos e gestores, tem a finalidade de ofertar um ambiente acolhedor, qualificado, estando pronta à resolutividade das necessidades do usuário. No entanto, no processo em que o profissional de saúde atua diretamente com o paciente, ele exerce algum tipo de poder na relação, independentemente da forma e tipo de assistência prestados. Seja na admissão, na coleta de material para exames, na administração de medicamento, na avaliação de resultados, seja no acompanhamento do histórico da vida social dando suporte quando alguma carência é observada, entre outros, o profissional de saúde constrói

sua interpretação acerca do indivíduo paciente que ele está atendendo.

É nesse contexto que se buscam desvendar, a partir de Erving Goffman, os estigmas que são construídos para a população LGBTQIA+. Para Goffman¹⁽⁵⁾, “os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que têm probabilidade de serem neles encontradas”. Entretanto, quando um “estranho” é apresentado, os primeiros aspectos permitem prever a sua categoria e os seus atributos, “a sua identidade social”¹⁽⁵⁾. As pessoas são percebidas e idealizadas (positiva ou negativamente) a partir de perspectivas normativas. Entretanto, o que é o normal? O normal depende do lugar que um indivíduo ocupa no estrato social.

Destarte, em uma sociedade como a brasileira, que é homofóbica e transfóbica², há uma identidade social da população LGBTQIA+ que torna este trabalho angustiante e desafiador. Alguns colegas profissionais de saúde constroem suas narrativas sobre esses indivíduos por meio de estigmas, com argumentos de desconhecimentos da temática, ou até mesmo deixando clara a intencionalidade da ação discriminatória, considerando que o padrão aceitável é o de heteronormatividade. Assim, um paciente é punido nas mais diversas situações que fogem à regra normativa imposta pela sociedade de forma compulsória, já que o paciente hospitalizado não tem como reagir.

O presente artigo aborda os resultados obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com profissionais de saúde de um hospital público municipal situado na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro. Utilizando o método de entrevistas como ferramenta primária para a coleta de dados, este estudo se aprofunda nas nuances das interações entre profissionais de saúde e pacientes, especialmente enfocando a comunidade LGBTQIA+. O referencial teórico fornecido por Erving Goffman, cuja obra se destaca no campo da sociologia pelo exame detalhado das interações sociais e pela introdução do conceito de estigma^{1,3} é central para análise e interpretação dos dados coletados.

Erving Goffman, em seus estudos, explora como as identidades sociais são construídas e percebidas em contextos interacionais. De acordo com Goffman^{1,3}, o estigma é um atributo, comportamento ou reputação que pode ser usado para descreditar um indivíduo aos olhos da sociedade. No contexto das interações no sistema de saúde, esse conceito se torna crucial para entender como preconceitos e falta de qualificação dos profissionais de saúde podem afetar negativamente a qualidade do atendimento prestado à população LGBTQIA+, potencialmente perpetuando a discriminação e o estigma.

As perguntas norteadoras deste estudo indagam especificamente sobre o impacto da falta de qualificação e do preconceito dos profissionais no atendimento à população LGBTQIA+ no SUS, questionando como esses fatores podem alterar a relação saúde-doença. Além disso, procura-se compreender em que medida as reações discriminatórias por parte dos profissionais do SUS podem diminuir as oportunidades para a promoção da saúde da comunidade LGBTQIA+. O método de Goffman, ao trazer o conceito de estigma para o centro da análise, oferece um arcabouço teórico valioso para interpretar as interações sociais no contexto hospitalar, permitindo uma compreensão mais profunda dos desafios enfrentados por pacientes LGBTQIA+ no sistema de saúde.

Como objetivo geral deste trabalho, definiu-se compreender a relação que se estabelece no atendimento à população LGBTQIA+ no ambiente hospitalar pelos profissionais do SUS. Para alcançar o objetivo geral, categorizaram-se dois objetivos específicos: analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre a diversidade sexual e de gênero e identificar possíveis ações discriminatórias que geram violações de direitos de assistência à saúde da população LGBTQIA+ no ambiente hospitalar.

Esta pesquisa justifica-se pela capacidade de potencializar o debate em torno das questões sociais que despontam na sociedade. Há uma demanda real em relação à desigualdade

no tratamento da população LGBTQIA+⁴⁻⁹. É perceptível cotidianamente que alguns profissionais de saúde, assim como os administrativos e o pessoal de apoio que compõem a assistência no SUS, ainda acreditam que a população LGBTQIA+ é a causadora do surgimento de várias doenças, principalmente por via sexual e transtornos mentais. Essa estigmatização fere o princípio de isonomia no atendimento hospitalar e gera desconforto por parte dessa população em não recorrer ao SUS para tratamento de doenças.

Assim, princípios fundamentais do SUS são totalmente desrespeitados, em que não se tem equidade, não se tem igualdade nos atendimentos, inclusive com o usuário hospitalizado. Nesse sentido, mesmo o paciente estando inserido em ambiente hospitalar, os profissionais não estão preparados para o seu recebimento. Desde o momento em que chegam ao setor de internação até o instante em que são acomodados em suas unidades, os pacientes trans enfrentam situações de desrespeito e constrangimento. No entanto, é essa população que se mostra especialmente vulnerável às violações de direitos, que incluem negação do uso do nome social, preconceitos durante o atendimento e o tratamento – observando-se, por exemplo, uma atenção reduzida dos enfermeiros para com esses pacientes –, alocação em enfermarias baseadas no sexo biológico em vez da identidade de gênero, entre outras questões⁷.

O espaço hospitalar pode representar uma situação adversa ao usuário: medo, insegurança, dúvidas, entre outros sentimentos. A jornada do usuário ou do paciente na busca por assistência médica devido a alguma enfermidade é, por si só, marcada por desconforto físico e, muitas vezes, por enfrentamento da estigmatização associada à sua identidade social. Ao se submeterem a tratamentos ou cirurgias, os indivíduos enfrentam mudanças em suas rotinas diárias. Em meio a essas adversidades, a expectativa por um ambiente de atendimento humanizado e acolhedor frequentemente não é atendida. A falta de

empatia e de sensibilidade por parte dos profissionais envolvidos na terapia, bem como a negligência em relação às especificidades de cada paciente, especialmente aqueles pertencentes à comunidade LGBTQIA+, sublinha um desafio crítico. Tal situação aponta para uma lacuna significativa na eficácia da Educação Permanente em Saúde, evidenciando a necessidade de revisão e aprimoramento nas práticas de atendimento, para assegurar que os cuidados sejam verdadeiramente inclusivos e respeitosos das diversas identidades sociais.

Assim sendo, este artigo ambientará o trabalho de campo, discutirá os aspectos metodológicos e apresentará os dados do processo empírico e análise. Está última tem por intuito discutir as contradições na fala dos sujeitos participantes.

Material e métodos

O direcionamento metodológico aqui adotado foi o da interpretação dos discursos de natureza qualitativa sobre diversidade sexual e atenção à saúde da população LGBTQIA+, envolvendo a fala dos profissionais de saúde entrevistados que atuam no ambiente hospitalar. O método foi escolhido por se adaptar aos objetivos da pesquisa e ao arcabouço teórico conceitual baseado em Goffman^{1,3}. Como esse próprio autor propõe, os fenômenos sociais se manifestam nas relações entre indivíduos, em encontros sociais que representam, em sua essência interacional, as estruturas sociais, culturais e políticas da sociedade à qual os interlocutores pertencem. Dessa forma, a metodologia possibilita adentrar no processo analítico, ideológico e perceptivo dos componentes do discurso enunciado nas entrevistas, bem como os aspectos compreensivos e críticos sobre uma dada realidade social, aqui, o hospital^{1,3}.

Para Minayo¹⁰, a natureza do método qualitativo reside na capacidade de assimilação do significado e da intencionalidade como condição inseparável e intrínseca “aos atos,

as relações e as estruturas sociais”¹⁰⁽⁴²⁾, compreendendo tanto as relações quanto as estruturas sociais como processos dinâmicos históricos e contextuais produtores de “construções humanas significativas”¹⁰⁽⁴²⁾, superando aspectos puramente positivistas, sem prescindir-los, na busca de associar o rigor científico com os complexos achados na realidade do campo subjetivo e objetivo. Valores, crenças, representações, contexto sócio-histórico precisam ser incorporados às análises qualitativas, sem perder de vista a complexa compreensão sociológica de que o pesquisador é da mesma natureza do seu objeto. Minayo¹⁰ também chama atenção para outro aspecto inerente à pesquisa social, esteja ela ou não no campo da saúde: o fato de que ela é intrinsecamente e extrinsecamente ideológica. Desde a escolha do objeto até os resultados e as análises, as questões de subjetividades permeiam toda a construção de um estudo, baseadas em interesses e visões de mundo historicamente construídas.

Para moderar a ‘contaminação’ dessas subjetividades na compreensão crítica da realidade e para evitar vieses nas inferências dos resultados, a autora coloca a objetivação como condição imprescindível para uma boa análise qualitativa, utilizando, para isso, referencial teórico e metodológico eficaz e coerente. Segundo Minayo,

cabe ao pesquisador usar um acurado instrumental teórico e metodológico que o munície na aproximação e na construção da realidade, ao mesmo tempo, que mantém a crítica não só sobre as condições de compreensão do objeto como de seus próprios procedimentos¹⁰⁽⁴²⁾.

Dentro da abordagem qualitativa como uma das diversas técnicas capazes de dar conta da compreensão crítica da realidade, encontra-se a Interpretação Crítica Sociointeracionista^{1,3}. Dessa forma, as entrevistas aqui apresentadas serão interpretadas a partir do referencial teórico posto e da experiência no ambiente hospitalar. Essa proposta visa possibilitar a

compreensão dos sentidos das falas narradas, procurando decifrar o conteúdo ideológico que sustenta os discursos.

A escolha estratégica de conduzir cinco entrevistas detalhadas com profissionais de saúde no ambiente hospitalar, no contexto do SUS, visa alcançar uma profundidade analítica que responda de maneira significativa às questões propostas pela investigação. A inserção no espaço hospitalar, um local de interações complexas e frequentemente carregadas de significados implícitos, oferece um cenário rico para examinar como se dão a comunicação e o comportamento em relação à população LGBTQIA+.

A incorporação das teorias de Erving Goffman, especificamente suas ideias sobre estigmas e a interação social, serve como um alicerce teórico para interpretar os dados coletados. Goffman^{1,3} explorou a maneira pela qual os indivíduos gerenciam suas ‘identidades sociais’ em diferentes contextos e como os estigmas podem afetar profundamente essas interações. Ao aplicar o conceito de estigma de Goffman à análise das entrevistas, o objetivo foi desvendar as camadas de significado em torno de atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde em relação aos pacientes LGBTQIA+.

Esse diálogo entre as respostas obtidas nas entrevistas e o debate teórico sobre estigmas permite identificar como o estigma é reproduzido e manifestado no ambiente hospitalar. Ao evidenciar essa interseção, procurou-se compreender não apenas os modos explícitos por meio dos quais o estigma se apresenta, mas também as sutilezas e nuances que caracterizam a interação entre profissionais de saúde e pacientes LGBTQIA+.

A análise busca, portanto, iluminar as ‘frestas’ pelas quais a reprodução do estigma na saúde se faz presente, examinando tanto as ações intencionais quanto as inconscientes. Ao fazer isso, espera-se não apenas contribuir para o debate acadêmico sobre a estigmatização e suas consequências no cuidado à saúde da população LGBTQIA+, mas também oferecer

insights práticos para promover mudanças positivas nas práticas hospitalares. Essa abordagem dual permite confrontar os preconceitos, promovendo um ambiente de cuidado mais inclusivo e respeitoso, alinhado aos princípios de equidade e justiça social no acesso à saúde. Apesar da tentativa de desempenho de um papel tolerante, muitos profissionais mostram a face de sua discriminação em pequenas frases ou palavras. Goffman³⁽²⁵⁾ afirma que

Quando um indivíduo desempenha um papel, implicitamente, solicita de seus observadores que levem a sério a impressão sustentada perante eles. Pede-lhes para acreditarem que o personagem que veem no momento possui os atributos que aparenta possuir, que o papel que representa terá as consequências implicitamente pretendidas por ele e que, de um modo geral, as coisas são o que parecem ser. Concordando com isso, há o ponto de vista popular de que o indivíduo faz sua representação e dá seu espetáculo ‘para benefício de outros’.

Ao pensar no estigma e na sua construção social, a metodologia sociointeracionista de Goffman parte das análises da vida cotidiana. O autor procura entender como o indivíduo e/ou os grupos se apresentam em situação do dia a dia. Diante da proposição de uma pesquisa empírica no espaço-tempo de dois anos e de não haver tempo disponível para fazer uma busca sistemática do dia a dia de um hospital e seu atendimento à população LGBTQIA+, e por direcionar no atendimento de ambiente hospitalar, enfocaram-se os esforços em analisar os discursos a partir do momento da entrevista. Buscou-se compreender como se expressa o entrevistado dirigindo e regulando as impressões sobre si quando as interações ocorrem. As interações aqui analisadas foram as que os entrevistados relataram nas entrevistas, como exemplos de como lidam com um atendimento de um usuário/paciente LGBTQIA+. A interação social para Goffman é uma forma de coconstrução de significados, assim, buscou-se entender, por meio das

entrevistas, os significados construídos entre o profissional de saúde (heterossexual) – o normal – e o usuário/paciente LGBTQIA+ – o estigmatizado.

Goffman parte do princípio de que um indivíduo desempenha um papel ao discursar e que esse papel é para benefício do espectador – nesse caso, o entrevistador³. Nesse papel social, há o ator social sincero e o cínico. O sincero é aquele compenetrado inteiramente em sua exposição discursiva, está convencido de que a impressão de realidade que encena é a verdadeira realidade. Já o ator social cínico é aquele que não está compenetrado em sua própria narrativa, ele não crê na sua própria atuação, há um descompromisso. Buscou-se identificar nas entrevistas os atores sinceros e os cínicos, pois, para Goffman, os conceitos de ator sincero e ator cínico são utilizados como operadores analíticos para entender as estratégias de comunicação e as representações de papéis sociais.

A metodologia de Goffman pode ser aplicada no estudo de caso aqui exposto, pois todos os atores sociais envolvidos – os entrevistados – atuam no mesmo hospital. Assim, configurou-se o hospital como o cenário de atuação desses profissionais de saúde, buscando perceber de que modo os indivíduos são influenciados em suas ações pelas representações que assumem nas falas. Acredita-se, como o autor, que o comportamento humano possui significados diferentes em contextos diferentes e que é possível relacioná-los a um contexto social mais amplo³.

Na abordagem direta da pesquisa, é importante esclarecer como foram realizadas as abordagens. Para participação no estudo, foi utilizado como critério principal de seleção dos participantes ser indivíduo maior de 18 anos, atuar no ambiente hospitalar e aceitar participar da pesquisa. Foi realizada uma sondagem inicial de modo a identificar os possíveis participantes. O pesquisador já atuava em ambiente hospitalar e, dessa forma, já possuía relacionamento com possíveis participantes da pesquisa.

Iniciou-se o processo identificando potenciais participantes por meio de conversas informais nos corredores do hospital, explorando o interesse de indivíduos em contribuir para uma pesquisa enfocada em aprimorar a qualidade do atendimento à população LGBTQIA+. Após essa sondagem inicial e a seleção dos participantes, iniciaram-se as abordagens formais para a pesquisa. Esta consistiu em identificação do pesquisador, modo como conseguiu o contato da pessoa contatada (no caso de indicação de terceiros), explicação sobre a pesquisa e convite para ceder uma entrevista sobre a vivência/experiência no tema tratado.

Tomou-se o cuidado de salientar que a entrevista teria o objetivo de obter informações gerais sobre o tema, que se manteria o anonimato, que o contatado teria total autonomia para participar ou não da pesquisa e, caso viesse a aceitar, ela seria realizada em data e local mais convenientes ao participante.

Também foram entregues aos participantes os contatos telefônico e de *e-mail* do pesquisador caso surgissem dúvidas sobre a pesquisa ou houvesse necessidade de remarcar ou cancelar a entrevista. Todas as informações necessárias estão presentes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) entregue antes da realização da entrevista. Salienta-se que as identidades dos participantes foram preservadas.

Na condução da pesquisa, foi essencial avaliar os riscos e os benefícios envolvidos, especialmente por se tratar de um estudo que inclui entrevistas. Um dos riscos identificados é o potencial desconforto que alguns participantes poderiam sentir ao responder a certas perguntas. Para mitigar esses riscos e garantir a confidencialidade e a privacidade das informações coletadas, assegurou-se que as perguntas formuladas não exigissem a identificação dos participantes. Além disso, destacam-se os benefícios significativos que a pesquisa pode trazer tanto para os participantes quanto para a sociedade. Espera-se que o estudo contribua para uma discussão enriquecedora sobre as experiências de usuários/pacientes

LGBTQIA+ no acesso aos serviços hospitalares e de saúde, além de promover uma melhor preparação dos profissionais de saúde para atender adequadamente a essa população.

No que tange às entrevistas e à coleta de dados, fundamentou-se em Triviños¹¹ e Manzini¹². Toda pesquisa que envolve entrevistas depara-se com questões metodológicas sobre como fazê-las. Nesse sentido, alguns autores, acerca da entrevista semiestruturada, pontuam a formulação de perguntas que seriam básicas para o tema a ser investigado^{11,12}. Além disso, é importante para esses autores definir o que é uma entrevista semiestruturada. Triviños¹¹ e Manzini¹³ vêm buscando definir e caracterizar o que vem a ser uma entrevista semiestruturada. Para Triviños¹¹⁽¹⁴⁶⁻¹⁵²⁾,

[...] a entrevista semiestruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos dariam frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes. O foco principal seria colocado pelo investigador-entrevistador. [...] A entrevista semiestruturada favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações.

Para Manzini¹³⁽¹⁵⁴⁾,

[...] a entrevista semiestruturada está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não

estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

Os dois autores se referem à necessidade de perguntas básicas e principais para atingir o objetivo da pesquisa que está sendo realizada. Manzini¹² salienta que é possível um planejamento da coleta de informações por meio da elaboração de um roteiro com perguntas que atinjam os objetivos pretendidos. O roteiro serviria, então, além de coletar as informações básicas, como um meio para o pesquisador se organizar para o processo de interação com o informante. Na apresentação dos resultados, ficarão explícitas as perguntas realizadas aos participantes da pesquisa.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Ensp/Fiocruz (Parecer nº 5.579.831) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS-Rio (Parecer nº 5.640.125).

Resultados e discussão

Minayo¹⁰ considera que a linguagem não traz a experiência pura, pois vem organizada pelo sujeito por meio da reflexão e da interpretação em um movimento em que o narrado e o vivido por si estão entranhados na e pela cultura, precedendo à narrativa e ao narrador. Assim sendo, o exercício de compreensão e interpretação dos relatos nos contextos em que se apresentam requer ética e clareza do pesquisador ao contextualizar os fatos. Os dados serão apresentados de modo a ficarem claras para o leitor as informações. Para apresentar os sujeitos participantes da pesquisa, considera-se o *quadro 1*.

Quadro 1. Perfil dos entrevistados

	Função Cargo	Tempo de Trabalho	Tempo de Formação	Religião
Pessoa 1	Técnica de Enfermagem	21	30	Não tem
Pessoa 2	Enfermeira	21	32	Católica
Pessoa 3	Técnica de Enfermagem	7	17	Católica
Pessoa 4	Auxiliar de Enfermagem	35	aprox. 40	Católica
Pessoa 5	Enfermeira	36	Não Respondeu	Católica

Fonte: elaboração própria, 2022.

No *quadro 1*, é possível considerar que os entrevistados que se dispuseram a participar desta pesquisa são, em sua totalidade, pessoas do sexo feminino, majoritariamente, com mais de 20 anos de atuação. Das cinco entrevistadas, quatro professam o cristianismo católico como sua religião. Das cinco participantes, apenas uma não respondeu seu tempo de formação, mas pelo tempo de trabalho, deduz-se que a

maioria possui mais de 30 anos de formação na área de atuação.

Referente às questões sobre a importância da função dos participantes no atendimento hospitalar, e, se eles acreditam estar realizando um bom trabalho (e o porquê), configurou-se o *quadro 2* para contribuir para o processo de interpretação.

Quadro 2. Papel da função e atuação profissional

Participante	Qual é a importância da sua função no atendimento hospitalar	Você acredita estar fazendo um bom trabalho? Por quê?
Pessoa 1	A minha atribuição é 'cuidar' da assistência, não só física, como psicológica também, atendendo a necessidade do usuário.	Sim, sempre acreditei. Porque é o que eu gosto de fazer, é a profissão que eu escolhi e aqui eu atuo como técnica de enfermagem, mas também sou uma enfermeira formada.
Pessoa 2	É a liderança da equipe e planejamento da assistência do paciente, provisão de material pra algum plantão, assistência direta ao paciente, o cliente, dependendo o usuário do SUS, que tem várias nomenclaturas.	Eu acho que poderia ser melhor até por conta, como eu vou dizer, do sistema que a prefeitura impõe a gente. O governo de modo geral, o SUS, tem falta de material, material de péssima qualidade, às vezes pouco profissional pra demanda de trabalho do grupo e a solicitação da clientela que é muita e a gente não tem como retribuir, às vezes, a essa demanda. Isso me deixa frustrada, deixa a gente muito frustrada às vezes.
Pessoa 3	Bem, a função maior na enfermagem é o 'cuidado'. A gente tem essa função, e assim, eu acho que todo profissional deveria ter. Da enfermagem, a gente tem isso em mente, o 'cuidado', a atenção com o paciente. O nosso principal objetivo, na nossa profissão, é o 'cuidar' mesmo é o 'cuidar' de uma forma geral.	Sim, acredito que sim. Porque o paciente pra mim, eu vejo ele como um todo, eu tenho empatia por ele. Eu me imagino como se eu estivesse na posição dele. Então, eu tento fazer a melhor forma possível, sendo atenciosa, observando os sinais, ouvindo ele. Eu acho que uma das coisas mais importantes que a gente precisa é ouvir o paciente. E fazer tudo o que a gente faz com amor pra cuidar do outro. Pra cuidar do ser humano, a gente tem que ter amor no que a gente faz. Eu não vou dizer nem amor ao ser humano, mas se você tem amor ao que você faz, você cuida e cuida bem.

Quadro 2. Papel da função e atuação profissional

Participante	Qual é a importância da sua função no atendimento hospitalar	Você acredita estar fazendo um bom trabalho? Por quê?
Pessoa 4	A minha função é de 'cuidar' do doente, da melhor forma. Salvar vidas, se estiver em risco.	Acredito que sim. Estou ajudando alguém e sendo ajudada também, exercendo minha humanidade ao me colocar no lugar dos outros muitas vezes. Isso é muito importante. Agir assim implica em considerar que amanhã pode ser você naquela situação, ou um parente seu, ou um amigo. É essencial trabalhar com essa perspectiva
Pessoa 5	É 'cuidar' dos pacientes com dignidade, da melhor forma possível, enfim.	Sim. Porque a finalidade da minha profissão é fazer um bom trabalho, com qualidade, assistência, com qualidade, no modo geral. Reinquirição do pesquisador: Mas você acredita estar fazendo um bom trabalho? Resposta: Sempre fiz, vou continuar fazendo até o final, se Deus quiser

Fonte: elaboração própria, 2022.

Todas as participantes, exceto a pessoa 2, independentemente da sua função, usaram o termo 'cuidar' ao responder sobre a importância da sua função no ambiente hospitalar. Isso demonstra que as profissionais de saúde estão cientes da sua importância no contexto médico, das suas atribuições no ambiente hospitalar. Quando questionado se acreditam estar fazendo um bom trabalho, todas afirmaram que sim. Apenas a pessoa 2 ressaltou as frustrações do ambiente de trabalho:

[...] o SUS, tem falta de material, material de péssima qualidade, às vezes pouco profissional pra demanda de trabalho do grupo e a solicitação da clientela que é muita e a gente não tem como

retribuir, às vezes, a essa demanda. Isso me deixa frustrada, deixa a gente muito frustrada às vezes.

Parece que essa pessoa, como afirma Goffman, é uma atriz sincera. Ela não naturalizou os problemas nem romantizou sua atuação no ambiente hospitalar. Ela salientou que as questões referentes ao ambiente de trabalho a impedem de fazer um trabalho melhor.

No que tange à questão do excepcional, do diverso, questionaram-se as cinco participantes se, na experiência delas, existem grupos populacionais que passem por dificuldades no tratamento hospitalar? Se sim, qual grupo e por quê? Se não, por quê? No quadro 3, estão listadas suas respostas.

Quadro 3. A primeira impressão

Participantes	Na sua experiência, existem grupos populacionais que passem por dificuldades no tratamento hospitalar? Se sim, qual grupo e por quê? Se não, por quê?
Pessoa 1	Infelizmente sim, a gente sabe que isso existe. É o quê que acontece, né, a gente ainda tá, em relação a muitas, mitos, crença e até respeito ao próximo, a gente e às vezes quer selecionar a assistência. Uns exemplos que eu tenho, é que a gente tem que ter o cliente como um todo, a gente não pode ver religião, raça ou que ele fez ou deixou de fazer. A nossa função aqui é dar assistência. Mas a gente sabe que se vier aqui, aos nossos cuidados um paciente que matou ou estuprou alguma criança ou alguma coisa, o atendimento não vai ser o mesmo como de uma pessoa qualquer, né?! No momento só essas.

Quadro 3. A primeira impressão

Participantes	Na sua experiência, existem grupos populacionais que passem por dificuldades no tratamento hospitalar? Se sim, qual grupo e por quê? Se não, por quê?
Pessoa 2	Eu acho que tem por conta da própria dificuldade de chegar aqui no hospital, pela demora do atendimento do SUS, digamos assim. Pelo sistema de regulação, eu acho que prejudica muito o tratamento do cliente, que demora pra chegar no ponto final que é o atendimento hospitalar. Foi essa pergunta? Eu acho que sim, foi mais ou menos isso? Acho as pessoas mais pobres, com pouco 'conhecimento'. Digamos assim, tem mais dificuldade de chegar até por conta do esclarecimento de algumas situações, o médico fala, não entende, a gente fala não entende.
Pessoa 3	Sim, acredito que sim. Pela falta... o principal problema da realidade da nossa vida, dentro da instituição de saúde, de uma forma geral, é a 'falta de conhecimento'. Muitas das vezes é a falta de conhecimento mesmo, a reciclagem, o conhecimento, da evolução. A gente está evoluindo, as pessoas hoje em dia têm formas de pensar, formas de agir. E assim, a falta de conhecimento faz, às vezes, a gente errar, pecar em alguns procedimentos, em alguns comportamentos. E as vezes não é nem bom para os pacientes. Para determinados pacientes afeta a parte psicológica, ainda mais se ele estiver debilitado, dependendo da gente, às vezes atrapalha até na evolução, na melhora da parte da saúde mesmo desse paciente.
Pessoa 4	Tem, porque tem muita gente racista ainda. Tem muita gente que olha pra você, e acha que você é cozinheira, é a faxineira, não te trata como ser humano, desfaz sim, são poucos, mas tem.
Pessoa 5	Sim, todos os dias a gente vê esse tipo de situação. É principalmente as pessoas a nível ambulatorial que a gente vê a dificuldade assistencial, a dificuldade de alcançar um tratamento adequado, digno infelizmente a gente vê acabando vários serviços que são extremamente essenciais para os pacientes, enfim, isso é diário.

Fonte: elaboração própria, 2022.

Referente aos grupos populacionais que possam sofrer alguma dificuldade no ambiente hospitalar, as participantes afirmaram que há. Entretanto, o grupo em si, lembrado, foram os mais pobres e negros. Os preconceitos de classe e de raça foram os lembrados, isso demonstra que o recorte de classe e raça está

mais presente no cotidiano desses sujeitos, fazendo com que elas se identifiquem mais com a sua realidade cotidiana.

Contudo, ao direcionar a sua atenção à população LGBTQIA+, as respostas mudaram, como pode-se observar no *quadro 4*.

Quadro 4. Identificação da população LGBTQIA+ e preparo do profissional de saúde

Participantes	Suas atividades de trabalho incluem atendimento a pacientes da população LGBTQIA+? Como você identificou que tal paciente pertence a essa população?	Como você se sentiu atendendo a esse ou esses pacientes? (questionar se esse profissional estava preparado, se foi um atendimento 'fácil' ou 'difícil')
Pessoa 1	<p>A gente, 'aqui nessa unidade, a gente dá assistência para esse tipo de população e a gente tem unidade aqui de doença infectocontagiosa, né, que é a DIP e é comum a gente ter esse tipo de pessoas, né?' Essa população aqui, né! O índice é muito grande, o grupo de gays, né! E o que acontece? O atendimento, eu, eu como profissional atendo ele como outra pessoa qualquer, entendeu?! Respeitando e cuidando.</p> <p>Reinquirição. Mas como você identifica que essa pessoa faça parte dessa população? R: 'Hoje é muito fácil identificar esse tipo de pessoas', porque hoje, 'com o liberalismo né?!' e com o respeito que a gente tem que ter a eles, ele já vem com o 'nome fantasia', eles já se identificam, e aí no falar, no andar, você começa observar algo diferente, a gente né, dá pra perceber bem, 'quando eles não falam, visivelmente dá pra perceber que tem algo diferente'.</p>	<p>Ainda tem muito tabu em relação a isso, né? 'É uma coisa nova', eles cada vez mais se impondo, tendo um lugar na sociedade, e o que acontece? Eu vou contar minha experiência recente, eu estava numa clínica cirúrgica e dos pacientes, um dos clientes, tava numa enfermaria feminina, e um dos clientes, quando eu fui ver, fui dar assistência, percebi que tinha algo diferente, 'porque assim, nunca vão ser 100% uma mulher', sempre vai ter alguma coisa, alguma característica do sexo deles de nascença, entendeu?! E o que acontece, eu fui dar um bom dia, fui falar com essa pessoa, essa pessoa me respondeu, e ali pela voz, eu vi também que não era, né?! E mesmo assim, ele estava com o nome social e nesta unidade, 'ele estava numa enfermaria feminina porque é direito, é lei'. Mas tratei normalmente, como outro cliente qualquer. De imediato, por mais que você não queira discriminar ou tratar como um todo, mas tem uma certa diferença. 'Você percebe que o teu olhar para aquela pessoa é diferente', não o cuidado, o cuidado vai ser o mesmo, se você tiver que dar assistência você vai dar, mas tem uma diferença. Eu não tô sabendo me expressar aqui, mas você vê que tem algo diferente. 'O quê que aquela pessoa tá fazendo ali numa enfermaria feminina, já que a genitália dessa pessoa, desse paciente que eu tô me referindo era masculina'. Porque eu preparei esse paciente para o centro cirúrgico, então eu acabei vendo, um rosto feminino, com órgão masculino, com a fala tentando ser feminina, mas tem algo masculino. E assim, o impacto, você olha assim, é um impacto muito grande.</p> <p>Reinquirição: Mediante tudo isso, você se sentiu preparada para aquele atendimento? R: Não, você se acostuma com o atendimento. Eu preciso dar o atendimento e eu vou atender aquela pessoa que está ali, mas assim, a gente não tá preparada para atender esse tipo de pessoas.</p>
Pessoa 2	<p>Atende, a gente atende. Até porque o serviço e público, a gente observa às vezes. Porque no setor em que eu trabalho atualmente a clientela é feminina, a gente percebe pela postura da pessoa, a roupa que usa, às vezes a gente percebe que é diferente da maioria, é isso.</p>	<p>Foi um atendimento, na sua opinião, fácil ou difícil? R: Se tornou fácil, porque a gente com a nossa experiência, a gente vê o paciente como um todo, mas no primeiro momento, difícil.</p> <p>Não. Difícil não foi. Eu trato normal, dá aquela distância que a gente sempre dá do profissional paciente, tratando com respeito, porque cada paciente tem uma, como eu posso dizer, está me fugindo o termo, uma especificidade. Não, uma característica diferente, digamos assim. E a gente vai tentando chegar próximo ao paciente de acordo com a característica de cada um, né?! Uma dificuldade de modo geral não, até por conta dos anos de experiência que eu tenho, já me facilita essa aproximação com o cliente.</p>
Pessoa 3	<p>Sim, já atendemos sim. E a gente identifica muitas das vezes pelo nome social e dependendo da situação do paciente, se ele tiver um tempo com você, se ele se sentir à vontade com você, as vezes ele passa pra gente a sua situação, a vida dele. A gente atende sim, já atendi vários pacientes.</p>	<p>Então muitas das vezes eu me peguei, assim, sem saber como me comportar, como, por incrível que pareça a gente está lidando o tempo inteiro com pessoas, com as doenças, com as molestas, mas a gente acaba, 'o preconceito é uma coisa que (às vezes) está dentro da gente, e mesmo que você não queira passar, você acaba tratando ou não sabendo a forma certa de lidar por falta de conhecimento', esclarecimento mesmo, entendeu?</p> <p>Reinquirição: P: Não se sentiu preparada, não foi fácil? R: Não, não. Não me senti preparada, eu acho que a questão do preconceito, mesmo a gente que é profissional de saúde, que lida com várias pessoas, vários comportamentos, a gente não está preparado. Eu não me senti preparada no atendimento em alguns casos que chegaram até mim, não.</p>
Pessoa 4	<p>Alguns nomes nunca ouvir falar não, eu já cuidei de pessoas na DIP, a gente cuida das pessoas, cuida do ser humano, não importa o que seja. Você tem que tratar bem as pessoas e com carinho, porque muitas vezes as pessoas têm problemas e não é nem aquilo e imaginam muitas coisas.</p>	<p>Normal, porque é um ser humano, você tem que tratar eles normais. 'Não ter escrúpulos nenhum, como eu não tenho'.</p> <p>Foi fácil, porque as pessoas, como eu já falei, você tem que cuidar da pessoa pensando no amanhã: se fosse uma pessoa da sua família, se fosse um amigo ia tratar mal? Não. Por que então vai tratar a outra pessoa mal? Eu penso assim.</p>

Quadro 4. Identificação da população LGBTQIA+ e preparo do profissional de saúde

Participantes	Suas atividades de trabalho incluem atendimento a pacientes da população LGBTQIA+? Como você identificou que tal paciente pertence a essa população?	Como você se sentiu atendendo a esse ou esses pacientes? (questionar se esse profissional estava preparado, se foi um atendimento 'fácil' ou 'difícil')
Pessoa 5	É, em especial trabalhando com os pacientes na DIP, sem nenhum problema, sempre tive um bom relacionamento e a identificação sempre com muito respeito e nunca tive nenhum problema. Normalmente, 98% deles falam pra gente, se estiver num setor específico, eles falam sempre.	Normal, tentando ouvir sempre as questões sociais, quando eles têm, quando eles se sentem livres pra falar... ouvir e tratar da melhor forma possível, conversando, apoiando, aconselhando, enfim. Eu me identifiquei muito, achei muito legal. Profissionalmente, dá pra atuar diretamente, e até no fator psicológico a gente tem grande influência, quando se adequa a esse tipo de paciente.

Fonte: elaboração própria, 2022.

De acordo com o *quadro 4*, pessoa 1, reconhecem-se nesse trecho a complexidade e as nuances dos preconceitos internalizados e dos estigmas sociais que persistem entre profissionais de saúde em relação à população LGBTQIA+ mesmo em contextos nos quais a ética profissional exige respeito e igualdade de tratamento. O uso da expressão 'nome fantasia' pela entrevistada para se referir à identidade de uma mulher trans ilustra uma falta de reconhecimento da legitimidade da identidade de gênero da paciente, refletindo uma desconexão entre as práticas esperadas de respeito e inclusão e as atitudes pessoais da enfermeira.

Além disso, a admissão da entrevistada de que o respeito à população LGBTQIA+ é visto como uma obrigação profissional, e não necessariamente como uma convicção pessoal, destaca um desafio importante na promoção da igualdade no atendimento à saúde. Isso sugere que, embora as políticas e os treinamentos possam instruir os profissionais sobre a importância do respeito por todos os pacientes, incluindo aqueles da comunidade LGBTQIA+, a mudança efetiva de atitudes pode requerer um esforço mais profundo de conscientização e de desconstrução de preconceitos.

A constatação de que o tratamento diferenciado é percebido até mesmo por aqueles que pretendem não discriminar indica que o preconceito não é apenas explícito, mas também opera de maneira sutil nas interações cotidianas. Esse reconhecimento involuntário de um

'olhar diferente' para pacientes LGBTQIA+ revela como o estigma e a discriminação estão arraigados e como podem influenciar negativamente a experiência de cuidado de saúde para esses indivíduos.

Essa conclusão, portanto, aponta para a necessidade de um trabalho contínuo de educação e sensibilização no setor de saúde, visando não apenas à adesão formal às políticas de não discriminação, mas também a uma transformação mais profunda nas atitudes pessoais dos profissionais de saúde. Isso envolve o desenvolvimento de uma compreensão mais profunda e empática das realidades vividas pela população LGBTQIA+, superando estereótipos e preconceitos para promover um ambiente de cuidado verdadeiramente inclusivo e respeitoso.

A pessoa 2 apresentou um grau de compreensão referente aos estigmas; ainda carrega a ideia do 'apresenta algo diferente', mas, em sua sinceridade ou 'cinismo' (característica do cínico), ela se posiciona de modo mais imparcial acerca do atendimento direcionado à população LGBTQIA+. Já a pessoa 3 afirma que identifica a população LGBTQIA+ pelo nome social, e, se houver interação no ambiente hospitalar, alguns acabam por compartilhar suas experiências de vida. No âmbito da preparação para o atendimento dessa população, a pessoa 3 não se sentiu preparada, assumindo que parte dessa situação se dá ao preconceito enraizado. No entanto, mesmo que isso não mude a qualidade do trabalho, muda a forma

de tratamento com o paciente, podendo gerar desconforto nos sujeitos que pertencem à população LGBTQIA+.

A pessoa 4, quando entendeu de quais pessoas se tratava a sigla LGBTQIA+, logo as associou ao ambiente do setor de Doenças Infetoparasitárias (DIP) nos hospitais. Nesse sentido, mesmo conscientes de que essa população é mais vulnerável a doenças infectocontagiosas por diferentes motivos, em 35 anos de experiência, apenas encontrar pessoas LGBTQIA+ nesse ambiente específico valida o trabalho discutido por Guimarães⁴ ao afirmar que a comunidade LGBTQIA+ não consegue acessar o SUS pelo estigma que sofre em todos os níveis hierárquicos da estrutura da saúde pública.

A existência de uma legislação que represente essa população é apenas simbólica quando não há sua efetiva aplicação. A presença de um sistema regulatório e fiscalizador é fundamental para assegurar os direitos da comunidade LGBTQIA+. Outra questão levantada (ou não) pela pessoa 4 é a percepção de que a falta de escrúpulos facilita o atendimento às pessoas da comunidade LGBTQIA+. No entanto, não fica claro se essa pessoa compreende o verdadeiro significado da palavra, que nesse contexto seria ‘cuidadoso’. Ou seja, precisa ser uma pessoa não cuidadosa para atuar na área de saúde? Ou apenas para tratar pessoas LGBTQIA+?

A pessoa 5, em sua fala, traz a experiência com a população LGBTQIA+ no ambiente da DIP também. Nesse sentido, pode-se afirmar que há um direcionamento nas falas que faz esse ambiente da esfera de saúde ser mais acessado por essa população. Todavia, no que se refere ao atendimento direto com esse público usuário/cliente, a profissional traz isso para a sua vida como um desafio positivo.

De modo geral, nenhuma das profissionais participantes estava/está preparada para o atendimento à população LGBTQIA+; mesmo as que afirmam estar, compararam-nos a ‘coisas’ que precisam ser ‘resolvidas’. Não se discute o tratamento humanizado em nenhuma das falas, o que demonstra que

o atendimento hospitalar não é capacitado para atender pessoas LGBTQIA+. Caso elas precisem, poderão sofrer preconceitos associados aos estigmas impostos socialmente e à discriminação pessoal de cada profissional de saúde, que ou trata com cuidado, ou trata sem escrúpulos.

Considerações finais

Buscou-se aqui dimensionar a intensidade do estigma, do preconceito e da discriminação à população LGBTQIA+. Foi-se a campo para compreender as percepções dos profissionais de saúde que atuam no ambiente hospitalar e como esses interagem com os pacientes pertencente a essa população.

Sob a visão de Goffman^{1,3}, pode-se afirmar que a marca atribuída ao sujeito estigmatizado coloca quem o estigmatiza sempre na posição de superioridade e normalidade, a partir de diversos marcadores sociais preconcebidos e normativos impostos socialmente, resultando em uma ‘identidade social deteriorada’ do sujeito estigmatizado. Dos tipos de estigma, todos

carregam o mesmo traço sociológico, o indivíduo estigmatizado encontra-se inabilitado para plena aceitação social, cujo foco da relação com outro recai justamente no atributo ‘depreciativo’ e na impossibilidade de enxergar demais características da sua personalidade¹⁴⁽³³⁾.

Buscou-se amparar a discussão a partir de temas, apresentando os resultados em tabelas, traçando a discussão a partir das contradições na fala dos sujeitos participantes. Compreende-se que o papel fundamental do estigma, enquanto determinante da desigualdade social, constitui-se como elemento de poder e dominação, em que, de forma essencialmente discriminatória, determinados grupos são excluídos ou valorizados, envolvendo o processo de rotulagem e estereotipagem desencadeado por diversos mecanismos, inclusive no ambiente hospitalar.

No que tange às perguntas norteadoras desta pesquisa – de que forma a falta de qualificação e preconceito dos profissionais no atendimento à população LGBTQIA+ no SUS altera a relação saúde doença?; e reações discriminatórias por parte dos profissionais do SUS podem diminuir as oportunidades para a promoção da saúde de LGBTQIA+? –, podemos afirmar que foi explicitada a falta de qualificação e preconceito por parte dessas profissionais no atendimento à população LGBTQIA+. Essas reações impedem, conforme já sinalizado em 2018, em trabalho publicado por Guimarães, a inserção dessa população no SUS em busca de atendimento à saúde na atenção básica.

Referente ao primeiro objetivo específico – analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre a diversidade sexual e de gênero –, observou-se que a percepção dos profissionais de saúde sobre diversidade sexual ainda é, de modo geral, conduzida pelo modelo biomédico persistente baseado na binaridade dos sujeitos e nas limitações do corpo biológico. As subjetividades dos profissionais acerca de sua visão sobre a saúde da população LGBTQIA+ ficou explícita para que se pudesse interpretar. A dificuldade dos profissionais em abordar a orientação sexual e a identidade de gênero dos usuários demonstrou que o tabu de falar de sexualidade ainda nestes tempos e de outras formações subjetivas que abrangem preconceito

e religiosidade obstaculiza o entendimento do profissional quanto à orientação sexual e à identidade de gênero como conceitos incorporados na análise da determinação social da saúde.

No que se refere ao segundo objetivo específico – identificar possíveis ações discriminatórias que geram violações de direitos de assistência à saúde da população LGBTQIA+ no ambiente hospitalar –, de modo mais específico, isso não ficou evidente. Não de forma física, mas a violência simbólica ficou evidente em algumas das falas analisadas.

O presente estudo apresenta alguns limites, todavia, acredita-se que os resultados aqui obtidos demonstram o quanto o estigma persiste e opera ‘encarnado’ nas subjetividades dos indivíduos conforme contextos e vivências sócio-históricas distintas. Além de responderem aos objetivos, poderão contribuir para o planejamento de estratégias de formação profissional.

Colaboradores

Santo AN (0000-0001-9937-4034)* contribuiu para concepção do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, e redação do artigo. Vasconcellos LCF (0000-0002-7679-9870)* e Pereira EA (0000-0001-6681-5016)* contribuíram para as atividades de revisão crítica. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução: Mathias Lambert. Rio de Janeiro: Zahar Editora; 2004.
2. Venturi Júnior G. Intolerância à diversidade sexual. *Teoria e Debate*. 2008; 21(78):20-23.
3. Goffman E. A representação do eu na vida cotidiana. 19. ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2013. 273 p.
4. Cardoso MR, Ferro LF. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicol. Ciênc. Prof.* 2012; 32(3):552-63.
5. Moraes AC, Tagnin LH, Araújo AC, et al. Ensino em Saúde LGBT na Pandemia da Covid-19: Oportunidades e Vulnerabilidades. *Rev. Bras. Educ. Méd.* 2020 [acesso em 2023 abr 8]; 44(1):e0157. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/qS6zNvkGhG8BgLqgGWkg4sq/?lang=pt>.
6. Paranhos WR, Willerding IAV, Lapolli ÉM. Formação dos profissionais de saúde para o atendimento de LGBTQI+. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25:e200684.
7. Paulino DB, Rasera EF, Teixeira FB. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23:e180279.
8. Silva ACA, Alcântara AM, Oliveira DC, et al. Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2020 [acesso em 2023 abr 8]; 24:e190568. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190568>.
9. Ravadelli N, Souza JS. Política nacional de saúde integral à população LGBT: conhecimentos de discendentes da área da saúde. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança*. 2021; 19(3):167-75.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2014. 208 p.
11. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
12. Manzini EJ. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: Marquezine MC, Almeida MA, Omote S, organizadores. *Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial*. Londrina: Eduel; 2003. p. 11-25.
13. Manzino EJ. A entrevista na pesquisa social. *Didática*. 1990/1991; 26/27:149-158.
14. Guimarães RCP. Estigma e diversidade sexual nos discursos dos (as) profissionais do SUS: desafios para a saúde da população LGBT. [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2018. 148 p.

Recebido em 10/11/2023

Aprovado em 04/12/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Vania Reis Girianelli