

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



Bruno Alves Brandão

**Cuidado à população LGBT:**  
iniciativas das equipes da Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2020

Bruno Alves Brandão

**Cuidado à população LGBT:**

iniciativas das equipes da Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira.

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Regina Ferro do Lago.

Rio de Janeiro

2020

## **Health Care for LGBT population:**

team initiatives of Primary Care in the city of Rio de Janeiro

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

B817c Brandão, Bruno Alves.  
Cuidado à população LGBT: iniciativas das equipes da atenção primária em saúde no município do Rio de Janeiro / Bruno Alves Brandão.  
-- 2020.  
128 f. : il. color. ; mapas ; tab.

Orientadora: Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira.  
Coorientadora: Regina Ferro do Lago.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Atenção Primária em Saúde. 2. Assistência à Saúde. 3. Minorias Sexuais e de Gênero. 4. Política de Saúde. 5. Saúde da Família. I.  
Título.

Bruno Alves Brandão

**Cuidado à população LGBT:**

iniciativas das equipes da Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 27/08/2020

Banca Examinadora

Profa. Dr.<sup>a</sup>. Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato  
Universidade Federal Fluminense

Profa. Dr.<sup>a</sup>. Mirna Barros Teixeira  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Regina Ferro do Lago.  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Profa. Dr.<sup>a</sup>. Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira.  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2020



Dedico esse trabalho a todos aqueles que tiveram suas vozes caladas na luta pelos direitos da população LGBT e a todos aqueles que têm a coragem de continuar lutando.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida e por todas as oportunidades que me foram dadas.

Aos meus pais, seres humanos únicos, por todo amor e dedicação à nossa família, sempre apoiando a mim e minha irmã na realização dos nossos sonhos.

À minha irmã, que sempre foi meu exemplo de dedicação, com quem aprendo todos os dias.

À minha sobrinha, que me mostrou que o amor é muito maior do que eu acreditava.

Ao meu marido, amor da minha vida, companheiro de todas as horas, que sempre esteve meu lado com muita paciência e muito amor. Te amo!

Aos amigos e colegas da CF Maria do Socorro, na Rocinha, pelo incentivo e pelo apoio constante.

Aos meus residentes, por toda compreensão que tiveram comigo nesses últimos dois anos.

À minha segunda família, meus amigos de toda vida, que mesmo longe sempre estiveram ao meu lado.

À Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, pelo convênio e liberação para que pudesse realizar este curso. Éramos cinco profissionais da mesma unidade, e foi por acreditarem na potencialidade da formação, que nos permitiram organizar a unidade junto à equipe com menor impacto possível diante das nossas ausências.

À coordenação do curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária, professores e a todos os colegas de turma por todo aprendizado e por todo afeto que compartilhamos mesmo em momentos tão difíceis.

Às minhas orientadoras, por todo ensinamento e paciência.

## RESUMO

**Introdução:** A população de lésbicas, gays e transexuais e travestis (LGBT) é vítima de preconceitos e atitudes excludentes na nossa sociedade, que dificultam seus acessos e minam seus direitos à saúde integral. Apesar dos avanços na elaboração de programas e políticas públicas direcionadas a esse público, o acesso aos serviços de saúde limitado e cuidados específicos ofertados se mostram muito aquém de suas necessidades. **Objetivo:** Analisar iniciativas desenvolvidas pelas Equipes da Atenção Primária em Saúde dirigidas à população LGBT no município do Rio de Janeiro e examinar como essas podem promover o cuidado à população. **Abordagem metodológica:** Foram utilizados os métodos quantitativo e qualitativo. A abordagem quantitativa foi empregada para o mapeamento e descrição das atividades por meio de questionários dirigidos a gestores e profissionais. Na parte qualitativa foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os realizadores das atividades, que permitiram a formulação das seguintes categorias de análise: acesso ao serviço e ao cuidado, integralidade do cuidado, vínculo com a equipe de saúde e qualificação do serviço cuidado. **Resultados:** Predominam atividades de grupo usuário LGBT lideradas, principalmente, por médicos. Várias dessas ações foram interrompidas nos últimos anos em razão de dificuldades de conciliação com outras atividades e pouca disponibilidade de pessoal. Pouca compreensão das necessidades de saúde e vista como barreira ao acesso e integralidade do cuidado, sendo a população trans a mais afetada. Estabelecimento de vínculo relacionado ao profissional que desempenha as atividades. Evidenciou-se que os serviços estão pouco preparados, mesmo para manejo de questões cotidianas, como o uso do nome social. **Discussão:** Buscou-se promover um diálogo entre os achados e as dimensões da gestão do cuidado propostas pelo autor Luiz Carlos Cecílio - individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária - com o intuito de compreender como as atividades estudadas podem colaborar para a integralidade do cuidado para o segmento LGBT. **Conclusão:** Apesar da potencialidade das atividades estudadas, estas se devem mais as iniciativas individuais dos trabalhadores do que de uma ação sistemática de política de governo, o que gera inúmeros obstáculos à sua realização. A superação dessas dificuldades requer o desenvolvimento de ações institucionais para a qualificação dos serviços de saúde em lidarem com as questões da população LGBT, como é previsto na Política Nacional de Saúde Integral de LGBT.

**Palavras chave:** Atenção Primária em Saúde; Cuidado; População LGBT; política de saúde. LGBT

## ABSTRACT

Introduction: Lesbian, gay, transexual and transvestite (LGBT) population has been victimized by prejudice and excludent attitudes from our society, which makes it harder for them to access their rights to integral health. Despite of the advances in the elaboration of programs and public policies towards this population, the limited access to health services and the offered assistance shows to be running behind their needs. Goal: Analyzing the initiatives developed by the teams of Primary Attention to Health towards the LGBT population in Rio de Janeiro, and checking how those measurements are able to provide care to the population. Methodological Approach: Both quantitative and qualitative methods have been used. Que quantitative approach was applied to maping and description of activities through queries directed to managers and professionals. On the qualitative part, semi structured interviews have been conducted with the activities performers, which allowed the formulation of the following analysis cathegorization: access to service and care; integrality of care; attachment to the health team; and qualification of the service provided. Results: Most activities observed were group activities towards LGBT users, mainly led by doctors. Several actions among those have been interrupted in the latest years due to difficulties of conciliation with other activities and little workforce available. The little understanding about the health needs of such users has been pointed as a barrier to the access and to the integrality of care, more severally to the trans population, which is more affected. The attachment seems to be stronger with the professionals who perform the activities than to the teams of Family Health. It became clear that the services are little prepared, even concerning everyday questions as the use of the social name. Discussion: The intention was to promote a dialogue between the findings and the dimensions of care management proposed by author Luiz Carlos Cecílio - individual, family, professional, organizational, systemic e societary – aiming at understanding how the studied activities can collaborate to the integrality of care towards the LGBT segment. **Conclusion:** The potentiality of the studied activities are more related to individual initiatives from the professionals than to a systematic governmental political action, which brings numerous obstacles to its fulfilment. Getting over such difficulties require the development of institutional actions for the qualification of health services in dealing with the LGBT population issues, as predicted in Política Nacional de Saúde Integral de LGBT.

Keywords: Primary Attention in Health; Care; LGBT Population; Health Policies, Primary care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Linha do Tempo das Políticas Públicas voltadas à LGBT	População	35
Figura 2	Mapa da Divisão do município do Rio de Janeiro em Áreas Programáticas		56
Quadro 1	Categorias de Análise obtidas com as Entrevistas		62

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1	Atividades em andamento e descontinuadas	64
Tabela 2	Motivos para descontinuidade das atividades	65

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AP	Área de Planejamento
APS	Atenção Primária a Saúde
CAP	Coordenação de Área Programática
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEDS	Coordenadoria Especial de Diversidade Sexual
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Clinica da Família
CFMSSS	Clínica da Família Maria do Socorro Silva e Souza
CMS	Centros Municipais de Saúde
CONASEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho de Secretários de Saúde
CNCD	Conselho Nacional de Combate à Discriminação
CNCD	Conselho Nacional de Combate à Discriminação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DST	Doença sexualmente transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
EqSF	Equipes da Estratégia de Saúde da Família
GM	Governo Municipal
GM/MS	Governo Municipal/ Ministério da saúde
GLS	Gays, Lésbicas e Simpatizantes.
GLT	Gays, Lésbicas e Transgêneros
GLBT	Gays, Lésbicas, travestis, transexuais e transgêneros
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IEDE	Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia
LILACS	Literatura Latino America e do Caribe em Ciência e Saúde
LGB	Lésbicas, Gays e Bissexuais
LGBT	População de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e transexuais
LGBTQ+	Lésbicas, Gays, Transexuais, Queers
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Transexuais, Queers, Assexuais
LBGTQI	Lésbicas, gays, transexuais, queers, intersex
MRJ	Município do Rio de Janeiro
MEC	Ministério da Educação
MFC	Médico de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
ONG	Organização não governamental
OPAS/OMS	Organização Pan Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde
OSS	Organizações Sociais de Saúde
OS	Organização Social
OTICS –RIO	Observatórios de Tecnologia de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde.
PA	Pronto Atendimento
PET Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde.
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNDH(1,2 e3)	Programa Nacional dos Direitos Humanos
PNDDH-LGBT	Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral de LGBT
PNH	Política Nacional de Humanização
PREP	Profilaxia Pré-Exposição
PRMFC	Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade
PN AISM	Política Nacional de Saúde de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PMS	Plano Municipal de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUBPAV	Subsecretaria de Prevenção, Assistência e Vigilância
SUS	Sistema Único de Saúde
SDH/PR	Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
SGEP/MS	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde
SIOPS	Sistema de Orçamento Público em Saúde.
SF	Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SGTES/MS	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
TCLE	Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO</b> .....	15
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	17
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	20
<b>5 CONCEITUANDO SAÚDE E SEUS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS</b> .....	21
5.1 SAÚDE INTEGRAL E ACESSÍVEL A TODOS.....	21
5.2 A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE.....	23
5.3 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	24
5.4 A EQUIDADE NA BASE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	25
5.5 CUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE.....	28
<b>6 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E O CUIDADO A SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT</b> .....	33
6.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO LGBT.....	33
6.2 A POPULAÇÃO LGBT E O CUIDADO EM SAÚDE: ASPECTOS A SEREM SUPERADOS.....	40
<b>7 CONTEXTO DO ESTUDO E PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	56
7.1 CONTEXTO DO ESTUDO.....	56
7.2 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA E FERRAMENTAS DE ANÁLISE.....	59
<b>8 RESULTADOS</b> .....	64
8.1 QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS PELOS GESTORES LOCAL.....	64
8.1.1 Distribuição das respostas por Área Programática do município.....	64
8.1.2 Atividades em andamento e descontinuadas, do ponto de vista dos gestores locais .....	64
8.1.3 Categorias profissionais envolvidas nas atividades.....	66
8.2 QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS PELOS REALIZADORES DAS ATIVIDADES VOLTADAS À POPULAÇÃO LGBT.....	67
8.2.1 Perfil dos profissionais.....	67
8.2.2 Atividades em andamento.....	67
8.3 ENTREVISTAS COM OS REALIZADORES DAS ATIVIDADES.....	70

8.3.1 Perfil dos entrevistados e visão geral das atividades estudadas.....	70
8.3.2 Acesso ao serviço e ao cuidado.....	72
8.3.3 Integralidade do cuidado.....	74
8.3.4 Vínculo com a equipe de Saúde da Família.....	78
8.3.5 Qualificação do Serviço.....	79
<b>9 DISCUSSÃO.....</b>	<b>85</b>
<b>10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>96</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>99</b>
<b>APENDICE I .....</b>	<b>105</b>
<b>APENDICE II .....</b>	<b>110</b>
<b>APENDICE III.....</b>	<b>115</b>
<b>APENDICE IV.....</b>	<b>121</b>
<b>APENDICE V .....</b>	<b>123</b>
<b>APENDICE VI .....</b>	<b>128</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Discriminação por orientação sexual e identidade de gênero é assunto cotidiano na sociedade brasileira. É sabido que historicamente a população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT<sup>1</sup>) é vítima de preconceito e estigmas em diversos setores da sociedade que afetam a saúde dessa população de diversas maneiras, levando a processos de sofrimento, adoecimento e até mesmo de morte prematura decorrentes neste grupo.

Nos últimos anos, várias iniciativas foram implementadas no país para a reversão deste quadro e promover a garantia de dignidade à população LGBT. Em 2004, por exemplo, foi criado o Programa Brasil Sem Homofobia, com o objetivo de combater a violência e a discriminação à população LGBT e, ao mesmo tempo, promover a cidadania do grupo, a partir da equiparação de direitos. No âmbito do SUS foi criada em 2006, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada por meio da Portaria nº 675, de 30 de março de 2006, na qual foi explicitado o direito ao cuidado, ao tratamento e ao atendimento no âmbito do SUS, livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero. Em 2008, foi lançada a versão preliminar do documento intitulado Política Nacional de Saúde Integral de LGBT (PNSILGBT) que foi, finalmente, instituída pela Portaria nº 2.836 de 1º de dezembro de 2011. Nela, considera-se a discriminação por orientação sexual, por identidade de gênero, o preconceito e o estigma social que atingem a esta população, como determinantes para os maus tratos ou a ausência de um cuidado humanizado a esse segmento (BRASIL, 2013).

A promulgação desta política representou os esforços das três esferas de governo e da sociedade civil organizada para reduzir a desigualdade no acesso e no cuidado à saúde da população LGBT. Suas diretrizes e objetivos estão voltados para a promoção da equidade em saúde com ações voltadas à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Além disso, é uma política transversal, com gestão e execução compartilhadas entre as três esferas de governo, que deverá atuar articulada às demais políticas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Em que pesem estes avanços institucionais nas políticas desenhadas para esta população, o acesso da população LGBT, aos serviços de saúde, tem sido descrito como injusto e excludente, gerando uma situação de vulnerabilidade. O despreparo dos profissionais e dos serviços de saúde para lidarem com a temática da sexualidade, além de barreiras e práticas preconceituosas

---

<sup>1</sup>Neste trabalho optamos por utilizar a sigla LGBT por essa estar presente nas políticas públicas estudadas, porém toda vez que citada se deve entender que estamos fazendo referência à sigla utilizada hoje pelos movimentos sociais LGBTQI+, que engloba lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transgêneros, também as identidades queer e intersex.

institucionalizadas nos serviços de saúde, são apontados na literatura como elementos explicativos do porquê deste grupo populacional evitar os serviços de saúde, limitando-se, muitas vezes, a busca-los apenas em situações extremas, como em casos de violência (ALBUQUERQUE et al., 2013).

## 2 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O presente estudo se insere nesta discussão a partir da análise de como estas questões estão sendo enfrentadas no âmbito das estratégias em saúde desenvolvidas no município do Rio de Janeiro. A escolha por este tema se deve a duas razões básicas. A primeira delas é relativa à minha inserção na Estratégia de Saúde de Família (ESF) no município do Rio de Janeiro, iniciada no Programa de Residência Médica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (PRMFC-SMS-RJ) em 2014, onde atuei na Clínica da Família (CF) Maria do Socorro Silva e Souza (CFMSSS) na comunidade da Rocinha, e onde permaneço até hoje e que desde 2016 atuo como preceptor. Durante este período pude observar, andando pelo território, que o número de moradores transexuais era relativamente grande, no entanto, isso não se refletia em números de atendimento.

Com isso, passei a trazer esse questionamento para dentro da minha equipe no período dedicado à reunião de equipe. Durante o processo me surpreendi com a falta de entendimento de todos os membros da equipe sobre as questões que tangenciavam a respeito da homossexualidade e o respectivo acesso à saúde. Alguns membros externavam falas discriminatórias, sem ao menos perceber as quão discriminatórias elas eram, como por exemplo, um membro da equipe que se referia a uma usuária lésbica da seguinte maneira: *“não doutor, ela não precisa de busca ativa para o preventivo. Ela é uma daquelas meninas masculinizadas”*.

Outro fator, que me leva à busca de uma melhor compreensão deste processo, é o fato de ser abertamente membro da comunidade LGBT, e também nunca ter sofrido nenhuma ação discriminatória por parte de nenhum membro da equipe que integro há quase 5 anos. Ao ouvir meus colegas expressarem frases como a citada anteriormente, fui levado a refletir sobre o quanto reproduzimos preconceitos no dia a dia sem perceber. O que cria uma “normalidade” de certos conceitos e crenças, que acabam por moldar nossa prática profissional, contribuindo para a propagação de um pensamento heteronormativo, estigmatizando e prejudicando o acesso à saúde da população LGBT.

Durante minha trajetória profissional no município do Rio de Janeiro, nunca me foi ofertado enquanto profissional, nenhum tipo de capacitação sobre o cuidado com a população LGBT. Tampouco consta no site da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), na plataforma SUBPAV.Org, qualquer documento ou arquivo relacionado aos cuidados com esta população. Isto, talvez explique o porquê deste assunto ser pouco discutido pelas equipes de saúde, e de

muitos colegas não se sentirem aptos a falar sobre ele. A maior parte do conhecimento adquirido pelos profissionais, sobre o tema, parece advir de iniciativas próprias, motivados por estímulos individuais.

Em um aparente movimento de resposta à escassez de ações desenhadas para atender às necessidades de saúde da população LGBT, foram identificadas iniciativas destinadas a este grupo por parte de profissionais e Equipes de Saúde da Família.

Essas iniciativas possuem desenhos diferentes. Algumas são estruturadas como rodas de conversas, compostas de maneiras distintas em cada local. Em alguns locais, as rodas são realizadas apenas com os usuários LGBTs, em uma tentativa de compreender melhor as percepções deles sobre o serviço de saúde. Em outros locais, participam apenas os profissionais de saúde, em que são discutidas dúvidas em relação ao cuidado dessa população. Também identificamos clínicas, que motivadas pelas dificuldades locais dos profissionais com o tema, veem realizando palestras internas aos seus profissionais acerca de questões específicas dessa população, no intuito de diminuir essa lacuna de conhecimento. Embora essas ações se estruturam de maneiras diferentes, todas são espaços com potencial promoção de melhoria de cuidado à população LGBT.

Com base nos exemplos acima, é possível supor que existem outras iniciativas com o mesmo propósito. Este estudo tem por objetivo conhecer as ações que estão em andamento na ESF do município do Rio de Janeiro e identificar seu potencial para trazer benefícios ao cuidado da população LGBT, bem como eventuais fragilidades em sua concepção e execução.

### 3 JUSTIFICATIVA

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), implantado no início da década de 1990, com a promulgação da Lei Orgânica de Saúde (lei federal Nº. 8.080/90 complementada pela lei Nº 8.142), institui o modelo público de ações e serviços de saúde a serem prestados, orientado por princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, tornando a saúde direito de todos e dever do Estado como previsto pelo artigo 196, da Constituição Federal promulgada em 1988. Dentre os princípios do SUS, encontram-se a universalidade de acesso, a igualdade na assistência em saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, e a integralidade da assistência (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

No entanto, a realidade brasileira é atravessada por iniquidades que devem ser combatidas com ações/programas/políticas, que proponham reverter quadros de exclusão e de violação desses direitos fundamentais. O conceito de equidade não aparece explicitamente como princípio, seja na Constituição Federal seja na legislação relativa ao SUS, mas se trata de um conceito-chave para problematizar entraves, que inviabilizam ou retardam o alcance da universalidade e da integralidade, visando superar desigualdades no acesso e no cuidado que configuram a realidade do sistema (COSTA; LIONÇO, 2006)

Sabidamente, a população LGBT é vítima de preconceitos e atitudes excludentes na nossa sociedade, refletindo-se também no seu acesso ao direito a saúde integral como demonstrado por diversos trabalhos (BARBOSA; FACCHINI, 2009; LIONÇO, 2008; ARAUJO et al 2006). Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS) reconhece que as identidades sexual e de gênero são atributos que expõem a população LGBT à discriminação e à lesão de seus direitos humanos, dentre elas o acesso não integral à saúde (BRASIL, 2008).

Em 2011, na tentativa de combater a discriminação nessa população, instituiu-se a Política Nacional de Saúde Integral à População LGBT (PNSILGBT), que será melhor caracterizada mais à frente neste estudo. Em linhas gerais, essa política visa promover uma melhor relação entre esta população e os serviços de saúde, diminuindo as consequências excludentes da homofobia no direito à saúde previsto na Constituição. Dentre vários compromissos assumidos nessa política fica explícito o papel do governo, em suas três esferas, na capacitação dos profissionais e dos serviços de saúde frente às questões da população LGBT no intuito de diminuir a homofobia e promover uma melhor assistência integral nos serviços de saúde.

Apesar de ser um marco importante na luta dos direitos da população LGBT, ainda é pouco perceptível a ação dessa política do ponto de vista da formação/capacitação dos serviços de saúde, principalmente na esfera do município do Rio de Janeiro. Percepção esta, reforçada, quando buscando por produções da SMS da Cidade do Rio de Janeiro, na plataforma SUBPAV.ORG, não foi encontrado nenhum documento ou arquivo correlacionado ao cuidado que deve ser direcionado a população LGBT.

Além disso, em uma entrevista realizada pelo pesquisador deste estudo, no intuito de entender melhor como a PNSILGBT está sendo colocada em prática, no âmbito da promoção de um serviço de saúde menos discriminador, promovendo melhor cuidado dessa população, com os participantes do Comitê Técnico Estadual LGBT do RJ e com a Coordenadoria Especial de Diversidade sexual (CEDS) do município do Rio de Janeiro que nos foi relatado que, no ano da instituição da PNSILGBT, foram realizadas tentativas de capacitações dos serviços e dos profissionais de saúde do Rio de Janeiro, no entanto, a adesão à essas capacitações foi baixa. Seus organizadores perceberam um desinteresse pelo assunto por parte dos profissionais de saúde, o que levou à interrupção destas iniciativas.

A população LGBT representa um grupo de vulnerabilidade às questões de saúde e, mesmo com o avanço nas políticas públicas para diminuir essa iniquidade, trabalhos ainda mostram as dificuldades de acesso à saúde, muito relacionados a um aparente despreparo de profissionais de serviços de saúde em lidarem com questões tangentes à homossexualidade, e às especificidades de saúde desta população (GUIMARÃES et al., 2017; PEREIRA et al., 2017). Esse despreparo de lidar com questões que envolvem a população LGBT, acaba por refletir diretamente na qualidade do cuidado a essa população, como por exemplo o atraso nas realizações de exame preventivo do câncer de colo de útero e de mamografias, em mulheres lésbicas, como discutido por Barbosa e Facchini (2009), que leva esse grupo a ficar mais suscetível a um atraso nos diagnósticos de câncer do colo de útero e de mama.

Além disso, estudos apontam que há diferença na prevalência de doenças e de fatores de riscos na população LGBT em relação a população heterossexual como uma maior propensão ao tabagismo, uso excessivo de álcool, obesidade, uso de drogas e às doenças cardiovasculares, talvez explicada pela discriminação social que sofrem (CORRÊA-RIBEIRO; IGLESIAS; CAMARGOS, 2018).

Considerando que a Atenção Primária em Saúde (APS) é o primeiro nível de acesso ao SUS, e que se caracteriza, principalmente, pela longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação do cuidado. A ESF é a forma que a APS no Brasil está organizada, sendo a partir dela entender quais ações/iniciativas as equipes da APS do município do Rio de Janeiro estão realizando a fim de promover a melhoria do cuidado a população LGBT é essencial.

#### **4. OBJETIVOS**

##### Objetivo geral

Analisar iniciativas desenvolvidas pelas equipes da Atenção Primária em Saúde dirigidas à população LGBT, no município do Rio de Janeiro, e examinar como essas podem promover o cuidado dessa população.

##### Objetivos específicos

1. Mapear as iniciativas desenvolvidas.
2. Descrever as iniciativas mapeadas.
3. Analisar as dimensões do cuidado presentes nessas iniciativas.

## 5. CONCEITUANDO SAÚDE E SEUS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS

### 5.1 SAÚDE INTEGRAL E ACESSÍVEL A TODOS

A criação do SUS rompe não apenas com a estrutura da saúde no Brasil anterior à Constituição Federal de 1988, como também com a concepção de saúde: o que é, como é provida, para quem se destina? Estas questões são profundamente modificadas a partir da implantação do SUS, que intenciona humanizar e democratizar a saúde, dentro de uma perspectiva de saúde, cuidado e atenção integral, acessível a todos, sem distinção. Sua criação responde aos anseios e necessidades sociais presentes em uma sociedade constituída por anos de desamparo e negligência, a partir da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990).

Entre as mudanças mais evidentes, trazidas com o SUS, está o acesso à saúde “pública”, antes restrita aos contribuintes da Previdência Social, e que passa a corresponder a um direito constitucional de todos, sem distinção de qualquer natureza. Além disso, a ênfase no modelo socorrista, que restringia a saúde pública à assistência médico hospitalar, assume caráter amplo e irrestrito, indo da atenção primária às cirurgias e acompanhamentos, traduzindo a promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde; o conceito de saúde, como não-doença, modifica-se passando a ser sinônimo de qualidade de vida e bem-estar; política de sangue e hemoderivados sob controle, combatendo a comercialização irrestrita e sem controle, onde apenas quem pudesse pagar fazia uso do sangue doado. Por fim, vale ressaltar que antes do SUS a saúde pública no Brasil atendia, em média, 30 milhões de brasileiros, passando a ser acessível a 190 milhões de brasileiros a partir de sua implantação (GIL, 2005).

Além da parte estrutural, os valores que fundamentam a criação do SUS são extremamente importantes na sua constituição, o que exige mudanças na maneira como o sistema é compreendido, sendo importante para tal que os profissionais do SUS partilhem dos valores que embasam a criação do sistema.

A compreensão dos valores, como elemento importante para a consolidação da proposta do SUS, trouxe a necessidade de fortalecimento e consolidação das práticas de recursos humanos dentro do sistema, assegurando que exista uma correspondência entre o provimento desse cuidado e os princípios que o amalgama a um conceito integral, humano, democrático e eficiente de saúde pública (GIL, 2005; MACHADO, 2003). Como afirmam Batista e Gonçalves (2011), é essencial para que o funcionamento ocorra conforme o planejamento traçado.

É importante compreender também que, assim como não se pode dissociar a práxis do SUS de seus embasamentos teórico e ideológico, também não se pode separá-lo da demanda social, ou seja, dos valores cultivados e manifestados pela sociedade em um dado momento. Luz (2004), aborda essa questão quando afirma que as alterações trazidas com a implantação do SUS refletiram as mudanças da sociedade, e que esse processo é contínuo e dinâmico, fazendo com que sejam constantemente aperfeiçoadas ou modificadas à medida que mudam os valores a que elas correspondem, sejam eles: históricos, sociais, culturais, políticos, econômicos, religiosos, filosóficos e até mesmo científicos e tecnológicos.

Nessa concepção ampliada, o conceito de saúde-doença integra-se à proposição de uma epidemiologia social, nas quais se considera não apenas as doenças às quais o sujeito está predisposto a desenvolver genética e hereditariamente, mas também fatores extrínsecos de risco que estejam presentes em suas condições de vida, em sua realidade concreta. Dessa maneira, é interessante compreender que, se a doença está ligada a fatores essencialmente sociais, dialeticamente, a cura também passe por uma ideia de transformação social.

Essa ideia se firma fortemente no conceito de determinantes sociais da saúde, que nada mais seriam do que o conjunto de fatores associados às condições de vida da pessoa, à sua realidade concreta, que impactam sua saúde e podem relacionar-se ao surgimento de doenças, entre estes: fatores sociais, individuais, econômicos, familiares, classicistas, etimológicos, culturais, comportamentais, psicológicos e históricos (MENDES, 2009).

A implementação destas medidas leva desafios ao sistema e serviços de saúde. Se por um lado, com a adoção de medidas preventivas, aumenta-se a expectativa de vida, por outro, exige-se dos serviços de saúde a incorporação de serviços e abordagens capazes de responder a estas demandas (FIOCRUZ, 2012).

Os idosos, neste sentido, constituem um dos públicos que demandam um olhar plural e abrangente do SUS no sentido de contemplar diferenças, singularidades e especificidades para que possa haver, efetivamente, acesso de toda população, sem distinção. Para que isso seja possível, é necessário lançar mão de medidas e estratégias que não presumam uma igualdade meramente formal, e sim, reconheçam as diferenças e trabalhem em favor da promoção da equidade em saúde.

## 5.2 A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE

A integralidade no cuidado de indivíduos, grupos e coletividade, deve ser entendida sob a percepção do usuário como sujeito histórico, social e político, familiar, coletivo inserido em um ambiente. Esta percepção traz o desafio de ir além da hierarquização e regionalização segundo as quais a assistência de saúde foi organizada para pensá-la como expressão da qualidade da atenção individual e coletiva aos usuários do sistema de saúde. Desta forma, as ações de saúde devem ser articuladas como atos capazes de produzir aprendizados e saber coletivo, podendo propiciar autonomia e emancipação aos sujeitos no ato de cuidarem de si mesmos.

A despeito dos princípios e diretrizes que regem o SUS, autores como Merhy (1994, 2002), Merhy e Onocko (1997), e Merhy et al. (2002), discorrem sobre a crise dos serviços de saúde, relacionada à baixa qualidade da atenção à saúde ofertada pelo conjunto dos serviços. Ressaltam o fato de que a atenção à saúde não se organiza como rede, mas como serviços independentes, como uma “colcha de retalhos”, com quase nenhuma articulação, para a oferta dos cuidados em saúde, comprometendo a capacidade de resolução dos problemas que ocorrem na estrutura organizacional.

Diante disso, é necessária a construção de novas práticas nos serviços, em que haja o compromisso com o enfrentamento dos problemas de saúde, de modo que o cuidado também aconteça como uma missão institucional. Há a necessidade de desenvolvimento de dispositivos e estratégias para a resolução dos problemas nos serviços de saúde e a incorporação deste conceito de integralidade, como produção de vínculos e responsabilização, com foco nas necessidades dos (as) usuários (as) e em defesa da vida.

Nesta perspectiva, a experiência da gestão municipal da saúde, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, trazida por Sousa e Mendonça (2013), é um exemplo a ser considerado. A implantação de políticas de saúde deste município se deu com ênfase na integralidade, responsabilização e estabelecimento de vínculo com movimentos sociais, com a adoção de novas práticas de atenção, gestão, participação social e de formação para o SUS, no período de 2005 a 2012.

O foco foi a construção de uma atenção à saúde com maior diálogo com a gestão e aprendizagens no universo do trabalho, com o objetivo de criar movimentos que possibilitasse a resolução de problemas no cotidiano da gestão, formação e da atenção em saúde. Uma estratégia adotada foi a da Educação Permanente em Saúde (EPS) vista como uma política municipal

estratégica, facilitadora das mudanças de práticas e estimuladora da construção de integralidade na gestão do SUS municipal. A experiência deste município está registrada no livro “A saúde na cidade de João Pessoa: traços de uma história”:

Se por um lado, hoje partilhamos a cultura e as crenças de libertação e de igualdade; de outro, levamos, ao invés de certezas, interrogações [...]. Seguimos inquietos [...], na crença e na vocação de que outros valores são possíveis e realizáveis no encontro com a solidariedade e a justiça social. Colocar as pessoas em primeiro lugar deve ser a teimosia de seguirmos vivendo outra ética, que nos ajuda a edificar vínculos de responsabilidade cidadã (SOUSA; MENDONÇA, 2013, p. 68).

### 5.3 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

De acordo com a OMS (2011), ter acesso à saúde é estar apto a melhorar a própria saúde e aumentar o controle e planejamento sobre ela. Sanchez e Ciconelli (2012) fazem a seguinte leitura a respeito desse conceito:

Essa perspectiva deriva da premissa de que o indivíduo é capaz, por um lado, de compreender suas aspirações e satisfazer suas necessidades e, por outro lado, de modificar e cooperar com o ambiente. A saúde é, dessa forma, vista como um recurso para a vida cotidiana. É um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais. O conceito de promoção de saúde, nesse caso, extrapola o acesso físico ao sistema de saúde e engloba outros aspectos, como o conhecimento do indivíduo sobre suas próprias necessidades e aspirações (SANCHEZ; CICONELLI, 2012, p. 16).

De acordo com Nonnenmacher, Weiller e Oliveira (2011), o SUS busca viabilizar a universalidade constitucionalmente garantida no acesso à saúde, em conformidade não apenas com os preceitos legais, mas com os próprios princípios basilares de sua formação. Uma das manifestações dessa tentativa é, de acordo com os autores, a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH), dentro da qual se busca prover um atendimento mais digno, mais acolhedor, mais eficiente e mais célere.

Assim, o acesso seria a experimentação efetiva dos serviços por parte do usuário, de forma oportuna e tendo os resultados otimizados, gerando a confiança na ideia de disponibilidade desse serviço, que possa ser acessado, sempre que necessário, de forma satisfatória (STARFIELD, 2002). Apesar desta perspectiva, persiste a ideia de que o Pronto Atendimento (PA) seria a única porta efetiva de entrada da rede, uma vez que a maior parte das pessoas chega ao sistema pela emergência, pelo atendimento hospitalar, e não acessa o sistema na não-doença, na prevenção, no interesse pela qualidade de vida, pela manutenção da saúde e pela

implementação de medidas para uma melhoria de saúde (NONNENMACHER; WEILLER; OLIVEIRA, 2011).

Sendo assim, o acesso dos usuários ao serviço continua encontrando obstáculos, ainda que invisíveis, principalmente quando feito fora do PA. Arruda, Maia e Alves (2011), apontam o local de residência do usuário dos serviços de saúde como um destes entraves, onde observam maior distância e custo de transporte, quando disponível, até o local de atendimento. Observam ainda que alguns grupos sociais têm maior dificuldade em acessar os serviços, gerando desigualdades na atenção prestada, e, conseqüentemente causando impacto na qualidade de vida daqueles que não conseguem acessar o serviço.

De acordo com Paiva (2010), a vulnerabilidade social prejudica o acesso à saúde e requer o desenvolvimento de políticas públicas capazes de mitigar o sofrimento dos grupos sociais afetados. Ou seja, pertencer a determinados grupos vulneráveis, seja por profissão - caso das trabalhadoras do sexo, ou por identidade sexual, caso da população LGBT - implica em chances de não ter suas necessidades de saúde satisfeitas no âmbito do sistema, sendo estas constantemente negligenciadas (PAIVA, 2007).

Para Travassos e Castro (2012), acesso é o fator que intermedeia à procura do usuário pelo serviço de saúde e a sua entrada no serviço. Ou seja, o acesso está diretamente relacionado com a capacidade de um serviço de saúde ofertar cuidado demandado por usuário ou grupo populacional. Dessa forma, as características desta oferta de cuidado podem agir como um facilitador ou como uma barreira para determinados grupos acessarem o serviço de saúde. Esse conceito de acesso reforça a importância da equidade na organização dos serviços de saúde na equiparação dos direitos em saúde dos diferentes da sociedade.

#### 5.4 A EQUIDADE NA BASE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Nas últimas décadas, a temática da equidade vem ocupando cada vez mais uma posição relevante nas discussões das políticas sociais segundo Almeida et al (1999) e Berlinguer (1999). Mesmo não sendo um princípio constitucional, as dimensões da equidade representam um desafio na construção do SUS quando se busca implementar ações que visem diminuir as desigualdades nos serviços de saúde.

Antes que se apresente o conceito aplicado às políticas públicas, faz-se interessante a elucidação a respeito do que a equidade, em termos gerais, venha a ser. Aristóteles tornou célebre

a frase de que a justiça é materializada quando os desiguais são tratados na medida de sua desigualdade. Por mais paradoxal que seja pensar em tratar indivíduos de forma desigual, sob a perspectiva da igualdade e da isonomia, que são princípios constitucionais (BRASIL, 1988) e também institutos presentes na Declaração dos Direitos Humanos (ONU, 1945), é preciso diferenciar a igualdade formal da igualdade material.

A igualdade formal é aquela que se presume, mas que, não necessariamente, se atesta. Quando vemos a Constituição da República Federativa do Brasil afirmar que todos são iguais perante a lei, por exemplo, estamos diante de uma proposição de igualdade formal. Ela está no papel, está presente na teoria. É um direito subjetivo garantido a todos, mas não é o bastante para que se alcance a igualdade material, ou seja, a igualdade de fato. Enquanto encontrarmos desigualdades em nossa sociedade, e, sabemos todos, o quanto essa é a configuração de nossa realidade, não podemos falar em igualdade material.

Então, o que é preciso para que a igualdade formal se converta em igualdade material? A equidade. A equidade se configura em medidas, ações e mecanismos de acesso e equiparação, que promovam circunstâncias que reconheçam as desigualdades e atuem sobre elas, colocando indivíduos desiguais em pé de igualdade, nas mesmas condições. Através da equidade, portanto, é que a igualdade meramente formal pode se tornar também material. (BRASIL, 1988; HOUAISS, 2017)

Braveman (2006), fez um levantamento das diversas concepções de equidade/iniqüidades em saúde, produzidas por distintos autores desde princípios dos anos 1990. Neste trabalho, ele identifica um padrão de convergência à noção de que as iniquidades em saúde são produzidas a partir de múltiplas determinações, e assinala a importância de incorporar no debate elementos éticos contidos em valores sociais, incluídos aí os referentes aos direitos humanos. No campo da equidade em saúde se destaca a ideia de não discriminação, inicialmente pensado como forma de superar a discriminação do ponto de vista da raça/etnia, e com tempo ampliando essa visão e incorporando outras diferenças encontradas na vida social, como as de religião, gênero e sexualidade.

Ainda, e de acordo com as palavras de alguns autores, a equidade em saúde, na medida do possível, “significa que todas as pessoas tenham oportunidades justas para atingir o seu potencial

de saúde completo” e, com isso, discute-se a noção de que equidade significa “tentar reduzir as disparidades evitáveis no estado de saúde e nos serviços de saúde, entre os grupos com diferentes níveis de privilégio social”. Ainda afirma em seus estudos, que as discussões sobre as equidades em saúde revelam sistemáticas disparidades entre grupos sociais com “níveis de vantagem/desvantagem de acordo com riqueza, poder e prestígio”. Neste sentido, pode-se entender que equidade e “iniquidade” são conceitos relacionados a prática da justiça e a intencionalidade das políticas sociais e dos sistemas sociais em tratar indivíduos que não são iguais de forma diferente (VIEIRA DA SILVA; ALMEIDA FILHO, p.170, 2009).

Para proteger determinados grupos sociais, e reduzir as desigualdades, o MS instituiu um conjunto de Políticas e Programas de Saúde, que tem como princípio a equidade e contribui para promover o respeito à diversidade e garantir o atendimento integral no SUS às populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social. A Política de Promoção de saúde à população LGBT se insere no conjunto de políticas implementadas no âmbito do MS, denominadas de Políticas de Promoção da Equidade, voltada às populações vulneráveis.

Siqueira et al (2017), contextualizam a trajetória das políticas para a Promoção de Equidade no Brasil no âmbito de processos simultâneos: de um lado, o desenvolvimento dos movimentos sociais nos últimos cinquenta anos, e a consolidação do processo democrático que se seguiu ao fim dos governos militares, e do outro, o esforço realizado pelo governo federal para assegurar os direitos humanos e universalizar o acesso à bens e serviços por parte dos grupos vulneráveis.

A definição de quem seriam os grupos vulneráveis para o MS foi baseada na identificação de condições de desigualdade persistentes, levando em consideração determinantes sociais da saúde como: níveis de escolaridade e renda, condições de habitação, acesso à água e saneamento, à segurança alimentar e nutricional, a participação na política local, os conflitos interculturais e preconceitos com o racismo, as homofobias e o machismo, entre outros.

Baseado nesse entendimento é que foram definidos os grupos populacionais aos quais estas políticas no Brasil são direcionadas. São eles: as populações negras, quilombolas e ciganas; população de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais - LGBT; população em situação de rua; povos do campo, das águas e das florestas (BRASIL, 2013).

No intuito de contemplar as especificidades das diferentes políticas integrais de saúde desenhadas para cada um dos grupos vulneráveis, o MS as reuniu no que denominou de Políticas de Equidade. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa foi o órgão do MS responsável pela coordenação desta política, estabelecendo três eixos comuns para a estruturação de suas ações: 1) a transversalidade das ações; 2) a formação/capacitação como elementos fundamentais para o sucesso da política, como forma de combate ao preconceito a estes grupos sociais, com impacto em sua saúde; 3) a gestão participativa (SIQUEIRA et al, 2017).

### 5.5 CUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE

Desde a Declaração de Alma Ata em 1978, a questão da organização e racionalização do cuidado, com forte ênfase no papel da Atenção Primária em Saúde, vem sendo discutida na expectativa de proporcionar melhores condições de saúde para as populações. Este movimento se tornou um marco para o reordenamento dos sistemas de saúde no mundo, propondo contemplar as necessidades mais complexas que fazem parte do contexto social, político e econômico das populações, e introduzindo a participação comunitária como estratégia essencial desse modelo.

Segundo a OPAS/OMS (2019), saúde significa garantir que todas as pessoas tenham acesso, sem discriminação, a serviços integrais de qualidade, sem enfrentar dificuldades financeiras. Além disto, requer a definição e implementação de políticas e ações com enfoque multissetorial para abordar os determinantes sociais da saúde e promover o comprometimento de toda a sociedade com a saúde e o bem-estar. A saúde universal não diz respeito apenas a garantir que todos estejam cobertos, mas que todos tenham acesso a cuidados quando precisarem, onde quer que estejam.

A discussão do trabalho em saúde na APS está intimamente ligada à compreensão que se tem acerca do termo cuidado aplicado a este cenário. Cuidado é um conceito polissêmico que pode ser definido a partir das concepções individuais de mundo, assim como os valores e conhecimentos de cada um. Logo, faz-se necessário esclarecer o que está sendo considerado como cuidado.

Os processos de produção da saúde são marcados por tensões que estão presentes em qualquer modelo de atenção predominante, destacando a tensão entre a lógica da produção de procedimentos e da produção de cuidado, bem como entre a lógica da produção dos atos de saúde como resultado de um trabalho multiprofissional e aquele centrado em competências específicas de uma categoria (MERHY, 2004).

Algumas concepções relacionam o cuidado em saúde a um lado unicamente prático, sendo traduzido como sinônimo de tratamento e prescrição, e com o objetivo de curar o corpo doente. Esse conceito provém de um modelo biomédico centrado na ideia de que saúde e doença são situações polares de uma mesma experiência. Porém, segundo Ayres (2004), saúde não pode ser considerada algo estático, que se adquire ou não adquire, como um “estado”, mas sim um projeto em curso, em que constantemente são construídos e ressignificados no cotidiano.

Com isso, Ayres (2004), entende que o cuidado deveria ser percebido como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde. Para isso, segundo o autor, o cuidado seria produzido necessariamente a partir do diálogo e da permeabilidade entre a dimensão técnica e não técnica, oriunda dos saberes e da vida cotidiana dos sujeitos.

Esse conceito, trazido pelo autor, implica na transformação de como se entende o processo de saúde e adoecimento, quebrando-se o paradigma e ampliando o horizonte normativo para uma dimensão existencial. Sendo assim, saúde e doença tomam um sentido mais amplo e complexo e, conseqüentemente, mudam a maneira de se pensar em promover cuidado às pessoas.

Merhy (2007), considera que pensar nas transformações das formas de operar no campo da saúde pública requer a compreensão de variadas ferramentas de produção do cuidado, destacando-se a categorização dos três tipos de tecnologias em saúde: tecnologias duras, representadas pelas máquinas e equipamentos utilizados nos serviços de saúde; as leve-duras que se referem aos diversos saberes da clínica; e por fim as tecnologias leves, que contemplam os processos relacionais e intercessores presentes na produção do cuidado.

Em especial para os profissionais de saúde da APS, as tecnologias leves têm uma especial relevância, já que estão diretamente relacionadas à formação do vínculo com os usuários. É justamente nesse encontro estabelecido entre os profissionais e usuários, de forma humanizada, que é possível a construção de um projeto existencial e, com isso, a criação de um vínculo terapêutico efetivo, em que a ideia de saúde trabalhada faça sentido para os envolvidos, vislumbrando diferentes possibilidades de atuação e de intervenções em saúde. Segundo Ayres (2004), este encontro terapêutico mais “humanizado” certamente apresenta características técnicas diversas, e é justamente a permeabilidade do técnico ao não-técnico que é responsável pela humanização desse encontro.

Segundo Grabois (2011 apud CECILIO e MERHY 2002, p. 24):

O cuidado de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é o somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais, que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compõe o que entendemos como cuidado em saúde.

Essa definição de cuidado estabelece uma relação direta entre cuidado e longitudinalidade, em uma articulação dos diversos pontos da rede de saúde e a subjetivação do que é vivido e entendido como cuidado pelo paciente. O que faz referência ao conceito de integralidade do ponto de vista não só da integralidade da rede e seus serviços oferecidos, mas também na integralidade do ponto de vista do entendimento do paciente dentro de seu contexto e de seus entendimentos como um todo.

O que ao encontro do pensamento de alguns autores como Pinheiro e Guizardi (2004, p. 28), que fazem uma associação da definição do cuidado com a integralidade, como na citação “*É o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social*”. Finalizando, Ayres (2004, p. 18) cita:

“Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde.”

Partindo, então, do conceito mais ampliado de cuidado, Cecilio (2011), define a gestão deste como o provimento e a disponibilização das tecnologias em saúde de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com sua vida produtiva e feliz. Esta gestão possui seis dimensões, sendo que todas, e cada uma delas, possuem uma especificidade que pode ser conhecida para fins de reflexão, pesquisa e intervenção. Ele as organiza em:

a) Dimensão individual da gestão do cuidado em saúde - Esta dimensão se refere ao “cuidar de si”, no sentido do potencial individual de produzir um modo singular de “levar a vida” a partir de suas escolhas. Essa ideia vem do conceito de Silva Jr (1988), de que “estar sadio” é sinônimo de autonomia no sentido apontado originalmente por Canguilhem (1982), para quem estar sadio é a capacidade de, diante das adversidades encontradas na vida, produzir novas normativas e novos modos de viver. Nesta dimensão os autores e protagonistas seriam cada um

de nós, e os principais elementos que baseiam a lógica desta dimensão, seriam o ato de cuidar de si, a autonomia e a escolha.

b) A dimensão familiar da gestão do cuidado - Esta dimensão tem como seus atores principais aqueles os quais o indivíduo reconhece como família e sua importância é variável ao longo do ciclo de vida. Cecilio (2011), refere que esta dimensão diz respeito a gestão do cuidado localizado no mundo da vida, levando em consideração o mundo com todas suas dificuldades e contradições, principalmente, toda a complexidade existente nas relações e os conflitos, principalmente os encontrados nos laços familiares e na relação de cuidado e cuidador. Os principais elementos que formam a lógica desta dimensão são: o apoio, a proximidade e o mundo da vida.

c) A dimensão profissional do cuidado - A dimensão profissional do cuidado ocorre no encontro entre profissionais e os usuários. O autor chama de “encontro privado”, que ocorre em espaços protegidos. Essa dimensão é regida por três elementos principais, que lhe conferem sua maior ou menor capacidade de produzir o bom cuidado: a) A competência técnica do profissional no seu núcleo profissional específico, ou seja, a capacidade que tem, por sua experiência e formação, de dar respostas para o(s) problema(s) vivido(s) pelo usuário; b) A postura ética do profissional, em particular, o modo com que se dispõe a mobilizar tudo o que sabe e tudo o que pode fazer, em suas condições reais de trabalho, para atender, da melhor forma possível, tais necessidades; c) A sua capacidade de construir vínculo com quem precisa de seus cuidados. Com isso, os principais atores desta dimensão seriam os profissionais de saúde, e o médico mais especificamente, e os principais elementos presentes nesta dimensão seriam o preparo técnico dos profissionais, a ética e a formação de vínculos.

d) A dimensão organizacional do cuidado - Esta dimensão é marcada pela divisão técnica e social do trabalho nos serviços de saúde. A gestão do cuidado depende da ação de vários atores, sendo os principais as equipes de saúde e os gerentes das unidades. Esta é marcada pela forma que é feita a organização do processo de trabalho, em particular, a definição de fluxos e regras de atendimento e a adoção de dispositivos compartilhados por todos os profissionais, tais como: agendas, protocolos, planejamento, etc. Então os principais elementos observados nesta dimensão seriam a divisão técnica do trabalho e a coordenação.

e) A dimensão sistêmica da gestão do cuidado - Trata-se da construção de conexões formais, regulares e regulamentadas entre serviços de saúde, compondo redes ou linhas de

cuidado visando a integralidade do cuidado tendo como seus atores principais os gestores, e como elementos principais na formação da lógica desta dimensão encontramos a formação dessas linhas e redes de cuidado e o financiamento. Nessa dimensão é levado em consideração o movimento do usuário no sistema de saúde, em particular o modo como se constroem os itinerários terapêuticos. Muitas das vezes estes escapam à racionalidade pretendida dos gestores e evidenciam as necessidades de repensar a rede existente, ou até mesmo, a formulação de novos “caminhos” ou linhas de cuidado dentro dos sistemas de saúde.

f) A dimensão societária - Esta se trata de como cada sociedade produz as políticas públicas em geral, e as de saúde em particular, e como é pensado o papel do Estado na formulação e implementação de estratégias para garantir a implementações dessas políticas públicas. É a dimensão mais ampla do cuidado e se debruça na forma como cada sociedade produz cidadania, direito a vida e acesso a toda forma de consumo, que contribua para uma vida melhor. Logo, os principais atores desta dimensão são o Estado e a sociedade civil, e os elementos principais, que compõem a lógica desta dimensão, são as políticas públicas.

É importante reforçar que há múltiplas conexões entre essas dimensões. O que produz uma complexa rede de pontos de interseções, atalhos, caminhos colaterais e possibilidades mais ou menos visíveis e/ou controlada pelo observador. No entanto, tendo em mente as dimensões descritas por Cecilio (2011), é possível a identificação de cada dimensão a partir de seus atores e da presença dos elementos principais que formam a lógica de cada uma.

## 6 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E O CUIDADO A SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT

Para melhor compreensão do cuidado a saúde da população LGBT é importante recuperar os principais marcos da política à saúde direcionada a esta população, como forma de entender o contexto e as possibilidades de avanço na sua realização como materialidade do direito do acesso à saúde.

### 6.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO LGBT

As políticas públicas voltadas à população LGBT são recentes e como dito anteriormente, são consequências da consolidação do processo democrático no Brasil e do amadurecimento dos movimentos sociais. Com isso, é importante destacar os espaços de manifestações da sociedade civil: as Conferências Nacionais LGBT (2008 e 2011); as Diretrizes aprovadas no I Seminário Nacional de Segurança Pública e Combate à Homofobia (2007); Programa Nacional de Direitos Humanos (2002) e (2010); Programa Brasil sem Homofobia (2004) e Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT (2009).

Embora essas manifestações e a formulação de políticas públicas sejam de grande importância na busca pela equidade, elas ainda se mostram insuficientes para acabar com o preconceito e discriminação no âmbito da saúde pública. Alguns autores como Araújo et al (2006), afirmam que a população LGBT não tem suas necessidades de saúde contempladas por estar subordinada à rejeição ou à intolerância irracional à homossexualidade. Diante deste quadro, o medo de revelar sua orientação sexual e ser alvo de discriminação é comum entre esta população, o que acaba gerando um impacto negativo na qualidade da assistência que lhe é prestada. Acredita-se que, por não estarem em conformidade com o que se convencionou chamar de heteronormatividade, a população LGBT não desfrute dos sistemas de recompensas destinados aos chamados heterossexuais; ao contrário, há punições por não estarem enquadradas neste padrão, o que acarreta em um quadro de exclusão (BUTLER, 2003).

A organização do movimento LGBT vem fazendo, nas últimas décadas, forte pressão para que o Estado promova igualdade de direitos. Defendendo a criação de leis mais rígidas contra a discriminação e a adoção de políticas públicas garantidoras do exercício pleno de sua cidadania (CASSEMIRO, 2013). A autora realça ainda, a importância de lembrar que a luta por direitos é

caracterizada por uma construção histórica que teve início dos anos 1990, com as primeiras políticas públicas brasileiras direcionadas aos homossexuais, tendo como ênfase o combate à epidemia do HIV/AIDS.

O primeiro documento oficial a reconhecer publicamente os homossexuais no campo dos direitos humanos foi em 1996 no I Programa Nacional dos Direitos Humanos (PNDH1) do Ministério da Saúde (BRASIL 1996a; BRASIL 1996b). E apenas em 2001, com a criação do Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD), que se encontrava vinculado ao Ministério da Justiça, que as ações dos grupos de ativismo LGBT no Brasil começam a priorizar a reivindicação de políticas públicas não só na esfera de prevenção da epidemia de HIV/AIDS, mas também políticas voltadas à promoção da cidadania e direitos humanos deste grupo (MELLO; AVELAR; MAROJA, 2012).

Em 2002, foi criado o II Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH2) que adotou medidas que levavam em consideração a “orientação sexual” como valor da garantia do direito à liberdade de opinião e expressão e “garantia de igualdades” de gays, lésbicas, travestis, transsexuais e bissexuais (BRASIL 2002a; BRASIL 2002b). Apesar das ações dos PNDH1 e PNDH2 não terem se concretizado, como políticas, são considerados marcos importantes por representarem o canal de diálogo sociedade civil e poder público.

A Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), criada em 1977 como órgão integrante do Ministério da Justiça, entre outras atribuições, era responsável pela articulação interministerial e intersetorial das políticas de promoção e proteção aos direitos humanos no Brasil. Em 2003, recebeu o status de Ministério, aprofundando a articulação com a população LGBT, quanto aos seus direitos constitucionais. Em 2010, a entidade mudou de nome, passando a ser denominada apenas de Secretaria de Direitos Humanos. Em 2016 a Lei nº 13.266, de 05.04.2016 no Art. 1º Extingue a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República e cria o Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos. Em 2019 a Lei Nº 13.844, de 18 de junho, estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios, retirando a população LGBT das diretrizes dos direitos humanos.

Em que pesem essas dificuldades, há de se reconhecer no contexto brasileiro, na última década, um esforço para garantir os direitos da população LGBT de modo a assegurar o exercício

de sua cidadania. É exemplo destas iniciativas a criação do Programa Brasil sem Homofobia - Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGTB e de Promoção da Cidadania Homossexual (2004), criado pelo governo federal em parceria com a sociedade civil, que tem entre seus objetivos a sensibilização e mudança de comportamento dos gestores, a equiparação de direitos e o combate à violência e à discriminação homofóbica (MELO et al 2012; BRASIL, 2004). Entre seus princípios, destacam-se a não discriminação por orientação sexual e a promoção dos direitos humanos de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais, nas políticas públicas a serem implantadas por Ministérios e Secretarias (BRASIL, 2004).

Desde o lançamento do Programa Brasil sem Homofobia, o governo brasileiro, criou diversas políticas públicas que objetivam a promoção e melhoria da saúde da população LGBT nos serviços de saúde, conforme demonstrado na linha do tempo abaixo.

Figura 1 Linha do tempo das Políticas voltadas para população LGBT



Fonte: Elaboração própria

Em março de 2006, o Ministério da Saúde com apoio do Conselho Nacional de Saúde (CNS); Conselho de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); e Conselho de Secretários de Saúde (CONASS), lança a Carta dos Direitos dos usuários à saúde, consolidando os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o país, através da Portaria nº 675/GM (BRASIL, 2006). Este documento tinha como objetivo estender os direitos das pessoas e das populações nos serviços de atenção à saúde. Nesse sentido, reproduziu os direitos e deveres dos

usuários contidos na legislação do SUS. A importância deste documento se encontra nos princípios que afirmam o direito do cidadão a atenção humanizada e livre de qualquer discriminação ou restrição, seja pela idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, ou ainda por ser portador de patologia ou deficiência. Além disso, garante ao usuário o direito de ser identificado pelo nome que deseja ser chamado (a), independentemente do nome que consta no seu registro civil (BRASIL, 2006).

No ano de 2008, em Brasília, resultado de conferências regionais e estaduais, acontece a I Conferência Nacional LGBT, considerado um espaço de construção de entendimentos da sociedade civil apoiado pelo governo federal. Neste evento, o presidente da República, à época, Luiz Inácio Lula da Silva, junto com alguns ministros, anunciaram o compromisso com o movimento LGBT, causando grande impacto na mídia e no movimento social. Neste momento, o Brasil é o único país a promover um evento dessa natureza, firmando compromisso do Estado com a promoção dos direitos da população LGBT.

Um dos produtos desta conferência, foi a “Carta de Brasília”, documento que reafirma a importância da mobilização social na efetivação de políticas públicas orientadas para a construção de uma “sociedade democrática, justa, libertária e inclusiva”. Este documento propicia importantes conquistas, como o lançamento do I Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, no ano de 2009, (BRASIL, 2008b). Com base nele, foram criadas as condições para a implantação do processo transexualizador <sup>2</sup> no SUS, em todas as unidades da federação, abrangendo as três esferas de gestão, aprovada através da Portaria n° 1.707, de 18/08/2008.

Posteriormente esta portaria foi revogada, passando a vigorar em seu lugar a Portaria GM/MS n° 2.803, de 19/11/2013, redefinindo e ampliando o processo transexualizador no SUS (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2013a). Um dos objetivos dessa medida é o reconhecimento social da nova condição, resultante da identidade de gênero, estabelecendo que a transexualidade pode ser caracterizada pela convicção de pertencimento ao sexo biologicamente oposto podendo levar,

---

<sup>2</sup> O processo transexualizador representa um complexo de expedientes assistenciais do SUS, direcionada à atenção e ao cuidado de transexuais e travestis que tenham o desejo de realizar mudanças corporais através da adequação da aparência física e da função de suas características sexuais, conforme sua identidade de gênero.

o indivíduo, a empreender uma série de modificações ou construções corporais e sociais, conforme o sexo e o gênero identificados.

Ainda em 2009, ocorre a criação do PNDH3 resultado de uma forte participação da sociedade, em especial dos movimentos de transexuais e travestis, nas conferências, nos âmbitos municipal, estadual e nacional. O resultado dessa interação democrática da sociedade civil foi uma maior atenção as particularidades nas reivindicações desses segmentos. Além disso, continha em seu bojo conteúdos defendendo uma cultura de respeito à livre orientação sexual e à identidade de gênero (BRASIL, 2009). Com isso é lançado o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNDDH-LGBT) com objetivo de mobilizar o poder público e a sociedade civil para a consolidação de um pacto democrático tendo como consequência, no ano seguinte, a criação do Conselho Nacional LGBT, com composição paritária de representantes governamentais e da sociedade civil (BRASIL, 2009a).

Com a finalidade de potencializar as políticas públicas para a população LGBT, o Conselho Nacional de Combate à Discriminação de LGBT (CNCD/LGBT) é criado através do Decreto nº 7.388, de 09 de dezembro de 2010, tendo como objetivo principal formular e propor diretrizes de ações governamentais, em âmbito nacional, voltadas para o combate à discriminação, bem como para a promoção e defesa dos direitos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (BRASIL, 2010).

Baseada no reconhecimento das ocorrências de discriminação e de exclusão, no processo de saúde-doença da população LGBT, essa política tem em suas diretrizes e objetivos enfatizar a garantia do direito à saúde, procurando reduzir as desigualdades na disponibilização dos serviços de saúde em relação a esses segmentos sociais. Os direitos fundamentais devem ser garantidos a todos (as). Assim, é inadmissível que um indivíduo não tenha direito à vida, à liberdade, ao seu nome, ao seu corpo, à sua imagem e à sua honra.

Em 2011, ocorreu a II Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos de LGBT, em Brasília. O tema do encontro foi: “Por um país livre da pobreza e da discriminação: promovendo a cidadania de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais”. Nesta conferência, foi reconhecido a necessidade de criminalização da homofobia e também o direito de mudança de

nome de travestis e transexuais (BRASIL, 2011). Mais tarde, em 2016, fruto da II Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos de LGBT, foi autorizado o uso do nome social dos integrantes da população LGBT no serviço público, formalizado pelo Decreto Presidencial Nº 8.727/2016. No que diz respeito à criminalização da homofobia, em 2019, como resultado da atuação dos movimentos sociais, o Supremo Tribunal Federal, equiparou a homofobia ao crime de racismo descrito na Lei nº 7.716/1989, através de um entendimento que passou a vigorar na corte suprema. No entanto, este entendimento não traz segurança jurídica, uma vez que, apenas a lei emanada pelo Congresso Nacional promove tal segurança. Isto significa dizer, que caso a corte suprema volte a este tema, diante de nova composição, possa revogar tal entendimento.

A política direcionada à saúde da população LGBT tem suas bases, mais especificamente, na PNSILGBT. Esta foi formulada seguindo as diretrizes de governo expressas no Programa Brasil sem Homofobia, coordenado pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) e que compõe atualmente o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH 3).

Instituída pela Portaria nº 2.836 de 1º de dezembro de 2011, a PNSILGBT considera a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero, o preconceito e o estigma social, que atingem esta população, como determinantes para os maus tratos ou a ausência de um cuidado humanizado a esse segmento (BRASIL, 2013). Por esta razão, tal política, tem como objetivo geral promover a saúde integral e eliminar as discriminações, incluindo a discriminação e o preconceito institucionais. Visa também à redução das desigualdades na atenção à saúde da população LGBT contribuindo, assim, para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

Entre seus objetivos, descritos no artigo 2, destacam-se a ampliação do acesso da população LGBT aos serviços de saúde, incluindo aí a atenção ao adolescente e ao idoso, bem como, o atendimento às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e realização de medidas de prevenção e promoção, sobretudo de cânceres de próstata e ginecológicos. Sinaliza também, a necessidade de qualificação da rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral desta população, em especial, as questões relativas à saúde mental e à inclusão de ações de natureza

educativas, direcionadas ao enfrentamento da discriminação e a melhoria da autoestima dessa população.

Por fim, assegura ainda, o processo transsexualizador e a criação de políticas setoriais e intersetoriais para a redução da morbidade e mortalidade entre as travestis. Nos demais artigos o texto da PNSILGBT define as responsabilidades e atribuições relacionadas à Política das Esferas Federais, Estaduais e Municipais. Em suas disposições finais, reforça que cabe à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) articular, no âmbito do MS e junto aos demais órgãos e entidades governamentais, a elaboração de instrumentos com orientações específicas, que se fizerem necessários à implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

Para organizar as ações para a implementação da PNSILGBT, foi elaborado o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, que objetiva apresentar estratégias para as gestões federal, estadual e municipal no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde para esta população. A operacionalização deste plano se norteia pela articulação intra e intersetorial e a transversalidade no desenvolvimento de políticas públicas e da PNSILGBT.

O Plano Operativo se encontra estruturado em quatro eixos estratégicos e incluem ações, que incidem sobre os diferentes condicionantes e determinantes que sustentam a desigualdade social em saúde, que acometem a população LGBT. São eles: Acesso da população LGBT à Atenção Integral à Saúde; Ações de Promoção e Vigilância em Saúde para a população LGBT; Educação Permanente e Educação popular em Saúde com foco na população LGBT; e monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT.

É indiscutível o avanço na formulação das políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT, indicando o reconhecimento, por parte do Estado, de que a “LGBTfobia” é um determinante social da saúde. Porém, a saúde desta população é ainda marcada pela invisibilidade e por inúmeras barreiras no que tange à garantia de acesso aos serviços de saúde e ao cuidado.

Torna-se fundamental enfatizar que a redução das desigualdades que essa população é submetida, impõe na visão de justiça social, a produção de equidade. Escorel (2001), diz que se deve pensar a equidade em saúde como um processo em permanente transformação e com isso a

saúde deve ser compreendida como um processo de melhoria da qualidade de vida de uma população, num dado espaço de tempo. Segundo Laurell (1983):

O processo saúde doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção.

Neste sentido, Giovanella et al. (1996), enfatizam que as ações isoladas dos serviços de saúde, mesmo que contribuam para reduzir os agravos, não são suficientes para resolver o conjunto das iniquidades em saúde. E, falando em equidade, no uso de serviços de saúde, deve-se considerar que sua utilização é influenciada pelo conjunto de necessidades dos diferentes grupos populacionais e está condicionada por diversos fatores, internos e externos ao setor, relacionados não só às ofertas dos serviços, mas também às expectativas e possibilidades dos usuários (ALMEIDA et al,1999).

## 6.2 A POPULAÇÃO LGBT E O CUIDADO EM SAÚDE: ASPECTOS A SEREM SUPERADOS

A dificuldade de acesso, cuidado e a discriminação da população LGBT nos serviços de saúde é descrita na literatura e apontada por algumas sociedades médicas internacionais, como por exemplo, American Geriatrics Society. Em 2015, essa sociedade realizou um estudo, que apontou problemas relacionados aos profissionais de saúde no atendimento dessa população. O estudo foi realizado através de questionários respondidos por profissionais e usuários LGBTs após o atendimento, explorando questões como a percepção dos usuários quanto ao atendimento e as dificuldades encontradas pelos profissionais.

Os problemas observados foram: a recusa de realizar determinados cuidados médicos; presença de pressupostos errôneos de heterossexualidade; recusa em aceitar determinados acompanhantes escolhidos pelo paciente durante internações. Além disso, houve relatos de declarações ofensivas e depreciativas por parte dos profissionais de saúde. O alerta que este estudo traz a respeito é que esses fatores podem levar a um atraso, ou na recusa em busca de atendimento médico por esses grupos, por receio de sofrerem preconceitos, e se assemelham aos

achados nos estudos realizados no Brasil. (CORRÊA-RIBEIRO; IGLESIAS; CAMARGOS, 2018).

Isto vai necessariamente contra a proposta da PNH do SUS, que pressupõe acolhimento no atendimento, justamente para que todos se sintam igualmente reconhecidos em sua subjetividade e dignidade quando acessando a rede.

A falta de treinamento dos profissionais para abordar as questões relativas a sexualidade, e a presença de barreiras e práticas preconceituosas, nas instituições, foram identificadas numa revisão sistemática em 2016, na qual se avaliou a relação da população com o sistema de saúde nos Estados Unidos. Como efeitos destes comportamentos, os autores perceberam o aumento no risco de adoecimento mental, de suicídio, de câncer e maior suscetibilidade a doenças sexualmente transmissíveis. Ainda nesse trabalho, foi identificado que a população LGBT tende a buscar menos os serviços de saúde, fato associado a percepção de atitudes homofóbicas por partes dos profissionais envolvidos no cuidando e acolhimento. O medo pela discriminação nos serviços de saúde estaria levando a recusa, ou atraso, na procura por estes serviços por boa parte desta população. Com isso acabam por recorrer a outras maneiras de garantir o cuidado, como a automedicação ou buscando informações sobre tratamentos em farmácias, revistas, amigos ou na internet. Com essa recusa, alguns representantes desta população acabam por procurar os serviços médicos tardiamente, muitas vezes já com agravos avançados, ou apenas em casos extremos como as situações de emergência (ALENCAR ALBUQUERQUE et al., 2016).

No Brasil, embora as publicações sobre esse assunto ainda sejam escassas, dados parecidos são demonstrados por Araújo et al (2006), quando afirmam que a população LGBT não tem suas necessidades de saúde contempladas por estar subordinada à rejeição ou à intolerância irracional à homossexualidade. Alguns autores ainda acrescentam que representantes desse grupo temem revelar a sua orientação sexual nos serviços de saúde, gerando um impacto negativo à qualidade da assistência. Isso porque, as normas sociais criadas pela sociedade para manter as diferenças entre os sexos acabam gerando um sistema que recompensa as pessoas que estão em conformidade e punem as que estão contra as normas de comportamento estabelecidas. Esse padrão os autores chamam de heteronormatividade, que parte do pressuposto de que todos são heterossexuais (BUTLER 2003).

Mais recentemente, foi demonstrado o desconhecimento de vários aspectos relacionados à homossexualidade, por parte dos médicos em um trabalho realizado em São Paulo (CORRÊA-RIBEIRO; IGLESIAS; CAMARGOS, 2018) Essa falta de entendimento pode estar associada à falta de percepção de problemas no atendimento à população LGBT por parte dos profissionais de saúde, como demonstrado em alguns trabalho que analisaram a percepção de médicos e agentes de saúde de unidades básicas sobre acesso e cuidado integral a pessoas LGBT. Nesses trabalhos ficou evidenciado preconceitos incorporados nas subjetividades dos profissionais, assim como uma não percepção de barreiras ao acesso à saúde da população LGBT, promovida por uma falta de reconhecimento por parte desses profissionais das vulnerabilidades que essa população está exposta, afetando diretamente seu direito à saúde (GUIMARÃES et al., 2017; PEREIRA et al., 2017).

Diversos trabalhos enfatizam a importância da sensibilização e da qualificação dos profissionais de saúde e gestores para que possam ser desenvolvidas novas abordagens nos atendimentos aos grupos vulneráveis. Lionço (2008), mostra que o processo de construção de serviços não discriminatórios na área da saúde enfrenta várias barreiras em uma sociedade na qual a heterossexualidade se configura como um padrão amplamente difundido e cultuado.

O Ministério da Saúde compreende que todas as formas de discriminação, como por exemplo a homofobia, “devem ser consideradas como fatores impulsionadores na produção de doenças e sofrimento” (BRASIL, 2008b).

Para a compreensão dos aspectos relativos ao cuidado à população LGBT é necessário, inicialmente, entender que este processo não é único, uma vez que o adoecimento das pessoas deste grupo, variam de acordo com a sua identidade sexual e de gênero. Miller (2002), enfatiza que a abreviatura LGBT pode gerar equívocos, já que a primeira parte da sigla (LGB) se refere à categoria de lésbicas, gays e bissexuais, que devem ser compreendidos como identidades sexuais. Enquanto que grupo representado pela sigla T é utilizado para se referir aos transgêneros (transexuais e travestis), que devem ser compreendidos como formas de identidade de gênero. As especificidades de cada grupo frente ao adoecimento devem ser levadas em consideração ao se pensar os cuidados voltados para a atenção à saúde deste grupo.

Apesar dos avanços, políticas públicas de saúde voltadas ao cuidado da população LGBT, encontra-se ainda, relatos de um cuidado em saúde, muitas vezes inadequado a esta população. Desta forma, é importante entender o cuidado que está sendo promovido na ponta, no âmbito da Atenção Básica, para acolher e atender as necessidades de saúde deste grupo, uma vez que a APS constitui porta de entrada e é coordenadora da atenção para os usuários do SUS.

Parker (2009), afirma que os grupos que sofrem mais com a discriminação e desigualdade de gênero são justamente os mais vulneráveis à AIDS, O que traduz uma necessidade de mudança de estratégias para que se possa acolher essa população, ter melhores resultados no controle ao HIV no SUS e assegurar um atendimento universal e humanizado para esta população, como previsto na legislação, contribuindo assim, para a redução das desigualdades.

Cerqueira-Santos (2010), afirma que, muitas vezes, o medo de se agir discriminatoriamente com algum grupo, faz com que se levante a bandeira do tratamento igual para todos. E reside na mera formalidade dessa igualdade presumida o risco, já que o receio de agir com preconceito ignora e negligencia as especificidades, aumentando o abismo entre a alteridade e a equidade, ou seja, o acesso materialmente igual se torna mais inviável por se ignorar as diferenças concretas.

Uma evidência trazida pelo estudo de Cerqueira-Santos (2010. p.8), onde se avaliou a qualidade do acesso e atendimento no SUS por membros da comunidade LGBT, reside nesse exato ponto, através do relato pontual de uma das participantes, mulher, lésbica: “Eu acho que eles falam tudo igual na tentativa de se eximir da culpa de estar sendo preconceituoso. Não é tudo igual. A gente sabe que não é bem assim. ” Desta forma, o reconhecimento das diferenças não distância. A presunção de que elas possam ser ignoradas e negligenciadas sim.

Um último trecho do estudo de Cerqueira-Santos (2010, p.8), em relato de uma mulher transexual ao analisar o atendimento do SUS, resume todo o sentido que se desejou dar a esse capítulo, e até mesmo, a todo o trabalho, por conter a essência do que existe e do que deve ser mudado na saúde em relação à população LGBT. Segue:

As pessoas não estão preparadas e não estão sensibilizadas pra perguntar: como é que eu posso te atender? O princípio da equidade e da universalidade não é nem um pouco respeitado. Porque equidade é como eu posso ser atendida, como eu quero ser atendida e como eu gostaria de ser atendida no posto de saúde. Eu quero ser respeitada.

Novas questões referentes à orientação sexual e identidade de gênero vêm surgindo todos os anos, fazendo com que a comunidade LGBT esteja em constante mudança, dando conta da representatividade destas questões no âmbito político social na medida em que elas vão surgindo. A sexualidade humana é formada por uma múltipla combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, e é basicamente composta por três elementos: sexo biológico, orientação sexual e identidade de gênero. A diversidade sexual seriam as diferentes formas de vivenciar e expressar a sexualidade. Aqui se faz importante explicitar alguns conceitos referentes a gênero e sexualidade para um melhor entendimento das questões dessa população.

Dentro desse conceito a identidade de gênero, diz respeito ao gênero com o qual a pessoa se identifica, podendo esse, corresponder ou não ao seu sexo biológico. Entendendo que, sexo biológico é um conjunto de informações de cromossomos, órgãos genitais, capacidades reprodutivas e características fisiológicas secundárias que distinguem “machos” e “fêmeas”. Desta forma pessoas que se identificam com o gênero do sexo biológico são chamadas de pessoas cisgênero e as que apresentam a discordância entre identificação do gênero com seu sexo biológico são chamadas de pessoas Transgêneras. Logo, um homem cisgênero diz respeito a uma pessoa que se identifica com o gênero masculino e possui o sexo biológico masculino. Já um homem transgênero diz respeito a uma pessoa que se identifica com o gênero masculino e possui o sexo biológico feminino. (BAHIA, 2018)

É importante lembrar que existem pessoas, no que se diz respeito ao sexo biológico, que nascem com uma combinação diferente de fatores biológicos que podem apresentar características de ambos os sexos. Essas pessoas são chamadas de Intersexos.

O conceito de gênero tem origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas de homens e mulheres (GROSSI, 1995), com isso, existe um grupo de pessoas que não se identificam com os conceitos de gênero feminino e masculinos da nossa sociedade. Essas pessoas cuja identidade de gênero não é nem inteiramente masculina, nem inteiramente feminina, reconhecem-se como não-binários, mas também podem usar outros termos como o agênero, queer ou genderqueer.

No que se diz respeito a orientação sexual, é um conceito que se refere forma que uma pessoa expressa ou sente atração emocional, afetiva e/ou sexual por outra pessoa, existindo três formas majoritárias de orientação sexual: a heterossexual (pessoa que se sente atraída afetiva e/ou sexualmente por pessoas do sexo/gênero oposto), homossexual (Pessoa que se sente atraída

afetiva e/ou sexualmente por pessoas do mesmo sexo/gênero) e a bissexual (Pessoa que se sente atraída afetiva e/ou sexualmente por pessoas de ambos os sexos/gêneros). É importante reforçar que a orientação sexual nunca deve ser chamada de “opção sexual” por não se tratar de uma escolha. (BAHIA, 2018)

Essa representatividade se dá na constante mudança da sigla que representa esse grupo. No Brasil, por volta de 1994, o movimento utilizava a sigla GLS, que incluía unicamente os gays, as lésbicas e simpatizantes. À medida que novos termos e conceitos, com outras formas de entender e expressar a orientação sexual e identidade de gênero, foram surgindo a necessidade de novas siglas foram surgindo. A sigla GLS caiu rapidamente em desuso devido ao amplo conceito que a palavra “simpatizante” trazia. Em pouco tempo foi acrescentado a letra T, referindo-se aos transgêneros surgindo a sigla GLT. Em 2005, no XII encontro de gays, lésbicas e transgêneros a letra “B”, de bissexuais, passou a fazer parte oficialmente da sigla, tal como foi onde ocorreu a conciliação de que a letra “T” passaria a referir igualmente aos indivíduos travestis, transexuais, e transgêneros dentro da comunidade.

Posteriormente, a sigla LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros) se tornaria a denominação oficial, conforme aprovado pela I Conferência Nacional GLBT (gays, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros). O que parece uma simples mudança na ordem das letras, na verdade foi uma forma de chamar a atenção a desigualdade de gênero e invisibilidade, que as mulheres lésbicas sofriam dentro do movimento. Mais recentemente a sigla passou para LGBTQ+ e em pouco tempo substituída pela LGBTQIA+ vem sendo adotada pela militância do movimento, no intuito de incluir novas homossexualidades, como o “I” de intersex, o “Q” de queer e o “A” de agêneros e assexuados e onde o “+” indica a possibilidade de inclusão de novas formas de homossexualidade no futuro.

No entanto, em sites oficiais como da Anistia Internacional e da OMS, a sigla utilizada para se referir ao grupo ainda é a LGBTQI. É necessário ressaltar a importância da inclusão de todos esses grupos como forma de representatividade e de luta por direitos entendendo as peculiaridades de cada indivíduo. Como já dito anteriormente, durante o trabalho será utilizada a sigla LGBT, já que essa é a que se encontra nas políticas públicas utilizadas como referencial teórico.

Pensando nas particularidades que perpassam o cuidado de cada grupo do movimento LGBT torna-se necessário falar individualmente deles. Aqui novamente, faremos menção aos grupos

representados pela sigla LGBT, já que ainda são necessários mais estudos para se aprofundar sobre essas questões nas demais representatividades do grupo.

#### a) Cuidado à Saúde da Mulher Lésbica

Brasil (2004), utiliza o termo lésbica para designar a homossexualidade feminina, ou seja, “mulheres que mantêm relacionamentos afetivos e sexuais com outras mulheres”. Almeida (2009), destaca a falta de acolhimento e de espaço para a troca de informações entre profissionais e usuárias lésbicas e bissexuais sobre suas sexualidades nos ambientes de cuidados em saúde. Isso faz com que essas informações sejam camufladas e negligenciadas, pois as usuárias não se sentem à vontade para declarar sua sexualidade e falar sobre suas experiências.

Em 2014, o MS publica um livreto com o relatório da Oficina Atenção à Saúde Integral das Mulheres Lésbicas e Bissexuais ocorrida em Brasília. Neste documento, fica exposto que o foco principal das ações desenvolvidas pelas CF são as mulheres e suas questões reprodutivas e da maternidade. Com isso, o público alvo principal seria a mulher adulta, mãe e heterossexual e quando a mulher não se enquadra nesse perfil é invisibilizada no serviço, ou passa por ações e serviços inapropriados para as suas demandas específicas.

A identificação da orientação sexual lésbica e bissexual nos serviços não ocorre através de abordagem direta às mulheres nas consultas, e sim pela identificação de características atribuídas ao gênero masculino, por exemplo, “cabelo curto, jeito masculino de andar, tipo de roupa”. As mulheres que não correspondem a essa identidade de gênero atribuída ao masculino não são percebidas como lésbicas e, sendo invisibilizadas pelos Homicídios da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros (LGBT) no Brasil: uma análise espacial, e suas demandas específicas não são identificadas (BRASILIA, 2014 p. 21).

A homossexualidade feminina, tendeu historicamente à invisibilidade no discurso médico-ginecológico e no campo acadêmico (Almeida, 2009). Durante a epidemia da AIDS, nos anos de 1980, a ênfase dada às práticas homossexuais masculinas, como forma de transmissão do vírus HIV, parece contribuir para a crença de que mulheres lésbicas seriam o único corpo inofensivo à infecção pela via sexual, já que estas não teriam sexo com homens (ALMEIDA, 2009b).

Nos últimos anos, com o fenômeno de feminilização da AIDS, o despreparo dos serviços públicos de saúde e de seus profissionais, sobre a atenção à saúde das mulheres fica evidente. A ideia equivocada de que as mulheres não seriam passíveis de ficar doentes (HEILBORN, 2003). Se tal invisibilização ocorreu entre as que tinham práticas sexuais com homens, isso foi ainda mais acentuado entre mulheres lésbicas.

Mesmo sendo baixa a transmissão do HIV entre mulheres não se deve assumir que, mulheres que fazem sexo com mulheres, têm automaticamente baixo risco de adquirir quaisquer DST e mais, que essas mulheres jamais fazem sexo com homens (PINTO, 2004). Nos estudos de saúde e homossexualidade de Barbosa e Koyama (2006), fica claro que é crucial entender que as mulheres transitam dinamicamente pelas diferentes experiências sexuais, ficando evidente que a categoria “mulheres exclusivamente homossexuais” praticamente não existe.

Barbosa e Fachini (2009), mostram que as mulheres lésbicas são vítimas de ações discriminatórias por partes dos profissionais de saúde ao revelarem sua orientação sexual, e isso leva há uma baixa procura aos serviços de saúde, como consequência, realizam com menor frequência exames preventivos e rotineiros, como o exame de prevenção contra o câncer de colo uterino (Papanicolau) e o exame de prevenção contra o câncer de mama (Mamografia). Além disso, estudos mostram que esse grupo está mais propenso ao uso abusivo de drogas ilícitas, tabaco, álcool e o grande sofrimento psíquico (BARBOSA; KOYAMA, 2006).

Cerqueira-Santos (2010), realizou um estudo no qual diferentes populações avaliavam seu atendimento pelo SUS, relatando os problemas e eventuais discriminações sofridas. No caso das lésbicas, a queixa mais frequente foi a de que o sexo é frequentemente abordado enquanto padrão, e que não se planejou um cuidado ou uma abordagem que considerasse a vida e o cotidiano sexual das lésbicas em uma perspectiva de saúde preventiva.

As participantes lésbicas destacaram as carências de uma intervenção específica para elas, reclamando necessidade de se pensar no sexo como algo não somente ligado ao pênis, e conseqüentemente, sexo seguro a partir do uso da camisinha masculina (CERQUEIRA-SANTOS, 2010, p. 8).

No mesmo estudo, ficou claro que as necessidades específicas das lésbicas não eram atendidas, na maior parte das vezes, por completo desconhecimento das mesmas, o que deflagra a importância da representatividade no planejamento dessas ações e na execução das mesmas. O

trecho a seguir é um dos relatos das mulheres lésbicas participantes do estudo de Cerqueira-Santos (2010).

Mulher lésbica precisa de luvas descartáveis, cortador de unhas, lixa de unhas. São pequenos detalhes do dia a dia que elas não se dão conta. Porque nem o profissional sabe disso, né? Porque uma mulher que só transita na heterossexualidade, só tem práticas sexuais heterossexuais, não vai ter esse cuidado (CERQUEIRA-SANTOS, 2010, p. 8).

Com o distanciamento das mulheres lésbicas dos serviços de saúde, por não se virem contempladas e representadas ali, Barbosa e Koyama (2006), ressaltam que aumentam, progridem e agravam-se os casos de câncer de mama e de colo de útero, por exemplo, além de doenças crônicas que não recebem atendimento por aquilo que a Rede Feminista de Saúde (2006) aponta como principais motivos para que as lésbicas não procurem os postos de saúde com a frequência que deveriam: ansiedade pelo medo da rejeição, preconceito e homofobia.

As principais queixas das mulheres lésbicas giram em torno da inadequação das ações a elas, e da falta de planejamento e medidas específicas, voltadas para as relações sexuais entre lésbicas, principalmente, o que demanda conhecimento acerca dessas especificidades e diferenças e legítimo interesse em adequar os serviços, conhecimentos e recursos às demandas dessa população, sempre em uma postura de acolhimento, empatia e respeito. Porque não é possível apresentar soluções a problemas que não se conhece, e a ignorância aqui tem um peso grande na saúde e na vida de milhares de mulheres lésbicas, que não se veem representadas e reconhecidas dentro desse planejamento e idealização.

#### b) Cuidado à saúde do homem gay

A palavra gay é utilizada para designar a homossexualidade masculina, ou seja, homens que mantêm relações afetivas e sexuais com outros homens (BRASIL, 2004).

Trabalhos acerca do cuidado a saúde do homem gay refletem uma forte associação desse grupo com a AIDS, pela sociedade, desde a década de 80, quando os primeiros casos da doença tiveram uma abordagem equivocada e preconceituosa, sendo inclusive a doença chamada de câncer gay (VALLE, 2002).

Segundo Nunan (2004), o preconceito na sociedade é tão grande, que a percepção de gays como inferiores e dignos de um pior tratamento, ganha tamanha força que se torna passível de

internalização. Isso significa que os próprios gays, diante de tamanho descaso, violência e ódio, podem acabar nutrindo a mesma percepção e os mesmos sentimentos acerca de si mesmos, desenvolvendo sofrimento psíquico e até mesmo doenças como a depressão, e podem levar ao suicídio.

Ainda de acordo com o autor, ao falar da exclusão que os homossexuais masculinos sofrem, mostra como a sexualidade, como um todo, ainda é silenciada e ‘demonizada’, pois a Aids, sendo uma doença que tem como uma das formas de propagação a relação sexual, é vista como um vírus que emana promiscuidade, algo sujo, que é relacionado às pessoas que não são dignas de valor ou que apresentam comportamento repreensível, como se coubesse qualquer julgamento nesse sentido.

Podemos fazer uma associação com as dimensões trazidas por Cecílio (2011), na medida em que o preconceito pode limitar as relações destes homens com o mundo e com as oportunidades que estes terão para construir seus recursos relacionais e de sobrevivência, seja pela dificuldade em encontrar redes de apoio, derivada da exclusão, ou o acesso e a qualidade do atendimento sendo enviesados pelo recorte de DST/Aids, ofuscando outras necessidades de cuidado e a integralidade do que é ser um homem gay, uma vez que, comumente, nos serviços de saúde, o gay é visto como promíscuo e a ele é associado a imagem de um portador em potencial do vírus HIV.

A presunção de que o paciente gay seja soropositivo para HIV, ou que os pacientes com AIDS, sendo homens, sejam gays, é apontada no estudo de Cerqueira-Santos (2010) como uma das formas presentes de preconceito nos postos de saúde. Um dos relatos de pacientes participantes do estudo de Cerqueira-Santos (2010), gay, atestou esse preconceito e essa presunção no seguinte trecho:

“Se um gay espirra e vai ao posto de saúde, todo mundo já pensa que ele tá com Aids. Ainda tem sim, essa ideia, de que gay que vai ao posto é aidético” (CERQUEIRA-SANTOS, 2010, p. 6).

Assim, a soma do medo da discriminação pela menos-valia comumente associada aos homens gays, com a suposição associada a eles de que tenham Aids, acaba por afastar vários indivíduos inseridos nessa população dos serviços de saúde pública, o que faz com que se retorne ao ponto da importância da capacitação dos profissionais do SUS, junto aos seus princípios e

objetivos, para que exista um alinhamento, ou nenhuma das medidas, ações e estratégias será efetivamente concretizada.

c) Cuidado a saúde do Transexual/Travesti

Para que se compreenda com mais acuidade e assertividade os cuidados direcionados a transexuais e travestis, é preciso compreender a diferenciação entre as duas populações, de modo a ter uma maior noção acerca de suas necessidades e especificidades, já que existe um tradicional espectro de dúvidas a respeito do que seja um e outro, e essas questões acabem, muitas vezes, infelizmente, se convertendo em tabu.

Transgênero é todo aquele que não se identifica, em gênero, com seu sexo biológico. Em oposição ao Cisgênero, esse indivíduo não apresenta correspondência entre seu sexo biológico e sua identidade de gênero. Travesti é um indivíduo do sexo masculino que se veste e adota formas de expressão e apresentação social femininas. A travesti não necessariamente deseja submeter-se a um procedimento de mudança de sexo, não sendo assim, necessariamente, um primeiro estágio para procedimentos transexualizadores.

É possível que esse indivíduo passe a vida inteira com características biológicas masculinas e apresentação social feminina. Por fim, transexual é o indivíduo que, sendo transgênero, se submete a transição sexual, seja por tratamento hormonal ou por procedimentos cirúrgicos, a fim de estabelecer uma conexão definitiva entre seu sexo e sua identidade de gênero (SEGAT; BRAMBILLA, 2019).

A vulnerabilidade dessa população inclui não só o acesso e a qualidade do atendimento em saúde, mas se estende na procura de emprego, no acesso à educação, as práticas de lazer e a sua forma de existência no dia-a-dia, marcada por olhares e constante necessidade de afirmação identitária.

Guimarães (2015), coloca a violência, o preconceito e a discriminação como o pano de fundo da existência de travestis e transexuais e que, em certa medida, orientam suas escolhas quanto às transformações corporais. Isso leva a escolhas arriscadas, por meios alternativos e informais, que podem custar a saúde e até mesmo a vida desses indivíduos.

Cardoso e Ferro (2012), afirmam que toda forma de homofobia e de preconceito leva a um processo de adoecimento que precisa ser entendido de forma integrada, sistemática, indo desde o afastamento da família até a marginalização por falta de acesso à educação e pelo desemprego. No entanto, ressalta Miller (2002), que o sofrimento não se dá de forma igual, o que pode ser enganoso quando a sigla LGBT agrupa todas essas subjetividades sob o mesmo guarda-chuva, o que camufla o fato de que lésbicas, gays e bissexuais enfrentem somente questões tangentes à identidade sexual, mas que uma maior complexidade e diversidade de obstáculos sejam direcionados à transexuais, uma vez que estão diante da dicotomia relativa à identidade de gênero.

Lionço (2009), aborda a questão dos transtornos e desvios mentais e psíquicos próprios da definição dessa identidade de gênero, fazendo com que se entenda melhor o percurso que a população trans atravessa, que se diferencia, nesse aspecto, dos demais.

De acordo com o “Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo”, pessoas transexuais e travestis, muitas das vezes, procuram o serviço de saúde por questões de transformações corporais para uma adequação da sua imagem corporal, com reconhecimento social dentro dos padrões atribuídos ao gênero com o qual se identifica, ou até mesmo, visando uma menor exposição à violência LGBTfóbica. Independente da motivação é importante que profissionais de saúde legitimem essa demanda e ofereçam acompanhamento. Essas transformações corporais podem ser transitórias, ou permanentes.

Dentre as formas transitórias, ainda de acordo com o protocolo, é comum a ocultação das mamas pelos homens trans com uso do *binder*, que é a compressão elástica das mamas para diminuição temporária de volume que podem levar a lesões na pele, desconforto respiratório por compressão torácica e dores musculares por compressão, má ergonomia ou atrofia muscular.

A ocultação dos testículos e do pênis pelas mulheres trans, podem levar a lesões de pele devido ao uso de adesivos ou dores musculares, além da impossibilidade de urinar. Enquanto essa técnica é utilizada, gera atraso do ato de urinar e diminuição de ingesta hídrica deliberadamente.

No caso dos homens trans, o uso de próteses externas como o *pecker*, que tem a intenção de aumentar o volume na região pubiana, bem como os prolongadores de clitóris, que são

próteses de silicone usadas para penetração, não se mostram seguros para serem utilizados por muitos minutos sob o risco teórico de hipoperfusão local, hematoma e edema. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2020)

Aran, Zaidhaft e Murta (2008), afirmam que é comum que a população trans recorra ao SUS quando do desejo de realizar uma cirurgia de transgenitalização, e que esse desejo venha a partir de uma convicção de inadequação ao sexo de nascença e de pertencimento ao sexo oposto, havendo, portanto, não um objetivo de mudança de sexo, como é popularmente abordado, mas de readequação sexual.

Cardoso e Ferro (2012), indicam que a cirurgia transgenitalizadora demanda um diagnóstico de transexualismo, o que, por sua vez, requer um acompanhamento prévio com profissionais também da rede, o que pode ser difícil pelo acesso, disponibilidade, distância e em face dos outros obstáculos de acesso e acolhimento já mencionados.

Sampaio (2008), afirma que exista uma distorção muito grande em toda a construção da subjetividade do transexual, que vai do sustento material, muitas vezes gerado pela prostituição, ao desenvolvimento da afetividade e da identidade, normalmente inseridos nesse mesmo contexto, junto com a menos-valia destinada a essa população, à crença de inferioridade, aos relacionamentos abusivos e à violência.

A criação de ambulatórios para o atendimento específico de travestis e transexuais pelo SUS, ao mesmo tempo em que busca atender às necessidades específicas, normalmente negligenciadas ou desconhecidas, também deflagra o fracasso da rede na universalização do acesso, uma vez que implica no reconhecimento da falha em inserir essa população dentro de seu atendimento geral, demandando uma segmentação para que esse cuidado possa ser fornecido de uma forma plena. No estudo de Mello (2011), os ativistas LGBT ouvidos pelo pesquisador reconhecem a importância de haver, efetivamente, um atendimento que se dedique às demandas da população, mas ressentem-se de que isso tenha que ser feito isoladamente, como se pode ver no trecho a seguir:

O ambulatório para Saúde Integral de Travestis e Transexuais está em fase de início, né, fase inicial. Mas eu já passei por lá e é outra história. É diferente de você chegar em uma unidade da rede. Mas, é o que eu falo: não quero segmentação. Não quero ter um lugar para mim, quero ter um lugar onde todo mundo tem o direito de ir. O posto de saúde tem

que ser pra todo mundo. Eu não preciso ter um lugar específico pra mim. Mas se é isso que tem agora, é isso que eu vou aproveitar (MELLO, 2014, p. 21).

De acordo com Cerqueira-Santos (2010), muitos gays ainda omitem sua orientação sexual diante do preconceito que sabem que terão, especialmente em relação à Aids, mas no caso da população trans, não existe um escudo. Ainda que seja absurdo pensar em camuflar a própria identidade sexual para ter um melhor atendimento em um sistema de saúde que se pretenda humanizado e igualitário, esse ainda é um recurso usado por alguns daqueles que podem fazê-lo, mas sequer é possível para os transexuais, que vivem o reflexo desse estranhamento, despreparo, preconceito e inadequação em carne viva, sem nenhuma espécie de proteção. Isso é traduzido na frase a seguir, componente do estudo de Cerqueira-Santos (2010), com indivíduos que compõem a população LGBT quanto ao atendimento prestado pelo SUS: “O que estão mais de frente, são as travestis. São os mais prejudicados” (p. 10).

Isso também se vê presente no uso do nome social da população trans, o que, agora obrigatório na rede, ainda não é um padrão uniformemente observado, e ainda gera uma abordagem pouco respeitosa por parte de alguns profissionais, e constrangimento por parte dos pacientes.

Cardoso e Ferro (2012), afirmam que é necessário que os profissionais da saúde, em uma visão plural e interdisciplinar, que envolva toda a equipe, estejam atentos às próprias ações que repercutem de forma a agravar o distanciamento dessa população do atendimento e cuidado da rede, e que também atuam como fatores desencadeadores do processo de adoecimento sistêmico deles, pela marginalização e segregação.

Volta-se ao pressuposto de que, para haver equidade, universalização de acesso e democratização da saúde, é preciso investir na seleção, formação continuada e no acompanhamento dos profissionais que integram o sistema. Não é admissível que componham e representem uma rede idealizada com princípios e objetivos próprios e claros, profissionais que não estejam em alinhamento com essas ideias e valores, e que ajam em inconformidade com suas bases.

Novamente, lançando mão de um dos depoimentos do estudo de Cerqueira-Santos (2010), tão relevante por dar voz a essa população na análise objetiva da qualidade do atendimento

prestado pelo SUS, o encerramento dessa seção se dá como relato de um paciente trans em relação ao preconceito sofrido e ao elemento principal que falta nesse atendimento: empatia. E que isso não pode ser substituído por conhecimento, ou mesmo treinamentos técnicos e objetivos. É preciso tocar essa pessoa para que ela possa corresponder ao que se espera desse profissional, dentro desse contexto.

Não adianta capacitar uma pessoa se você não a sensibiliza. Porque eu acho que além da questão da sexualidade, tem uma questão de sensibilidade. Tem que esquecer o lado do gênero, de sexo. É só uma questão biológica e respeitar a questão do gênero da pessoa. Perguntar como ela gostaria de ser tratada e chamada. Saber se a pessoa tem um nome social... Principalmente por eu considerar as travestis o elo mais fraco de todos, sabe? É cavalo de batalha. É quem vai pra frente pra tomar o tiro primeiro. É uma população muito fragilizada que é marginalizada dentro do movimento gay, inclusive. Que sabe que raramente é levada a sério (CERQUEIRA-SANTOS, 2010, p. 10).

#### d) Bissexualidade e a invisibilidade no cuidado

A invisibilidade tocante à bissexualidade não se encontra somente na práxis, mas também no tocante à teorização acadêmica. Há muito pouco material que aborde a questão da negligência dos aspectos específicos do cuidado ao paciente bissexual e das especificidades no planejamento desse atendimento e acompanhamento. Greco (2007), aborda essa lacuna na seguinte constatação:

Em relação aos bissexuais, há fatores ainda pouco explorados no que diz respeito à percepção de risco e às práticas de prevenção da infecção pelo HIV. É possível que fatores relacionados à percepção de riscos diferentes em suas relações com homens e mulheres, bem como à orientação sexual auto referida possam influenciar o uso efetivo de preservativos. Uma melhor compreensão desses fatores poderia facilitar a formulação de estratégias específicas de prevenção para essa categoria (GRECO, 2007, p. 3).

Dessa maneira, faz-se presente a necessidade de estabelecer políticas e estudos específicos para essa população, dando a ela maior visibilidade e reconhecimento, uma vez que gera especificidades ignoradas e negligenciadas comumente. Isso vale, inclusive, para a comunidade acadêmica, como sugestão para trabalhos dedicados a esse recorte, a esse enfoque, tão carente de estudos, pesquisas e análises.

A abordagem destas especificidades parece envolver mais uma mudança de atitude do profissional de saúde em olhar o paciente como um todo, levando em consideração os afetamentos que os determinantes sociais geram neste grupo, e considera-los em seu plano de cuidado, do que necessariamente da aquisição de uma habilidade “biomédica específica” como aprender um procedimento novo.

Boa parte das questões específicas de saúde desse grupo, não difere de procedimentos e abordagens usados em pacientes heterossexuais. Sem dúvidas procedimentos mais complexos,

como o processo de hormonização das pessoas trans, requerem um aprofundamento de técnicas, mas que pode gerar uma insegurança na abordagem. No entanto, parece existir algo que atravessa esse cuidado e dificulta à percepção destas necessidades pelos profissionais de saúde.

## **7 CONTEXTO DO ESTUDO E PERCURSO METODOLÓGICO**

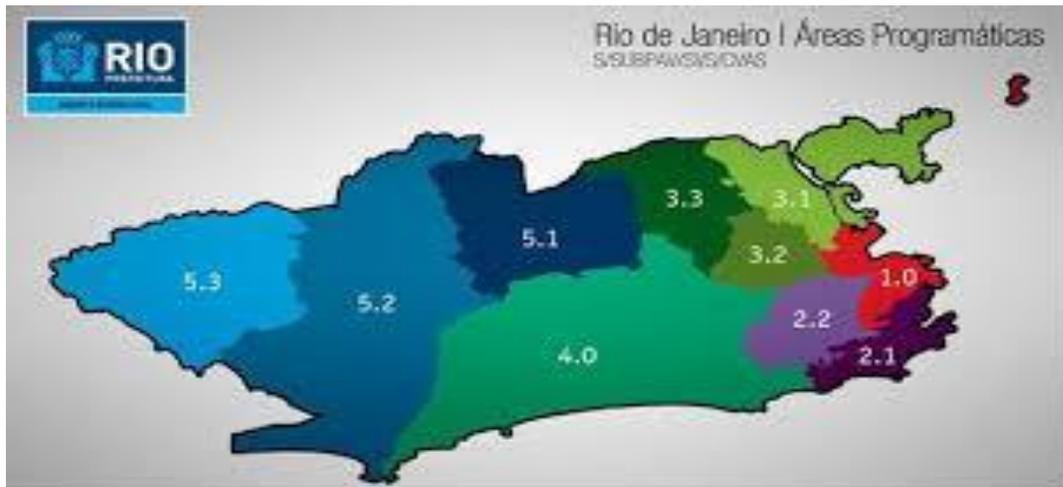
### **7.1 CONTEXTO DO ESTUDO**

A cidade do Rio de Janeiro foi marcada nas décadas de 1990/2000 pela baixa capacidade de ampliação dos serviços públicos e universais de atenção básica à saúde e pelo crescimento dos planos privados de saúde (SORANZ, 2016). Ainda segundo o autor, em 2008 de acordo com o Sistema de Orçamento Público em Saúde (SIOPS), a cidade possuía não só o menor investimento público municipal em saúde em relação às outras capitais do país, mas também apresentava a menor cobertura de Equipes de ESF, cerca de 3,5%.

Visando reverter esse quadro o governo municipal lançou em 2009 o projeto Saúde Presente, que traz como proposta um novo modelo de gestão em saúde, tendo como parceiras as Organizações Sociais da Saúde (OSS). Esse projeto, entre outras diretrizes, elegeu a ESF como modelo a ser adotado para a expansão e reforma da APS no município. (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2009). O novo modelo foi baseado nas reformas implementadas em Portugal e Inglaterra. As unidades de saúde de APS que foram construídas tiveram a denominação de Clínicas da Família (CF), e na parte gerencial foi pactuado o contrato de cogestão entre SMS e OSS para dar maior agilidade burocrática e financeira, bem como o fortalecimento e maior autonomia das Coordenações de Área Programática (CAP), que seriam responsáveis pela gestão da atenção no território (CAMPOS et al, 2016).

Para a organização do setor saúde, o município do Rio de Janeiro passa a ser dividido em dez Áreas de Planejamento (AP) 1.0; 2.1; 2.2; 3.1; 3.2; 3.3; 4.0; 5.1; 5.2 e 5.3. Estas distribuídas conforme mostra o mapa 1 abaixo. Segundo o Plano Municipal de Saúde (PMS), as coordenações de todas as AP foram responsáveis pelo desenho da distribuição dos serviços, fazendo com que a expansão fosse realizada de acordo com as necessidades e especificidades da população de cada área (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2018)

Figura 2: Mapa da divisão do município Do Rio de Janeiro em Áreas Programáticas



Fonte: Google imagens

Para a reestruturação da APS do município, foram instituídos diferentes modelos de unidade de saúde de acordo com sua composição. Modelo A - chamadas Clínicas da Família (CF); e unidades de modelo B, tradicionais, que receberam equipes da ESF. Por questões estratégicas, para facilitar o acesso da população, muitas unidades de CF estão em lugares onde a população apresenta maior vulnerabilidade de saúde e social, como nas comunidades ou favelas (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2018).

Essa reforma representou não só a ampliação de acesso, mas também o aumento da capacidade resolutiva devido à implantação da Carteira Básica de Serviços, que contempla desde situações mais frequentes à pequenas urgências e cirurgias, assim como exames complementares (CAMPOS et al, 2016).

É importante ressaltar que esse foi um período de grande investimento na qualificação profissional. Além da implementação do PRMFC do município do Rio de Janeiro, com intuito de formar profissionais qualificados para a rede de atenção primária, diversas ações para qualificação dos profissionais já existentes na rede foram promovidas. Exemplo disso foram os investimentos no Telessaúde, oficinas, participação em eventos de conselhos de categorias, construção dos Observatórios de Tecnologia de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (OTICS-RIO), criação de blogs, entre outras atividades. Reunia metodologias e tecnologias de informação úteis à gestão e tomada de decisão para promover a construção

compartilhada de conhecimento entre profissionais de saúde, pesquisadores, gestores e sociedade civil (CAMPOS et al, 2016).

O quadro de ampliação da APS começou a se reverter a partir de 2016, como consequência de medidas da esfera federal e também de iniciativas da gestão da saúde no município do Rio de Janeiro (MRJ). No âmbito federal, destacam-se a promulgação da Emenda Constitucional nº 95 em 2016 (BRASIL, 2016), que limitam os gastos públicos por 20 anos e, cujo impacto negativo, afetou seriamente o campo da saúde nas três esferas de governo. No âmbito da saúde, a revisão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2017 dilapidou o caráter abrangente da SF, por exemplo, ao flexibilizar o quantitativo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e possibilitar que estes cobrissem 100% da população em maior risco e vulnerabilidade, em vez de 100% da população da equipe de SF, como originalmente. Outra medida restritiva foi a diluição do NASF, que teve retirada a sua função de apoio às equipes de SF e transformou-se em Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) que, assim como as Equipes de Saúde Bucal, passou atuar também em unidades básicas tradicionais. O conjunto dessas medidas favoreceu a AB tradicional e ambulatorial em prejuízo da ESF.

A partir de 2017 a cidade do Rio de Janeiro sofreu séria crise orçamentária, cujo manejo por parte da gestão municipal penalizou fortemente o orçamento da saúde, sobretudo as unidades de SF. Os repasses para as OSS foram interrompidos (MEDEIROS, 2017), levando a atrasos salariais, greves e aprofundamento das deficiências no cuidado à população. O'Dwyer et al (2019), mostram em seu trabalho que, entre os anos de 2013 a 2017, as receitas do município do Rio de Janeiro, destinadas à saúde, sofreram um decréscimo continuado, alcançando um acumulado de 16,3%, e exibindo uma pequena retomada apenas em 2018, de 4,4% em relação a 2017.

Os autores ainda apontam a redução de transferências de recursos SUS da União relacionadas à Atenção Primária e à Alta e Média Complexidade que, como consequência, promoveu reduções no acesso; recursos humanos; regulação, gestão; e financiamento da saúde no município do Rio de Janeiro, impactando de forma negativa o desempenho do sistema de saúde. Em 2018 a gestão municipal determinou a demissão de trabalhadores e a redução de equipes (MELO et al, 2019).

O documento da Secretaria Municipal de Saúde, “Reorganização dos Serviços de APS”- lançado em 2018, visando à otimização de recursos, dá a dimensão das alterações propostas: extinção de 184 equipes da estratégia de saúde da família (EqSF) e 55 equipes de Saúde Bucal (cerca de 1400 postos de trabalho). Essa reorganização foi formulada com base na PNAB 2017, e propunha nova configuração das equipes. Porém, na visão de alguns autores, apesar desta proposta ser, nomeadamente, uma estratégia de qualificação e otimização dos serviços, ela fragiliza profundamente a composição profissional das equipes e aumenta o quantitativo de usuários por equipe responsável, para além do desejável à preservação da qualidade do atendimento (MELO; ALVES, 2019; DE MENDONÇA; MAGALHÃES; TEIXEIRA, 2019).

No início de 2020, o cenário de precarização do trabalho e atrasos salariais permaneceram e se estima que a cobertura de SF no município tenha decrescido para cerca de 40% (FIOCRUZ, 2020, p. 10).

## 7.2 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA E FERRAMENTAS DE ANÁLISE

Foi utilizado o método qualitativo, mais adequado à compreensão da ótica dos atores de suas histórias sociais, para análises de discursos e para a investigação de relações e com isso, seria o método mais apropriado para a compreensão da lógica interna de um determinado grupo ou processo em estudo (MINAYO, 2013), além de permitir a exploração do sentido, da significação e da dimensão valorativa dos fenômenos (DUARTE, 1998; MINAYO, 2010).

A estratégia metodológica se iniciou com uma revisão bibliográfica nas bases LILACS, SCIELO e PubMed sobre o tema da saúde da população LGBT, utilizando-se diversos descritores. Em seguida, empreendeu-se um levantamento documental incluindo documentos oficiais do MS, do estado e do município do RJ, além de materiais produzidos para o público LGBT, como cartilhas e orientações em saúde. Para um melhor entendimento, as etapas de coleta de dados e as ferramentas de análise foram organizadas em 3 etapas e estão descritas a seguir.

### a) Primeira Etapa

A primeira etapa da pesquisa buscou identificar as iniciativas voltadas ao cuidado da população LGBT realizadas pelas unidades de atenção básica no município do Rio de Janeiro e seus realizadores. Para tanto, foi utilizado um questionário (em anexo) elaborado no software Google Forms pelo pesquisador deste estudo, que foi enviado para preenchimento online, via

correio eletrônico (e-mails), aos gestores locais - (gerentes de CF e diretores de Centros Municipais de Saúde (CMS) - no período de 10 de novembro de 2019 a 10 de dezembro de 2019.

Os objetivos deste questionário foram conhecer a distribuição das atividades pelo município, os formatos em que se apresentam, e identificar, por meio dos gestores, os profissionais responsáveis pela realização das atividades.

Por determinação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) os endereços eletrônicos destes gestores não puderam ser informados pelo Superintendência de Atenção Primária, com a justificativa de violação da privacidade destes profissionais. A orientação do CEP foi obter os endereços por meio de levantamento no site da Subsecretaria de Prevenção, Assistência e Vigilância (SUBPAV), no item “Onde ser atendido”, ou por meio de contatos pessoais do pesquisador com as unidades, caso houvesse.

Para acessar o questionário foi necessário que o gestor lesse e assinasse o TCLE e o termo de anuência concordando com a participação da pesquisa. Caso não houvesse concordância não era permitido o acesso ao questionário da pesquisa.

A mesma restrição de acesso foi imposta pelo CEP também aos realizadores, cujo endereço eletrônico não poderia ser informado pelos gestores. Entretanto, a identificação dos realizadores das atividades era um ponto chave para a continuidade do estudo, já que era a partir destes profissionais que se construiriam as etapas subsequentes. A alternativa encontrada foi incluir um link ao final desse mesmo questionário, que dava acesso a um outro questionário destinado aos realizadores das atividades identificadas.

Assim, foi solicitado ao gestor local que enviasse esse link aos responsáveis pela realização das atividades voltadas à população LGBT que estivessem em curso na sua unidade. No momento do estudo existiam 192 unidades, somando-se CFs e CMS, divididas entre as 10 áreas programáticas de saúde do Município do Rio de Janeiro. Contudo, somente os contatos de 163 gestores foram obtidos no site da SUBPAV.

No “Onde ser Atendido” as unidades das Coordenadorias de Área Programática (CAPs) 5.1 e 5.2 não exibiam o contato dos seus gestores locais, e constava apenas o email de contato geral de cada unidade dessas APs. Nestes casos, foi enviado uma mensagem ao email geral de cada unidade explicando o estudo e solicitando o contato destes profissionais, no entanto, não houve resposta. Além do contato via email com as unidades, foi feito contato também com os Centros de Estudos destas duas CAPs, para os quais foram enviados o projeto de pesquisa e as

aprovações dos CEPs da Fiocruz e SMS-RJ, solicitando estes contatos. Todavia não se obteve resposta.

Assim, foram enviados 163 emails para os gestores locais das unidades básicas do município do Rio de Janeiro contendo o formulário eletrônico para esse primeiro levantamento das atividades.

b) Segunda etapa

O objetivo dessa etapa foi descrever as atividades voltadas ao cuidado da população LGBT em andamento e que foram identificadas a partir dos questionários da primeira etapa do estudo. Essa fase da pesquisa se deu de 10 de dezembro de 2019 a 5 de fevereiro de 2020.

Nessa etapa os respondentes foram os realizadores das atividades, que receberam o link do questionário (em anexo) por meio dos gestores, como explicado anteriormente. O link enviado deu acesso ao TCLE com convite a participar e as informações sobre a pesquisa. O acesso às perguntas do questionário só se dava com a concordância em participar do estudo. O pesquisador só teve acesso ao email dos realizadores que concordaram em participar e responderam o questionário.

O questionário desta etapa foi pensado em duas partes, sendo a primeira voltada a conhecer mais sobre quem era o realizador da atividade, garantindo seu anonimato. Nesta parte constam dados como: idade, sexo, orientação sexual, formação profissional, área programática de atuação e se já recebeu algum tipo de capacitação sobre saúde da população LGBT. A segunda parte visava compreender melhor a iniciativa realizada, desde como surgiu a iniciativa, como ela se estruturava e abordava os seguintes temas: motivação para realização da atividade, tipos de atividades realizadas, público alvo, objetivos da atividade, infraestrutura necessária para atividade, frequência, divulgação da atividade, elaboração do conteúdo a ser discutido, adesão a atividade e como a atividade se relaciona com a promoção do cuidado da população LGBT.

Com a finalização da primeira etapa do estudo, apenas 2 questionários dos gestores identificavam 2 atividades em curso. No entanto, ao longo do período da pesquisa, o pesquisador teve contato com outras 3 atividades na APS do MRJ, além das 2 apontadas pelos gestores. Porém, os gestores das unidades nas quais aconteciam estas 3 atividades não enviaram resposta na primeira etapa. Por serem consideradas atividades relevantes ao estudo, o pesquisador decidiu por incluir essas 3 atividades nessa segunda etapa, e enviou o questionário correspondente à segunda fase do estudo diretamente aos realizadores dessas atividades, observando-se, igualmente, os procedimentos éticos de consentimento.

Logo, aqui, além das 2 atividades identificadas na primeira etapa do estudo foram acrescentadas mais essas 3 atividades, totalizando 5 atividades descritas nessa segunda etapa. Vale reforçar que essas 3 atividades não foram consideradas nos resultados descritos na primeira etapa do estudo, na qual foram contabilizados apenas os formulários respondidos.

c) Terceira etapa

Nessa etapa do estudo foram realizadas entrevistas com roteiro semiestruturado, com os realizadores das atividades, entre os dias 02 e 10 de janeiro de 2020. Nessa fase também foram empreendidas alterações metodológicas. Como explicado anteriormente, na segunda etapa do estudo, foram analisadas 5 atividades, sendo 2 recebidas pelos questionários respondidos pelos gestores e 3 identificadas pelo pesquisador.

A intenção inicial desta fase era entrevistar esses 5 realizadores, que foram contatados via email e convidados para a entrevista. No entanto, os 2 realizadores identificados na primeira etapa do estudo não responderam. Por sua vez, os 3 realizadores identificados pelo pesquisador responderam e aceitaram o convite. Em seguida, mais um realizador foi identificado pelo pesquisador, que também atendeu ao convite. Assim sendo, nessa etapa foram entrevistados esses 4 realizadores. Como nas situações anteriores, os procedimentos éticos de consentimento foram conduzidos.

A entrevista foi escolhida por entender-se que esta técnica de pesquisa permite o contato com a reflexão do sujeito sobre a realidade que ele vivencia, suas opiniões, sentimentos, ideias, crenças atitudes e comportamentos (MINAYO, 2013).

O objetivo foi explorar como as atividades identificadas nos questionários, podem promover o cuidado a população LGBT através da ótica das diferentes dimensões da gestão do cuidado proposta por Cecílio (2011). As entrevistas foram realizadas de forma remota, pelo aplicativo de videoconferência Zoom. O próprio aplicativo possui a opção de gravar o áudio das entrevistas, que depois foram transcritas.

A condução da análise dos dados seguiu a organização proposta por Bardin (2011) e estruturada em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação tomando como base para a análise as dimensões do cuidado apontadas por Cecílio (2011).

Na pré-análise foi realizado a leitura “flutuante” das transcrições das entrevistas, identificando, nos relatos dos profissionais, categorias primárias (indicadores) para interpretação das informações coletadas nas entrevistas

Na segunda fase, ou fase de exploração do material, essas categorias primárias foram agrupadas em categorias analíticas a partir da técnica de conteúdo temático definida por Bardin (2011), formando as categorias finais de análise, respeitando os procedimentos de codificação: escolha de unidades de registro, recorte, classificação e categorização.

O terceiro momento da análise dos dados é a inferência ou interpretação dos dados. A inferência é uma dedução lógica apoiada na descrição e interpretação de um texto, tomando como base o referencial teórico (BARDIN, 2011). As categorias analíticas temáticas são apresentadas no quadro 1 e representam os sentidos mais frequentes presentes nas falas dos profissionais, assim como aqueles ímpares, singulares, e que ganharam relevância devido à sua importância para o tema em questão.

Quadro 1: Categorias de análise obtidas com as entrevistas.

Categorias	Conceito
Acesso aos serviços e ao cuidado	Entendido aqui como a forma como a qual a população LGBT consegue acessar o sistema de saúde ou o profissional de saúde. As dificuldades encontradas, assim como melhorias promovidas pela implementação das atividades realizadas baseados nos conceitos de Travasso e Castro (2012)
Integralidade do cuidado	Ampliação do olhar e da atuação em equipe multiprofissional para além da atenção à doença e do saber biomédico, contribuindo para a construção de um novo paradigma para a saúde pública voltado para a defesa da vida. (CUNHA, 2010)
Vínculo com a equipe de Saúde da Família	Compreende-se por vínculo um atributo essencial da APS construído a partir de uma relação terapêutica entre profissional-usuário, considerado essencial o cuidado, em especial a população LGBT, e que se dá pela disponibilidade à escuta e acolhimento sem julgamento e respeitando as individualidades. (CUNHA, 2009; KRISTJANSSON, 2013)
Qualificação do serviço	Diz respeito ao preparo técnico do serviço para lidar com questões relacionadas ao público LGBT desde o acolhimento, criações de fluxos específicos, do apoio da gestão local até o respeito dos direitos dos usuários LGBT nas unidades de saúde. (MERHY, 1994)

Fonte: elaboração do autor

## 8 RESULTADOS

Para uma maior clareza, os resultados serão apresentados conforme as etapas do estudo.

### 8.1 QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS PELOS GESTORES LOCAIS

Do total de 163 emails enviados, foram obtidas 49 (30%) respostas. Destas, 23 (46.9%) foram excluídas pelas seguintes razões: 19 (38.7%) retornaram com mensagem de erro de envio, como se o e-mail tivesse sido desativado; 3 (6.1%) retornaram com a mensagem de que o profissional se encontrava de férias, e 1 (2%) foi respondido com a comunicação de que o profissional não atuava mais como gestor da unidade. Após a exclusão destes 23 e-mails restaram 26 respostas, o que correspondeu, aproximadamente, a 16% do universo inicialmente planejado.

#### 8.1.1 Distribuição das respostas por Área Programática

Considerando-se os 26 questionários respondidos, a AP com maior resposta ao levantamento foi a AP 3.3, com 10 (38,5%) de respostas recebidas, seguida da 3.1, com 5 (19,2%) respostas. A AP 1.0 teve 4 (15,4%) respostas enquanto as APs 2.1 e 2.2 tiveram 3 (11,5%) respostas cada. A AP 3.2 teve apenas 1 (3,8%). As CAPs 4.0 e 5.3 não enviaram nenhuma resposta.

Não foi possível estabelecer um padrão de distribuição das respostas pelas APs, uma vez que não foram encontrados fatores que possam lançar luz sobre esse achado. No entanto, é possível que o baixo número de respostas tenha se devido ao período delicado em que a APS do município se encontrava. Nessa fase da coleta de dados houve grande rotatividade de profissionais, em especial gerentes e diretores das unidades básicas de saúde, devido ao programa de reorganização da APS promovido pela gestão municipal da época.

#### 8.1.2 Atividades em andamento e descontinuadas, do ponto de vista dos gestores locais

Para testar a compreensão foi perguntado aos participantes desta etapa do estudo se eles tinham o conhecimento do significado sobre a sigla LGBT. Todos os 26 gestores que responderam afirmaram conhecê-la.

Das 26 unidades que aderiram a pesquisa apenas 2, cerca de 7.7%, afirmaram realizar atividades direcionadas à população LGBT, 7 unidades (26,9%) referiram ter realizado atividades

deste tipo em algum momento, porém estas foram descontinuadas. O restante das 17 respostas, cerca de 65,4% afirmaram não terem, e/ou nunca terem tido, atividades voltadas à população LGBT, conforme tabela 1, abaixo.

Tabela 1: Atividades em andamento e descontinuadas conforme respostas dos gestores

Status da atividade.	Respostas	%
<b>Em andamento</b>	2	7,7
<b>Descontinuadas</b>	5	26,9
<b>Não realizam atividades</b>	17	65,4
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração própria

Duas unidades afirmaram ter atividades voltadas à população LGBT em curso no momento do estudo. Destas, 1 teve início no ano de 2017 e a outro no ano de 2019. Quanto ao seu formato, uma foi identificada como um grupo educativo voltado a profissionais e a outra como assistencial, caracterizada por consultas individuais.

Das 7 unidades que afirmaram terem tido atividades voltadas à população LGBT, que foram descontinuadas, 1 (14,3%) teve a atividade descontinuada no ano de 2017, 5 (71,4%) no ano de 2018 e 1 (14,3%) no ano de 2019.

Os motivos para a interrupção das atividades foram investigados em uma questão que permitia que o participante indicasse mais de uma resposta. As dificuldades em conciliar este tipo de atividade com outros processos de trabalho da clínica foi a principal causa identificada para a descontinuidade das atividades em 2 respostas, cerca de 28,6%. Distribuídos igualmente com 1 resposta cada, na porcentagem de 14,3%, também aparecem como motivos das interrupções: perda de interesse do realizador da atividade em dar continuidade; falta de pagamento de salário que originaram greves, levando à saída do realizador da unidade; atividades muito pontuais que se perderam; redução do quadro de profissionais da clínica impactando no funcionamento da unidade e queda da adesão do público alvo após a morte de uma liderança comunitária que estimulava a participação (Tabela 2).

Tabela 2: Motivos para a descontinuidade das atividades

<b>Motivos da Interrupção</b>	<b>Respostas</b>	<b>%</b>
<b>Dificuldades de conciliar com o processo de trabalho</b>	2	28,6
<b>Perda de interesse do realizador</b>	1	14,3
<b>Saída do realizador por falta de pagamento</b>	1	14,3
<b>Atividades pontuais que se perderam</b>	1	14,3
<b>Redução do Quadro de Profissionais</b>	1	14,3
<b>Queda de adesão do público alvo</b>	1	14,3
<b>Total</b>	<b>7</b>	

Fonte: Elaboração própria

### 8.1.3 Categorias profissionais envolvidas na realização das atividades

Nesse quesito são levantadas as categorias profissionais que realizam as atividades à população LGBT, não necessariamente com uma posição de organizador das atividades. Quanto às categorias profissionais envolvidas nestas atividades foram identificadas em distribuições iguais, cada uma com 1 (50%) resposta: médico preceptor, médico de equipe, enfermeiro e alunos e professores do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde). O PET-Saúde foi instituído no âmbito do MS e do Ministério da Educação (MEC), em 2008, com o objetivo inicial de fomentar grupos de aprendizagem tutorial na ESF, sendo posteriormente, estendido para outras áreas estratégicas do SUS. Constitui-se, hoje, em uma das principais estratégias de indução de mudanças nos processos de formação profissional (FRANÇA, TANIA ET AL, 2018). Aqui, mais uma vez, eram permitidas múltiplas respostas no questionário.

O médico preceptor aqui se refere ao médico com título de Médico de Família e Comunidade (MFC), que está vinculado não só à atividade assistencial na unidade, mas também a um PRMMFC. Esse profissional soma as atividades assistenciais ao papel de supervisão em serviço e de docência dos médicos que estão cursando a residência em MFC. O médico de equipe é o médico vinculado a uma equipe de SF, sem necessariamente ter título de especialista em MFC e não se encontra vinculado a nenhum programa de formação em serviço.

## 8.2 QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS PELOS REALIZADORES DAS ATIVIDADES VOLTADAS À POPULAÇÃO LGBT

### 8.2.1 Perfil dos profissionais

Entre os realizadores, teve o predomínio de 3 mulheres heterossexuais (60%) seguido por 1 mulher bissexual (20%) e 1 homem gay (20%).

A idade dos realizadores variou dos 31 aos 48 anos, sendo que 3 (60%) estão acima dos 43 anos. Quanto ao grau de escolaridade, 1 (20%) participante referiu ter o título de mestrado, 2 (40%) possuíam algum tipo de especialização, 1 (20%) possuía nível superior completo e 1 (20%) nível superior incompleto.

Em relação à área de atuação profissional, 2 (40%) se identificaram como médicos preceptores, 1 (20%) como profissional de enfermagem, 1 (20%) assistente social e 1 (20%) agente comunitário de saúde.

Quando questionados sobre se já haviam recebido alguma formação/capacitação sobre cuidados voltados à população LGBT, 4 (80%) afirmaram não ter tido contato com nenhuma formação desse tipo e 1 (20%) diz ter recebido algum tipo de capacitação sobre o assunto por meio de congressos e fóruns.

### 8.2.2 Atividades em andamento

#### *Tipos de atividades*

Esse tópico do questionário permitia que o participante indicasse mais de um tipo de atividade, entendendo que o mesmo realizador poderia realizar atividades com formatos diferentes. Foram obtidas 10 respostas, e os formatos relatados foram: grupos 5 (50%); consultas de hormonização voltada à população trans, com 2 (20%) respostas. Os formatos ação social e sensibilização de profissionais apresentaram 1 (10%) resposta cada uma. Além disso, houve 1 (10%) resposta referindo não ter um formato específico.

Com isso, as atividades coletivas de grupo apareceram como a principal forma de organização dentre as atividades estudadas, correspondendo a 50% das respostas, seguidas pelas consultas de hormonização para a população trans, que correspondem a 20% dos formatos.

### *Ano de início*

Em relação ao ano de início, foram identificadas 5 atividades: 1 (20%) atividade teve início no ano de 2010, completando 10 anos de existência. Outra 1 (20%) atividade teve início no ano de 2015 e 2 (40%) se iniciaram em 2018. Um (20%) dos realizadores não soube dizer o ano de início da atividade. Esse resultado pode gerar um estranhamento quando comparado com o número de atividades descontinuadas encontradas na primeira etapa do estudo. Ao mesmo tempo em que temos 5 atividades descontinuadas no ano de 2018, duas novas são iniciadas.

Uma hipótese para esse achado é que no questionário respondido pelos gestores na primeira fase, quando era assinalado que a unidade tinha uma atividade que foi descontinuada, não foi perguntado a categoria profissional que liderava essas atividades. Nas atividades iniciadas no ano de 2018, elas foram lideradas por médicos preceptores.

Quando comparamos os motivos de descontinuação das atividades, questões relacionadas às dificuldades no processo de trabalho, redução do quadro de profissionais e falta de pagamento foram identificadas. Pode ser que os médicos preceptores, por terem um “duplo” vínculo com a OS e com programas de residência, tenham sido menos afetados pelas demissões neste período. Além disto, a conformação de equipe que o programa de residência promove, com a presença de médicos residentes, aumenta o número de profissionais na equipe, o que pode facilitar ou diminuir as dificuldades no processo de trabalho. Com isso surge o questionamento se a categoria profissional das atividades descontinuadas exerceu algum papel para sua descontinuidade.

### *Público alvo e objetivos das atividades*

Aqui, novamente, havia a possibilidade de identificação de mais de um público alvo e objetivos, considerando-se que diferentes formatos de atividades podem ter diferentes públicos alvo e objetivos diversos.

Quatro (80%), dos 5 realizadores, identificaram o usuário LGBT como principal público alvo das atividades desenvolvidas, enquanto 2 (40%) identificaram os médicos como público alvo.

Além desses, outros públicos alvos foram indicados, com 1 resposta cada, correspondendo a porcentagens iguais de 20%. São eles: usuário do serviço em geral;

enfermeiros; ACS; pacientes transexuais em processo de hormonização; familiares da população LGBT; profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros.

Dentre os objetivos das atividades, todos os participantes reconheceram o apoio ao usuário LGBT como o objetivo das atividades desenvolvidas. Além desse, outros objetivos também surgiram, como: capacitação de profissionais sobre questões não clínica (não relacionadas à assistência médica ou de enfermagem, por exemplo) (40%); capacitação clínica (20%) e organização dos processos de trabalho da unidade (20%).

#### *Local onde ocorre a atividade*

Todas as atividades foram indicadas como ocorrendo dentro da unidade, sendo 2 (40%), sempre em locais fixos da unidade, 2 (40%) ocorrendo em locais variados, dependendo da disponibilidade de local e 1 (20%) referindo o consultório como local de realização.

Conhecer essas variações onde ocorrem as atividades podem ajudar a entender como fatores como a infraestrutura, ou até mesmo o processo de trabalho, por exemplo, podem interferir nessas atividades. Pedrosa et al (2011), ao analisar a percepção dos profissionais de saúde de como os problemas na infraestrutura das unidades de saúde afetam o resultado do trabalho, relata que a falta de espaço para atividades coletivas e preconização dos espaços disponíveis para consulta, foram apontados por eles como um limitador de suas práticas, à medida que restringe a realização de ações coletivas, além de preconizar o modelo biomédico, entendendo que os espaços disponíveis seriam prioritários às consultas.

#### *Frequência das atividades*

Não foi encontrado um padrão para a frequência das atividades estudadas. Duas (40%) são organizadas mensalmente, 1 (20%) quinzenalmente, 1 (20%) semestralmente e 1 (20%) cuja frequência não se pode definir por ser uma atividade assistencial que ocorria por demanda livre.

#### *Formas de divulgação*

Cinco formas de divulgação foram identificadas nas respostas, cada uma correspondendo a 20%. São elas: impressos entregues ao público alvo da atividade; uso das redes sociais; grupos

de usuários no Whatsapp (aplicativo de mensagens eletrônicas via smartphones); visitas domiciliares feitas pelos ACS e comunicação boca a boca.

#### *Dificuldades enfrentadas na realização das atividades*

Nas 5 respostas recebidas, mais uma vez não se verificou predomínio de uma dificuldade específica. Foram indicadas 5 dificuldades perfazendo a mesma porcentagem de 20% para cada uma. As dificuldades apontadas foram: falta de material para realizar atividade; dificuldade de conciliar a atividade voltada a população LGBT com outras atividades da clínica; baixa adesão do público alvo; períodos recorrentes de greves. Uma das atividades refere não ter tido dificuldades na realização das atividades descritas.

### 8.3 ENTREVISTAS COM OS REALIZADORES DAS ATIVIDADES

Esta etapa consta da análise de 4 entrevistas com realizadores de atividades destinadas ao público LGBT, e tiveram por objetivo explorar como essas ações podem promover cuidado a essa população. O roteiro (em anexo) constou de uma parte preliminar de caracterização dos realizadores e das atividades desenvolvidas. Em seguida, trazia tópicos que exploravam em profundidade as iniciativas em curso.

Os resultados obtidos da análise das entrevistas foram sistematizados em grandes categorias de análise que se relacionam com o cuidado a população LGBT, já apresentados na seção de metodologia, e que emergiram dos relatos dos profissionais entrevistados.

- Acesso ao serviço e ao cuidado
- Integralidade do cuidado
- Vínculo com a equipe de Saúde da Família
- Qualificação do serviço

Essa forma de sistematização tem como objetivo de aprofundar a compreensão e as análises acerca de questões relacionadas ao cuidado. Posteriormente, na discussão do estudo, relacionamos esses achados com as dimensões da gestão do cuidado.

#### 8.3.1 Perfil dos entrevistados e visão geral das atividades estudadas

Neste momento, julga-se importante falar um pouco dos entrevistados, para melhor entendimento do lugar de fala destes participantes. Três realizadoras são mulheres cis, duas de orientação heterossexual e uma de orientação bissexual e um homem trans de orientação heterossexual. Duas são médicas de família e comunidade, atuando como preceptoras em PRMMFC em diferentes instituições e atuando em diferentes CF; uma é assistente social; e, por fim, um trabalhador da saúde de nível médio.

A motivação que moveu os realizadores a iniciar as atividades foi examinada. Conhecê-la pode dar voz a questões importantes relacionadas ao cuidado da população LGBT. Aqui ela está voltada ao processo de entendimento do despertar desses profissionais para questões relacionadas ao cuidado dessa população e da trajetória de construção dessas atividades. Entender porque se tornou necessário criar algum tipo de estratégia/atividade pode ajudar a compreender a maneira como elas foram se estruturando.

Dois dos entrevistados relacionaram sua motivação diretamente com questões de cunho pessoal e familiar não estando ligadas à sua prática profissional. No entanto, problemas relacionados à capacitação técnica e a ausência ou má estruturação de rede de cuidado durante o atendimento de pacientes trans, também foram identificados como fatores motivacionais para a realização destas atividades.

(...) veio de uma experiência mesmo durante a residência médica, que eu percebi mais das minhas dificuldades pessoais (...) foi a minha dificuldade em oferecer ajuda inicialmente, porque ela falou assim: Eu queria saber como é que funciona a hormonização. (...) foi a demanda específica dela. E eu pensei então, em todo o trajeto que ela passou ali, até chegar ao consultório e fiquei pensando nisso. Enfim, nunca tinha discutido isso também na faculdade ou mesmo na residência, eu fui correr atrás. A partir daí me dei conta de mais necessidades dessa população e do despreparo dos médicos para lidar com essas questões (Profissional 1).

Atendi uma paciente que ela, tinha sido violentada na Lapa, uma violência sexual, uma violência física também, mas uma violência sexual incluída. E aí ela veio e eu queria saber o que é que eu fazia para não revitimizá-la no processo de denúncia, de tudo. E aí eu comecei a pensar o que é que eu podia fazer, e aí ninguém sabia responder. (...) não existia fluxo definido para esse tipo de violência com uma mulher trans (Profissional 2).

O foco principal das atividades são questões relacionadas à população de transexuais e travestis. Embora algumas atividades coletivas tenham sido inicialmente desenhadas para abranger questões relativas a toda população LGBT, segundo os realizadores, com o realizar das atividades ficou clara a necessidade de focar nesse recorte da população LGBT, tanto por sua maior vulnerabilidade dentro do grupo, quanto pela percepção de um maior desconhecimento,

por parte dos profissionais da saúde, de questões específicas desse grupo como, por exemplo, o processo de harmonização e o uso do nome social.

Com isso, as atividades coletivas se davam pela formação de grupos com profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, ACS, dentistas, farmacêuticos dentre outros. Esses grupos tinham o objetivo de sensibilizar os profissionais quanto às questões relativas às particularidades do cuidado desse grupo passando por questões como ética no atendimento, reconhecimento dos direitos desses usuários e questões técnicas, como processo de harmonização.

Outra atividade de grupo relatada foi a de grupos conduzidos diretamente com a população de transexuais e travestis, nos quais eram discutidas as demandas e assuntos de interesses levantados pelo grupo.

### 8.3.2 Acesso ao serviço e ao cuidado

O conceito de acesso tem muitas dimensões e a sua principal característica está relacionada à disponibilidade do serviço ou sua presença física, com equipamentos e recursos humanos suficientes (TRAVASSOS & CASTRO, 2012). No entanto, somente a presença do serviço não garante acesso, já que outras questões como “barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais, culturais, entre outras, expressam características da oferta que, de modo inter-relacionado, atuam facilitando ou obstruindo a capacidade das pessoas de utilizarem serviços de saúde” (TRAVASSOS & CASTRO, p 8, 2012).

As dificuldades do acesso da população LGBT em geral e, especificamente, da população trans aos serviços de saúde, já foram abordadas no referencial teórico deste trabalho. Não foi surpreendente que esse tema tenha emergido fortemente nas entrevistas.

A falta de entendimento dos profissionais acerca das questões da população LGBT pode funcionar como uma das barreiras ao acesso ao sistema de saúde. A entrada do usuário no sistema de saúde se dá, além de outras formas, pela capacidade dos serviços e seus profissionais de ofertar episódios de cuidado de acordo com suas necessidades. Aqui, episódio de cuidado é entendido como o intervalo de tempo decorrido entre o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, devido a um determinado problema de saúde, até seu último contato (GENTIL et al, 2013, p. 140). Do momento em que a unidade de saúde, e seus profissionais, não reconhecem quem são as pessoas e não entendem quais são suas demandas é como se elas não existissem, como se fossem invisíveis. Como ofertar algo que não se conhece? E, a partir do

momento em que as necessidades desse usuário não são consideradas, como considerar que ele tem acesso real ao sistema de saúde?

Na percepção dos entrevistados, muitos dos profissionais de saúde não sabem sequer reconhecer quem são os pacientes LGBT e com isso não reconhecem a importância da oferta de cuidados. Esse desconhecimento fica claro nesse relato sobre a participação de um dos realizadores em uma reunião de equipe, na qual os profissionais de saúde não tinham participado em nenhum processo de sensibilização quanto ao cuidado da população LGBT.

(...) pedi à equipe: - gente, chegou alguma pessoa homoafetiva, com uma demanda específica ou não do serviço social? Eu gostaria de acompanhar. - Ah, mas por quê?" - (...) vamos falar de hipertensão, mas vamos (também) falar de população LGBT. Quantos gays nós temos nas nossas microáreas? - Ah, não sei. Ah, tem uma lá, tem um lá. - Tá, mas esse "tem um lá" tem nome?" (Profissional 2)

Ao mesmo tempo, as atividades de sensibilização parecem interferir de alguma forma no comportamento dos trabalhadores, como se pode observar no relato seguinte.

"(...) depois de fazer os grupos com os profissionais da clínica começaram a aparecer as pessoas que estavam ali de certa forma invisíveis. Pareciam invisíveis, mas que os agentes começaram a falar: ah, então eu conheço, eu conheço pessoas assim, conheço fulano, conheço cicrano e tal. E os agentes trouxeram as necessidades, falaram um pouco das pessoas do território" (Profissional 1)

Aparentemente, a atividade de sensibilização sobre a população LGBT levou ao reconhecimento de quem são esses usuários e permitiu que a equipe pudesse entrar em contato com suas demandas e estimular o acesso desses usuários à clínica.

A percepção que o usuário tem dos serviços de saúde e os cuidados por estes disponibilizados afetam a decisão de procurá-los. Essa percepção pode ser influenciada por experiências passadas, nas quais os serviços de saúde não estavam preparados para lidar com suas necessidades, fazendo com que se procure menos os serviços e, portanto, diminuindo o acesso aos mesmos.

"(...) angustiada com a baixa procura da população trans à clínica, eu fui procurar uma travesti, né, que é como ela se reconhece, como travesti. Assim, mais envolvida com o movimento social e tal. Fui falar com ela e me apresentei como médica, né?! E aí ela: Não, pode pegar meu contato. Pegou meu WhatsApp. E aí quando eu falei que eu era médica de família, ela cortou as forças na hora, falou assim: Ah não, médico de família, não! Não quero saber essa história de clínica da família. Clínica da família não funciona, a gente está interessado em centro de atendimento especializado para a população trans e tal. E aí eu fiquei pensando nisso mesmo, porque realmente, não dá para a gente esperar, a gente recomendar às pessoas trans: ah, procura a clínica da família e tal que você vai ser atendido, que não é realmente a realidade. E aí comecei a pensar que tem que ter uma maneira de a gente uniformizar o atendimento. Acho que é realmente só capacitando, só falando sobre o assunto, que essas pessoas vão aparecer, entendeu?" (Profissional 1).

Se o serviço não consegue atender as necessidades do usuário ele deixa de ser uma opção. Reconhecer as demandas da população e saber como responder as suas necessidades tem a capacidade de ressignificar a forma como os pacientes enxergam aquele serviço, aumentando a procura por ele. O trecho abaixo aponta o aumento da procura da população trans pela clínica depois que os profissionais passaram a ofertar a hormonização.

“Pouquíssimas semanas depois da primeira atividade que fizemos, um residente chegou para mim: estou com uma menina de 17 anos, uma mulher trans que está querendo começar hormonizar ... vem aqui me ajudar. E aí eu falei: caramba! Tipo, que bom que a galera já ficou atenta a isso. A partir daí, começaram a aparecer também alguns meninos trans e tal, e a gente começou a tentar fazer uma lista e começar a perguntar para essas pessoas o que é que elas achavam da ideia de ter um grupo” (profissional 1)

Importante destacar que, a partir do momento em que essas equipes começaram a reconhecer a população, suas necessidades e passaram a oferecer episódios de cuidados, correspondentes às necessidades desse grupo, a procura pelos serviços aumentou, muitas vezes atraindo usuários de outros territórios que não encontravam em sua unidade de referência o acesso necessário. Com isso, surgiu a necessidade de repensar as formas de oferecer acesso a esses cuidados.

Foi a partir dessa necessidade que se iniciaram os grupos com os usuários trans e o uso de tecnologias como o whatsapp para ofertar a marcação de consultas para aqueles usuários que não eram adscritos ao território da clínica, ampliando a entrada desse grupo ao sistema de saúde.

Outra questão importante relacionada ao acesso é a de que não basta ser oferecido um atendimento de qualidade por um profissional capacitado, que realiza uma boa conduta baseada em evidências e protocolos validados, se a rede do sistema de saúde não está preparada para lidar com as necessidades que esse episódio de cuidado demanda. Se o sistema de saúde não tem a capacidade de garantir o acesso à medicação necessária ou o encaminhamento ao nível de atenção requerido, o acesso desse paciente também será vedado.

Essa preocupação apareceu em alguns relatos, principalmente em relação a falta de oferta das medicações para o processo de hormonização e ao longo tempo de espera para consulta nos serviços especializados da rede.

(...) E quando entra, passa pelos médicos, e é atendido. Chega na hormonioterapia, ele vai te dar uma receita, você vai comprar na rua. Porque não tem na farmácia da unidade. E a gente sabe também que essa população não tem grana para isso, e se tiver, ele vai comprar na rua, ele vai dar um jeito de fazer um ciclo diferente do que é para fazer. (Profissional 4).

### 8.3.3 Integralidade do cuidado

Esta categoria, chamada de integralidade do cuidado, emergiu a partir das diversas maneiras pelas quais o cuidado pode ser dispensado, por meio das atividades observadas, pensando-se à construção dos episódios de cuidado a partir da identificação das necessidades e respeitando as singularidades dos indivíduos.

Nessa categoria, a qualificação profissional toma um valor importante. Além de citada por autores já mencionados no referencial teórico deste estudo, a própria PNSILBT reconhece o despreparo dos profissionais em lidar com a população LGBT. Muitas das atividades tiveram seu início a partir da identificação de uma fragilidade técnica sobre o assunto.

Quando se fala de qualificação do profissional de saúde, não é incomum pensar em questões mais voltadas à esfera biomédica do atendimento, como aprender um novo procedimento, ou conhecer o processo de hormonização da pessoa trans, por exemplo. No entanto, os relatos abaixo demonstram a complexidade das necessidades que devem ser abordadas e que incluem o conhecimento de questões sociais, culturais e comportamentais dessas pessoas para, assim, ser possível proporcionar um cuidado de qualidade.

(...) por incrível que pareça, eu acho que tudo ainda precisa ser dito. Porque eu me deparo com cada coisa, porque as pessoas nunca ouviram falar, gente, como vocês nunca ouviram falar? É inacreditável, mas ainda tem isso. Eu já fiz palestra que tipo assim, uma hora e meia falando com slide, com vídeo, com tudo que você imaginar. Aí no final na hora do coffee break chega uma pessoa para mim e fala assim: mas o que é mesmo esse negócio de ser trans, hein?!(Profissional 4)

O primeiro dia que a F. (mulher trans) foi na clínica foi um barraco. Ela fez uma depilação no rosto e ela tem a pele clara, extremamente sensível, então ela estava cheia de queimadura. E ela sem saber o que fazer procurou o atendimento na clínica. Só que essas meninas só andam maquiadas. Então o médico não sabia desse detalhe, e eu também não estava na unidade para orientar. Aí, quando ele falou olha, eu preciso que a senhora tire a maquiagem para eu poder avaliar o grau da queimadura. Ah, (...) a terceira guerra mundial começou ali. Ela disse que não ia tirar e foi embora. O médico ficou injuriado. Quando fiquei sabendo, fui falar com ele e explicar: olha elas não tiram a maquiagem se não puderem colocar depois, porque elas têm medo de apanhar quando estão sem maquiagem (Profissional 2)

No entanto, alguns relatos também mostram a resistência de alguns profissionais com relação a essas singularidades:

A gente programa a capacitação na clínica e não aparecia quase ninguém. Além de ter uma resistência que aí é de cada um, não joga no colo do sistema, porque o profissional ele está orientado como um todo, mas aí ele leva suas convicções à frente, as suas opiniões e chega na hora, ele não faz. Ele parece que tem um prazer assim em contrariar e ver o outro constrangido (Profissional 4)

Alguns autores apontam que essa resistência dos profissionais de saúde acerca dos cuidados à população LGBT, muita das vezes, estar relacionada ao preconceito e ao estigma a esse grupo (BARBOSA; FACCHINI, 2009; LIONÇO, 2008; ARAUJO et al, 2006).

Outros fatores que dificultam a formação dos trabalhadores são a rotatividade de profissionais e a insuficiência de profissionais para conduzir esses processos formativos

A capacitação ela é muito complicada, porque como tudo passou a ser OS, a rotatividade é muito grande. Você fala com um hoje, amanhã não é mais o mesmo, você fala com um, daqui a pouco já mudou (Profissional 4)

Eu escutava a fala: Nós estamos capacitando os profissionais. E eu sempre questionava isso: quem está capacitando quem? Ah, era fulano e sicrano. Eu falei: como é que duas pessoas vão dar conta da demanda toda? (Profissional 4)

Pensando nisso, os processos de sensibilização, identificados nas atividades, parecem exercer um papel importante. Independente da forma como estas se davam - grupos ou abordagens individuais, estas atividades parecem conseguir dialogar com seu público alvo ao conseguir identificar e acolher suas necessidades, de forma que pudessem ser desenvolvidas atividades voltadas às necessidades expressadas.

Exemplos dessa potencialidade se observam nos relatos a seguir, referentes a grupos realizados com usuários LGBT do serviço da unidade de saúde:

“(...) no grupo a gente via a experiência de cada um, sem tentar ficar normatizando muito. Considerando as dúvidas e necessidades de cada um”. (Profissional 1)

(...) iniciamos perguntando o que é que eles gostariam de falar. Assim: trocar, falar de dúvidas. E aí teve reunião que a galera falou muito das dificuldades, assim ... em relação à documentação, não, que eu queria saber muito em relação como é que eu faço para ratificar meu nome, registro civil no cartório (Profissional 1)

Igualmente, naquelas observadas nas abordagens individuais com usuários trans:

Foi depois de conversar com as meninas trans que eu vi que eu preciso inserir elas nessa linha de direito, a qual muitas delas desconhecem completamente, completamente (...). Assim, PREP<sup>3</sup>, são coisas que muitas delas e deles não sabem que tem direito, que existe (Profissional 2)

Por fim, as atividades nas quais ocorriam o encontro do grupo de usuários LGBT com os profissionais de saúde da unidade, promovendo o reconhecimento dessas demandas:

“(...) a gente fez isso num grupo de profissionais e um grupo de pessoas trans. Em um determinado momento colocamos os dois juntos para eles se perguntarem. O que é que

---

<sup>3</sup> A PREP (Profilaxia Pré-Exposição) de risco à infecção pelo HIV consiste no uso preventivo de medicamentos antirretrovirais antes da exposição sexual ao vírus, para reduzir a probabilidade de infecção pelo HIV. O objetivo da PrEP é prevenir a infecção pelo HIV e promover uma vida sexual mais saudável.

vocês precisam da saúde, o que é que para vocês é demanda de saúde, o que é que para vocês é uma necessidade? ” (Profissional 3)

Com base nas necessidades individuais é possível desenhar ações para que o cuidado seja realizado de maneira mais integral, e talvez essa seja uma potencialidade dessas ações.

No grupo de profissionais, apareceu muito a insegurança com a hormonização, então a gente chamou algumas instituições que a gente achava chave, que era a galera do IEDE (Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione) (Profissional 3)

Então, uma das frentes de ações que eu passei a tomar foi acompanhar essas pessoas, ou na delegacia, ou na defensoria pública para que elas pudessem se sentir à vontade e entender aquele espaço enquanto um espaço de direito, um espaço de pertencimento, e que elas pudessem, obviamente, falar com outras pessoas e que a gente pudesse construir vínculo, e começar a botar a cara, mesmo, sabe? Chegar na delegacia, eu ver que a minha usuária, que é uma mulher trans, mãe de santo, e que passou por uma situação de transfobia, foi tratada como senhora, recebeu água e tomou café (...) (Profissional 2)

Interessante notar que esses desenhos de ações não repercutiram apenas em atividades coletivas, mas também possibilitaram observar necessidades de momentos individualizados de cuidado.

Foi a partir desse diálogo que identificamos paciente com necessidades de individualização do cuidado que muitas vezes não seriam alcançadas nos grupos. Como o caso de um homem trans que queria fazer um acompanhamento, mas ele não queria fazer o hormônio, hora nenhuma. Então, ele tinha outras demandas de se entender, de discutir a abordagem familiar, de nome, de um monte de coisa. Agora a gente está com outro homem trans, que fazia hormonização, e agora está tentando engravidar, que aí está fazendo ácido fólico, está com anemia ferropriva, enfim... mas ele tem um espaço que é outro, mas esse espaço, o que é que é diferente do espaço da clínica? (Profissional 3)

(...) olha I. (mulher trans), eu sei que você adora jogar um queimado de noite, já tomei ciência que você bota seu top. A questão não é essa, a questão é que você está em situação de tuberculose, ainda numa situação de bacilífera, que você ainda está, seria legal se você pudesse segurar um pouquinho até a medicação começar a fazer efeito. Então, são esses... tirar algo mais pontual, olho no olho, de empoderamento, dessa pessoa humana poder entender que ele é igual, ele e ela igual a todo mundo, que não tem diferença (profissional 2)

Ainda, no âmbito do desenvolvimento de ações baseadas nas necessidades encontradas, observou-se a importância da multidisciplinaridade por meio da presença de profissionais do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) nas reuniões. Assim como o convite para profissionais de diferentes áreas de atuação como fisioterapeutas, educadores sexuais, estimulando o trabalho multidisciplinar em equipe, ampliando o cuidado.

(...) eu estendia a reunião para o pessoal do CAPS, a galera do CAPS ficou sabendo e perguntou: a gente pode participar? Aí eu falei pode e tal. Aí teve uma reunião, teve uma menina trans do Alemão e teve mais dois profissionais do CAPS. E eu, enquanto eu estava super preocupada dela estar ali sendo a única ali que está como pessoa trans, eu perguntei: como é que você achou? Ela não, eu achei ótimo, eu precisava desse espaço para desabafar (Profissional 1)

E aí a partir daquelas demandas que a gente mapeou, a que eu te falei, a gente mapeou então quais seriam as instituições importantes para estarem (Profissional 3)

Então, por exemplo, como estava se repetindo muito o tema de masculinidades, a gente chamou um convidado de fora para discutir masculinidade. (Profissional 3)

Além disso, essas ações representam um estímulo à incorporação de instituições de saúde especializadas, como o IEDE, e à intersectorialidade com a participação de ONGs como o projeto Casinha<sup>4</sup> e Mães pela Diversidade<sup>5</sup>, além da participação da Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual da cidade do Rio de Janeiro CEDS-Rio. Trata-se de uma estratégia promissora de ampliar os olhares para as necessidades do cuidado.

A questão da saúde mental para eles (usuários (as) trans) foi sempre muito colocada, então a Casinha veio com um grande parceiro aí, e que eles têm uma rede, tem uma rede de empregabilidade a CEDS e a Casinha. Também nos aproximamos mães pela diversidade trabalhando com as questões dos direitos desses usuários (Profissional 3)

#### 8.3.4 Vínculo com a equipe de Saúde da Família

O vínculo é um instrumento potente na produção de cuidado na APS construído ao longo do tempo. Considerado uma diretriz do cuidado, na Atenção Primária, e construído a partir do encontro profissional-usuário e da disponibilidade de ambos na relação terapêutica, o que possibilita, aos poucos, pensar formas de cuidado e promoção da saúde com o usuário, dentro de seu contexto de vida.

Kristjansson (2013), relaciona o vínculo com uma maior efetividade e eficiência das intervenções em saúde e com uma maior adesão e, por consequência, gerando aumento da resposta do usuário aos cuidados de saúde e de sua satisfação. Os benefícios ao cuidado proporcionados por esse encontro profissional-usuário são evidentes, entretanto, esse vínculo deve ir além da interação interpessoal, e a sua construção requer a responsabilização coletiva, de uma equipe, uma unidade de saúde, até mesmo do sistema de saúde. Estratégias para a construção do vínculo podem e devem ser elaboradas a partir da abordagem ativa da equipe no território, ou da iniciativa dos usuários. A importância do vínculo como uma estratégia da equipe e não de apenas um indivíduo surge no relato:

---

<sup>4</sup> Projeto Casinha é uma casa de acolhimento para LGBTs em situação de risco no Rio de Janeiro, disponibilizando cursos de capacitação, um centro cultural e atendimentos médico e psicológico para a comunidade

<sup>5</sup> ONG que se deu início com pais de pessoas LGBTs que hoje formam um movimento suprapartidário em prol dos direitos civis desse grupo.

(...) as estratégias são várias para construção de vínculo, você ter uma equipe boa, principalmente de enfermagem, que tem uma sensibilidade, um feeling, um discurso, que vá contribuir para desconstruir esse olhar, então há situações de sucesso e há situações de não sucesso (Profissional 2).

Segundo Cunha (2009), o vínculo também está relacionado à construção de uma relação terapêutica, ou interpessoal, do usuário com o profissional ao longo do tempo e caracterizada pela responsabilidade e confiança. Principalmente para segmentos que historicamente se encontram em vulnerabilidade, e que sofrem diferentes tipos de discriminação na busca pelo sistema de saúde, a temporalidade na construção da confiança se faz mais evidente.

(...) então como as meninas (mulheres trans) também são muito desconfiadas, eram respostas muito pontuais. Depois que elas viam que tinha vínculo, aí elas abriam comigo, e aí espalhava no morro, né, de que tem um profissional lá que cuida da gente, e aí elas vinham (Profissional 2)

Aparentemente, os trabalhadores, que demonstram interesse e conhecimentos sobre as necessidades dessa população, acabam por se tornarem a principal referência para os usuários. No relato abaixo o profissional fala sobre uma paciente trans que a procurava para resolver questões de saúde antes mesmo de procurar sua equipe de referência.

Tinha essa menina trans, que estava fazendo hormonização na unidade, mas que quase não ia na clínica, sempre me abordava antes de procurar a equipe dela. Chegava falando: aí, tudo bem? Estou com uma dúvida: quem toma geralmente a medicação, hormônio, pode tomar dipirona? Tem como você perguntar para a doutora se eu posso tomar dipirona? Eu falei: mas mulher, qual é o problema, por que você não pergunta? Não sei, me sinto mais à vontade com você e morro de medo de estragar meu tratamento (Profissional 2)

No tocante à população LGBT, a relação usuário-profissional parece ser atravessada pela falta de preparo dos profissionais e pelo medo de sofrer preconceito por parte desses usuários, como já discutido no referencial teórico. Almeida (2009), reforça a importância do vínculo no cuidado da população LGBT, quando refere que as mulheres lésbicas e bissexuais não se sentem à vontade para compartilhar questões, sobre sua orientação sexual e suas expectativas em saúde, com seus médicos por não se sentirem acolhidas pelos mesmos.

### 8.3.5 Qualificação do Serviço

Aqui serão focalizados os achados referentes ao quão preparados os serviços se encontram para lidar com a população LGBT. O despreparo dos serviços de saúde é reconhecido pela PNSILGBT, cujos objetivos incluem combater o preconceito institucional, bem como

contribuir para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

Nessa categoria entende-se que alguns comportamentos dos profissionais refletem o preparo da instituição como um todo e serão tratados tópicos como o desrespeito aos direitos da população LGBT quanto ao uso do nome social, o acolhimento na unidade e o apoio da gestão local.

O desrespeito ao uso do nome social das pessoas trans, por parte dos profissionais de saúde, embora possa ser entendido como um indicativo, já citado, do despreparo para lidar com esses indivíduos, também caracteriza falta de qualificação do serviço de saúde, já que este é um direito garantido em lei e consta como um dos objetivos na PNSILGBT: “Garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” (Brasil 2008a) e é de responsabilidade da gestão local que seus profissionais respeitem os direitos dos usuários.

A falta de respeito em relação ao nome social foi um assunto recorrente nas entrevistas. Um exemplo é mostrado no relato de uma visita domiciliar da qual um dos profissionais que realizam atividade participou.

E eu passei uma situação extremamente constrangedora com um agente comunitário de saúde formado em serviço social, que chamava ela (paciente trans) pelo nome civil. E gritava: fulano! E eu dizia pra ela: não é fulano, é beltrana. E a agente insistia: oh fulano! E eu: oh beltrana. Aí ficava aquela coisa de louco na porta dela. Aí ela chegou, eu falei: oi, tudo bem? Ele (o agente): oi fulano. Eu digo: o nome dela não é esse. Agente: Ah, mas a família chama assim. Eu falei: a família também não deveria chamar, mas como é família, eu não vou me meter nesse momento (Profissional 2)

Se o constrangimento e desrespeito ao usuário já são intoleráveis, a violação desse direito inibe o acesso do usuário à unidade, além de gerar uma sensação de risco ou de, efetivamente, colocá-lo em situação de risco. Principalmente, considerando-se que uma das responsabilidades da unidade é ser um local de acesso seguro e universal, e não promotor de violência quanto ao seu usuário. No relato seguinte, o entrevistado conta sua experiência em um serviço onde os profissionais ainda não tinham participado de nenhum processo educativo ou de sensibilização sobre o tema de direito/saúde LGBT. Um relato forte do ponto de vista de um profissional que é uma pessoa trans.

Se você chega num posto de saúde, numa clínica da família para ser atendido, normalmente tem uma porrada de gente sentada atrás de você, com você de frente para o atendente. E quando o atendente não respeita o teu nome, e aí entra uma questão de segurança, que alguém que pode estar sentado lá, pode ouvir. Você imagina olhar para a minha cara e falar o nome feminino (...)? Eu posso sair dali e ser agredido, eu posso

apanhar, posso ser violentado, porque o cara vai achar que porra, não pode existir uma pessoa com aparência masculina e um nome feminino. E isso pode ser evitado com o uso do nome social. (Profissional 4)

Nas unidades, em que os profissionais passaram por atividades de sensibilização sobre essas questões, uma mudança no seu comportamento, em especial nos ACSs, que participaram desse processo, se destaca. Esses trabalhadores ficam mais alertas em relação às atitudes dos colegas de trabalho em relação ao desrespeito dos direitos da população trans e, ao mesmo tempo, parece haver um despertar de consciência, quanto às necessidades desses outros profissionais passarem por esse processo de sensibilização de maneira a promover uma melhor prática.

“Porque o que a gente percebeu é que depois que a gente fez a primeira, a segunda rodada na verdade, fez duas discussões LGBT e tal. E quando a gente fez teia, a gente percebeu que as pessoas começaram a usar nome social” (profissional 3).

Mas, enfim, aí eles mesmos relataram situações assim... de violência! Os próprios agentes, falaram: olha, já teve situação aqui que, quando a gente falou da questão do nome social, falei olha, já vi situação aqui parecida que fulano era conhecido como com nome tal. Todo mundo já sabia que o nome que ela usava era esse, e o colega continuou não respeitando o nome que ela queria (Profissional 1).

(...) depois da sensibilização, os ACS passaram a falar: você tem que fazer essa atividade também para os técnicos, porque fulana foi lá coletar sangue, e o técnico ficou chamando lá pelo nome de nascimento e a pessoa não queria ir lá se levantar. Então, muitas coisas foram aparecendo com a própria atividade de sensibilização (Profissional 1).

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que enfatiza não haver local nem hora certa para que este seja realizado, nem um profissional específico para fazê-lo, mas sim, que ele esteja presente em todos os encontros do serviço de saúde com seu usuário. Neste trabalho o acolhimento está sendo entendido como um ato institucional, a maneira pela qual o serviço proporciona o sentimento de pertencimento e bem-estar da população LGBT, sobretudo da população trans nas unidades.

Nas entrevistas, realizadas com os profissionais médicos, questões sobre a percepção da população trans a respeito de seu senso de pertencimento e seu bem-estar no serviço não apareceram. Os médicos afirmam não saber como se dava esse processo porque a procura por parte dessa população era baixa e eles não abordavam esse assunto durante a consulta.

Em contrapartida, na fala de um profissional, que não é médico, essa questão surgiu. Embora tenha sido apenas um, é possível supor que profissionais que não estejam tão restritos aos consultórios – caso de médicos e dentistas, por exemplo - consigam estar mais presentes nos

ambientes compartilhados e de circulação da clínica e tenham uma outra percepção sobre essas questões. No depoimento abaixo a percepção de que a população trans, mais claramente, sente-se desconfortável nas unidades aparece explicitamente.

Tinha um grupo de meninas travestis ou transexuais, eu não tive acesso a elas, mas eram mulheres que chegavam na unidade, elas iam para o dentista, e elas ficavam ali segregadas, aquele grupo. Falei: meu Deus, o que é que é isso? Eu não sei se elas eram profissionais do sexo ou não, ou se de repente essa segregação era para evitar algum tipo de coisa, isso começou a me irritar profundamente. Elas ficam confinadas, elas não circulam na unidade. E o que não é comum, porque as meninas elas gostam de chegar, elas gostam de circular, elas não faziam isso, começou a me chamar a atenção (Profissional 2)

O R. era travesti, casado, ele assumia a identidade masculino, mas adorava se montar, mas chegava na clínica de menino. Eu falei: mas não estou entendendo. Ah não, o povo fica olhando (Profissional 2)

Esse relato mostra a importância do olhar de diferentes profissionais dentro do serviço, ampliando a possibilidade de se avaliar como está se dando o acolhimento.

O que está sendo aqui nomeado como “desconforto” pode, na verdade, constituir sentimentos de medo ou repressão por parte desse público, o que dialoga com achados da literatura sobre o tema que registram posturas de inferiorização da homossexualidade e atitudes heteronormativas exibidas pelos profissionais e serviços de saúde (CORRÊA-RIBEIRO; IGLESIAS; CAMARGOS, 2018; BUTLER, 2003).

Eu percebo que a ignorância das pessoas é preconceituosa, não é uma ignorância do desconhecimento, é uma ignorância de querer se achar melhor, de achar que ter uma orientação sexual cis hétero é um prêmio, é um troféu, que o outro não é um nada. Então, isso era uma coisa que eu observava bastante, das usuárias principalmente, as meninas, das travestis, os meninos trans chegavam na unidade (Profissional 2)

No relato seguinte fica evidente a importância das atuações específicas e dirigidas nessas situações. Após a observação de que aquelas pacientes apresentavam um comportamento diferente do habitual, a profissional entrevistada confrontou o profissional dentista o qual as usuárias trans estavam aguardando.

E eu chamei o dentista, falei dentista, o que é que está pegando? Ele: sobre o quê? Eu falei, as meninas chegam e você já percebeu como as suas pacientes se comportam? Ele: não. Expliquei para ele o que tinha observado. Ele disse que realmente nunca tinha se dado conta desse assunto, mas que depois de umas explicações minhas ele passaria a conversar mais com elas, e entender como elas se sentiam e o que poderiam fazer para melhorar. (Profissional 2)

O entendimento é que todo esse processo que está sendo denominado de acolhimento é de responsabilidade de todos que representam a unidade de saúde, desde profissionais que ali

trabalham na manutenção, ou assistência até os gestores e, sem dúvida, que o bem-estar do usuário na unidade de saúde é o reflexo de respeito e qualidade do serviço prestado.

A elaboração de fluxos voltados às necessidades específicas da população trans, que frequentam a unidade, tem a potencialidade de qualificar o serviço prestado. Com base nos grupos e discussões, com profissionais e usuários trans, foi identificada a falta de fluxos estabelecidos para lidar com as violências sofridas por esse grupo. A partir do esforço dos realizadores, em conjunto com a gestão local e órgãos municipais, uma das unidades adotou um fluxo bem definido para o atendimento de casos de violência à população trans que chegava à clínica, organizando e ampliando o cuidado desses usuários.

“E aí a gente conseguiu fechar o catálogo e o fluxograma da violência. Não está maravilhoso, mas está bacana, o fluxograma está melhor do que o catálogo, que o catálogo a gente dependia de um formulário que as pessoas preenchessem. ”  
(Profissional 3)

Tem a rede de segurança que entrou pelo fluxograma da violência e a CEDS, por exemplo, eu quero ir, na delegacia, estou morrendo de medo de ser violentada de novo, verbalmente e tal, ser maltratada, e o pessoal da CEDS costuma acompanhar na delegacia. (Profissional 3)

O apoio da gestão, seja ela local, marcada pela atuação dos gerentes e diretores das CF e CMS, seja essa oriunda das CAPs, exerce um papel fundamental para a organização dos processos de trabalho das unidades de saúde. A própria PNSILGBT aponta a importância do papel do gestor, em suas diferentes esferas, como parte do enfrentamento do despreparo dos serviços de saúde para lidar com essa população. Dificuldades relacionadas ao apoio de gerentes e da CAP para realização de atividades voltadas à população LGBT foram observadas em alguns relatos:

“Eu não tive esse apoio da gerência, e nem muito menos da CAP em termos de apoio NASF para fazer ações para melhorar o acolhimento da unidade a população trans. Porque para a visão da atual apoiadora, isso não é uma prioridade”. (Profissional 2)

Outros profissionais entrevistados reforçaram o apoio da gerência na formação e na manutenção das atividades de sensibilização a população trans. Um relato que enfatiza isso é do profissional seguinte, que fala como alguns gerentes procuravam instituições ligadas à secretaria municipal em busca de ajuda para capacitar seus profissionais e serviço, a partir de percepção local de problemas sobre essas questões.

(...) em uma Clínica da Família do Rio, um homem trans teve problema lá, ele foi ao gestor lá da clínica. E esse gestor marcou com ela uma reunião. Quando já estava tudo marcado, ele falou: agora eu vou chamar você para fazermos uma sensibilização com os funcionários da clínica. Sabe, e a sala também estava cheia de profissionais e a gente

cada um falou da tua vivência, da experiência, do que está faltando. E aí as pessoas começaram a entender o que é que a gente está dizendo (Profissional 4)

O apoio da gestão em todos os níveis da esfera municipal é fundamental, para a criação, estruturação e manutenção de atividades que possam contribuir para a qualificação dos serviços de saúde quanto às questões da população LGBT, de forma a promover a universalidade do acesso e cuidado em saúde desse segmento.

## 9 DISCUSSÃO

A análise da distribuição das atividades pelo município foi prejudicada pela baixa adesão ao estudo. A que diz respeito a estes assuntos, supõe-se que a forma de obtenção dos contatos dos gestores locais, na primeira etapa do estudo, tenha exercido uma forte influência nisso. O site “Onde ser atendido” parece ser, sem dúvida, uma boa ferramenta para o usuário ter conhecimento da sua unidade e equipe de referência e promover o acesso. No entanto, a rotatividade dos profissionais requer constantes atualizações das informações na plataforma. Apesar da estratégia de algumas CAPS em disponibilizar o email institucional e não do gerente, no site, parece não contornar esse problema, do momento que não obtivemos resposta das CAPS que adotaram essa estratégia.

Outra hipótese levantada, relaciona-se com o período da realização da coleta de dados do estudo. Devido à demora do parecer do CEP da SMS-RJ, os emails para os gerentes e diretores, só puderam ser enviados em um período onde muitos profissionais costumam entrar de férias. Além das hipóteses já citadas, não se pode deixar de levar em consideração o momento delicado e de extrema complexidade que o setor da saúde no município do Rio de Janeiro se encontrava no período do estudo. Como já mencionado no contexto do estudo, a AP do município do Rio de Janeiro, passava, naquele momento, pelo plano de reordenamento da APS, durante a fase de coleta do estudo, ocorria uma grande rotatividade dos profissionais em especial nos cargos relacionados à gestão local das unidades, o que pode ter contribuído para baixa adesão na primeira etapa do estudo.

Em relação ao contexto político/administrativo, este parece influenciar diretamente nas práticas das atividades à população LGBT na APS. Observando os dados das atividades que foram descontinuadas, cinco das 7 atividades encerradas foram no ano de 2018, e as causas relacionadas com isso foram a falta de pagamento dos funcionários no período da greve e a diminuição no quadro de funcionários na unidade. Estes fatos podem estar relacionados com um série de mudanças do âmbito político, como: redução orçamentária para APS, o plano de “reorganização” dos serviços e mudanças na PNAB 2017, que levaram a redução dos recursos humanos das unidades de saúde, como discutido no contexto do estudo.

Ainda sobre as atividades descontinuadas, o baixo número de atividades em desenvolvimento, bem como a existência de sete atividades descontinuadas, em poucos anos após

a promulgação da PSILGBT, pode sinalizar uma dificuldade de implementação e consolidação de ações direcionadas para este público no município do Rio de Janeiro.

Supõe-se que a descontinuidade das atividades no período entre 2017-2019 pode também estar relacionada a mudanças nas prioridades estabelecidas pela gestão municipal, eleita em 2016. Se, durante a gestão anterior, observa-se uma expansão da APS no município do Rio de Janeiro, com um forte investimento na qualificação dos profissionais e dos serviços da APS, a partir de 2017 o declínio deste estímulo é observado (CAMPOS et al, 2016; MELO; DE MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019)

Um questionamento que surgiu, durante a análise de dados, foi em relação ao entendimento do que os gestores locais interpretavam o que seria uma atividade voltada ao grupo LGBT. Apesar de muitas unidades terem respondido que não realizavam nenhuma atividade voltada a esta população, em algumas delas, profissionais médicos realizam o processo de hormonização da população transexual na APS do Rio de Janeiro. O que nos leva a indagar o porquê destas unidades não identificarem o processo de hormonização da população trans como uma atividade voltada a população LGBT.

Esse dado traz a reflexão que o número de atividades voltadas à população LGBT é maior do que a levantada nos questionários, e que talvez, o que chamamos de iniciativas ou atividades, deveriam estar mais explicados nos questionários para diminuir esse viés. Algumas hipóteses podem ser consideradas com esse fato. Uma seria que alguns destes gestores estivessem a pouco tempo na unidade, e assim não tivessem conhecimento da atuação de seus profissionais. Uma outra hipótese é a desconsideração da abordagem de hormonização da pessoa trans como uma atividade por ser entendida como um ato médico. Talvez possa haver uma desconsideração. Embora seja uma prática exclusiva de médicos, baseada em protocolos clínicos internacionais bem definidos, e seja capaz de diminuir a exposição dessa população à violência, ainda não é uma prática rotineira na APS.

Não existem levantamentos oficiais do número de profissionais na APS do Rio de Janeiro que ofertam este tipo de serviço, mas o que se percebe na prática é de poucos profissionais que reconhecem a importância desse ato de cuidado, e ainda uma insegurança de muitos profissionais no manejo desse processo. Não existem, até o momento, protocolos ou notas técnicas orientando os profissionais de saúde do município para realizar esse procedimento na APS, o que pode contribuir para uma aparente baixa oferta deste procedimento.

O não reconhecimento da hormonização, como uma atividade voltada a população LGBT, leva a reflexão sobre como estão sendo enxergadas as necessidades desta população pelos serviços de saúde. O que pode estar relacionado ao observado por Araújo et al (2006), que afirmam que a população LGBT não tem suas necessidades de saúde contempladas por estar sujeita a preconceitos e estigmas relacionados à homossexualidade. Além disso, há trabalhos mostrando o desconhecimento, por parte de profissionais de saúde, das vulnerabilidades que essa população está exposta, afetando diretamente seu direito à saúde (GUIMARÃES et al., 2017; PEREIRA et al., 2017).

Para maior compreensão de como as categorias identificadas nas entrevistas se relacionam com o cuidado em saúde da população LGBT, buscou-se promover um diálogo entre estes achados e a dimensões descritas por Cecílio (2011). É importante reforçar que, mesmo que apresentadas separadamente, entre essas dimensões existem inúmeras conexões produzindo uma complexa rede de pontos de contatos entre si.

Dimensão individual do cuidado.

A dimensão individual do cuidado, representa a mais nuclear das dimensões, dizendo respeito ao “cuidar de si”, no sentido da potência que o indivíduo tem de expressar as suas singularidades na vida e promover sua autonomia.

Aqui entendemos autonomia não como o contrário de dependência, ou como liberdade absoluta, entende-se como a capacidade do sujeito lidar com sua rede de dependências, como um processo de co-constituição de uma maior capacidade dos sujeitos compreenderem e agirem sobre si mesmo e sobre o contexto. Segundo Campos et al (2006), a autonomia depende não só de condições externas ao sujeito, mas também da existência de leis mais ou menos democráticas, sofrendo influências do funcionamento da economia, da existência de políticas públicas, de valores veiculados por instituições e organizações, além da cultura em que está imerso.

A respeito dos formatos de realização, as atividades coletivas em forma de grupos, voltadas ao público LGBT foi a predominante no estudo, seguida pela consulta individual para hormonização da pessoa trans.

Atividades de grupo possuem grande potencialidade de promover cuidado em diferentes dimensões, uma vez que se constituem em espaços de interação e discussão coletiva entre equipe e comunidade (CARNEIRO, 2012). A partir do espaço de diálogo e de escuta das diferentes ‘vozes’ que ali se manifestam, estas atividades podem se tornar instrumento para a compreensão

de processos de construção de uma realidade por um grupo específico, e, a partir dela, criar novas possibilidades de enfrentamento das dificuldades, novas estratégias de cuidado. Nesta perspectiva, Vasconcelos (2017), fala da importância desses espaços de grupo como forma de educação popular em saúde, onde as experiências do viver, os valores individuais são levados em conta, propiciando um cuidado além do modelo centrado na doença, criando cidadãos mais capazes de gerirem a própria saúde.

Este caráter educativo também afeta as equipes de saúde, do momento que trazem a reflexão de questões que muitas vezes são difíceis de serem atingidas dentro do consultório, como por exemplo as questões sociais, que perpassam as questões de saúde, como o preconceito e a percepção do indivíduo na sociedade. Desta forma, essas reflexões podem levar elaboração de novas formas de oferecer cuidado, mudando a prática não só das equipes, mas também dos serviços de saúde, incentivando a integralidade no cuidado. Com isso, fica claro a potencialidade desse tipo de atividade em interferir em outras dimensões do cuidado como o profissional e a organizacional.

A reflexão aqui talvez deva ser feita para o além do formato da atividade. Independente da forma que se organiza, em grupo ou uma abordagem individual, a grande oportunidade de contribuir na dimensão do cuidado individual, que as atividades estudadas parecem ter, é justamente a criação de espaço de fala, onde o usuário LGBT tem a possibilidade de falar e ser escutado, tem a possibilidade de estimular o seu autoconhecimento e resignificar a maneira como ele se enxerga. É a valorização do diálogo, da real escuta das necessidades.

Nunan (2004), fala sobre como membros da população LGBT internalizam as percepções de violência e discriminação que sofrem na sociedade, passando a se enxergarem como inferiores aos demais membros da sociedade. Aprender sobre seus direitos, saber como exigí-los, sentir-se valorizado e respeitado dentro e fora das unidades de saúde, são exemplos de estímulo à autonomia e promoção de saúde.

#### Dimensão Familiar do Cuidado

Aqui Cecilio (2011), refere-se ao que diz respeito à gestão do cuidado localizado no mundo da vida, levando em consideração o mundo com todas suas dificuldades e contradições, levando em consideração, principalmente, toda a complexidade existente nas relações e os conflitos, principalmente os encontrados nos laços familiares e na relação de cuidado e cuidador

que mudam ao longo do ciclo de vida. Faz menção também ao conceito de família, além dos laços sanguíneos para aqueles que o indivíduo reconhece como família.

O envolvimento das famílias da população LGBT nas atividades descritas não apareceu explicitamente, o que torna difícil a avaliação dessa dimensão do cuidado. Para muitas minorias sociais, a família, muitas das vezes, exerce o papel de principal apoio no enfrentamento da discriminação, porém, no caso da população LGBT é no próprio lar que a opressão e a discriminação se fazem mais presentes (MOTT, 2000).

Em que se diz respeito a gays e lésbicas, Frazão e Rosário (2008), dizem que os quadros de rejeição e violência sejam psíquica ou física, associadas aos constrangimentos públicos, começam dentro do próprio lar, e sugerem que a família, aliada a outros grupos detentores do poder social, contribuem para a repressão deste grupo. O relato da visita domiciliar, realizada pelo profissional 2, reforça a ideia das dificuldades que membros da população LGBT apresentam no âmbito familiar, onde observou que, o agente de saúde que o acompanhava, não considerava o nome social assumido pelo paciente dizendo que a própria família não o respeitava.

Embora as atividades estudadas não tenham conseguido aprofundar as questões referentes a essa dimensão fica claro a potencialidade de abordarem esse assunto. Do momento que o cuidado é individualizado e as demandas do paciente são entendidas, a criação de estratégias de abordagem familiar pode ser desenhada.

A dimensão profissional do cuidado

Nesta dimensão, Cecilio (2011), diz respeito ao encontro do profissional de saúde e o usuário. Desde a capacidade técnica desse profissional, passando pela ética no atendimento até a criação de vínculo. As atividades estudadas parecem exercer uma grande interferência nessa dimensão do cuidado em particular principalmente quando se refere a capacitação técnica, integralidade do cuidado e criação de vínculo.

Quando observamos a motivação dos realizadores para a criação de atividades, percebemos que a autopercepção de despreparo técnico e da rede de saúde, em lidar com algumas situações de cuidado envolvendo usuários LGBT, exerceu um papel importante. A própria PNSILGBT reconhece esse despreparo, e tem como uma de suas metas a capacitação dos profissionais a respeito do cuidado desta população no intuito de promover o cuidado integral e a universalidade do SUS, a partir de estratégias criadas pelas três esferas de governo.

No levantando deste estudo, não foi encontrado um espaço formal de formação sobre essas questões. Um fato que chamou atenção foi que nenhum dos participantes procurou o curso da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) como forma de capacitação. Esta foi criada em 2010 para atender às necessidades de capacitação e Educação Permanente dos profissionais de saúde. Coordenado pelo Ministério da Saúde, por meio da atuação conjunta da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Sistema UNA-SUS conta com uma rede colaborativa formada por uma rede 36 instituições públicas de educação, que desenvolvem cursos para profissionais do SUS. Os cursos são gratuitos no formato de educação à distância com a proposta de um enfoque prático baseado na rotina dos profissionais de saúde.

Em 2015, a UNA-SUS ofertou o curso sobre a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, com objetivo de oferecer conhecimentos para promover um atendimento humanizado e qualificado à população LGBT, contribuindo para o acesso à saúde integral sem discriminação<sup>6</sup>. Desde a sua primeira oferta, em maio de 2015, a capacitação foi incluída como módulo obrigatório nos cursos de formação dos profissionais dos Programas ‘Mais Médicos’ e de ‘Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab)’. O curso, até 2017, tinha um total de 33 mil pessoas inscritas e atingiu a média de 34.9% de certificação, sendo considerado um sucesso, já que cursos à distância tendem a ter apenas 10% de certificação<sup>7</sup>.

Esse dado se torna relevante quando se entende que um projeto apoiado pelo MS, com intuito de promover capacitação dos profissionais de saúde acerca do cuidado em saúde população LGBT, baseado na PNSILGBT, não tenha sido mencionado pelos profissionais da APS do município do Rio de Janeiro que realizam atividades com este público, e que estão envolvidos em atividades promotoras de cuidado a esta população. Essa informação leva à reflexão de como as ações de capacitação de profissionais e unidades de saúde no município do Rio de Janeiro à luz da PNSILGBT estão ocorrendo, sugerindo uma aparente ausência de formas institucionais de formação/capacitação dos profissionais de saúde acerca do assunto como proposto pela PNSILGBT.

A criação de grupos, com profissionais de saúde, para discutir desde os direitos dessa população, como o uso do nome social, até a discussão de habilidades mais técnicas como os

---

<sup>6</sup><https://www.unasus.gov.br/noticia/curso-sobre-pol%C3%ADtica-de-sa%C3%BAde-lgbt-encerra-inscri%C3%A7%C3%B5es-nesse-fim-de-semana>

<sup>7</sup><https://portal.fiocruz.br/noticia/politica-nacional-de-saude-integral-lgbt-inscricoes-abertas-para-curso-online>

protocolos de hormonização, além de contribuir para autonomia do usuário LGBT, como discutido anteriormente, parecem interferir positivamente na dimensão profissional, uma vez que qualificam o cuidado por esses profissionais.

No caso deste estudo, agentes de saúde, após a sensibilização, passam não só a usar o nome social, mas também a identificar outros profissionais da clínica que violam esse direito. Nos profissionais médicos estes passaram a oferecer e procurar ajuda de profissionais mais experientes para realizar o processo de hormonização, além de mudanças na percepção das necessidades de saúde do paciente, e com isso estimular a integralidade do cuidado e do acesso dessa população ao serviço de saúde.

Uma potencialidade, referente a sensibilização dos profissionais, encontrada em uma das atividades estudadas, foi a presença de professores e alunos do PET- Saúde. O envolvimento dos universitários nestas atividades pode contribuir para uma mudança no perfil da formação universitária, em especial do curso de medicina, incluindo a sensibilização destes futuros médicos, às questões de saúde e cuidado da população LGBT, que pode resultar em profissionais mais capacitados na rede para lidar com essas questões.

Um fato importante, que foi observado, é o surgimento dos profissionais de referência do usuário. Os profissionais, que promoviam as atividades ao público LGBT, acabavam por muitas das vezes se tornando o profissional com o qual o usuário LGBT buscava como referência. Alencar e Albuquerque (2016), falam do medo que os usuários LGBTs têm de sofrer discriminação pela falta de preparo dos médicos no campo da sexualidade. Com isso, parece que profissionais que sejam mais sensibilizados nestes assuntos, podem ter mais habilidade em lidar com as questões relacionadas à sexualidade e orientação sexual, ou ao menos, mostrem-se mais receptivos a estas, aumentando as chances de criar vínculo com esses usuários e consequentemente diminuindo e mitigando possíveis barreiras de acesso.

#### Dimensão organizacional do cuidado

Esta dimensão é a que se dá no serviço de saúde marcada pela divisão técnica e social do trabalho, e evidencia novos elementos, como: o trabalho em equipe, as atividades de coordenação e comunicação dentro do serviço, além da função gerencial propriamente dita. O Ponto central nela é a organização do processo de trabalho, em particular, a definição de fluxos e regras de atendimento e a adoção de dispositivos compartilhados por todos os profissionais, tais como: as agendas, protocolos únicos, reuniões de equipe, planejamento, avaliação etc.

Dentre outros achados deste estudo, dificuldades de conciliar as atividades voltadas para o público LGBT com outros processos de trabalho da clínica, apareceu como justificativa, não só para na realização das atividades em curso, mas também como motivo para descontinuação de algumas delas.

No site do Ministério da Saúde<sup>8</sup>, de acordo com a PNAB 2017, o gerente da UBS, entre outras funções, é responsável por garantir o planejamento em saúde; a gestão e organização do processo de trabalho; coordenação das ações no território e integração da Unidade de Saúde da Família (USF) com outros serviços. Entende-se que a organização dos processos de trabalhos de uma unidade de saúde envolve diversas questões como: recursos humanos disponíveis, a característica de demandas e necessidades da população para com os serviços e etc. Logo, problemas relacionados a processos de trabalho não são, necessariamente, reflexo de uma má gestão ou desinteresse do profissional responsável. Entretanto, os relatos que aparecem nas entrevistas sobre a falta de apoio gerencial, na manutenção e no incentivo à realização de atividades voltadas a população LGBT, levantam questionamentos de como a percepção desse profissional, quanto a importância de desenvolver estratégias para melhorar o cuidado deste grupo, pode afetar essa dimensão do cuidado.

O aparente desinteresse ou falta de informação sobre a importância de atividades voltadas a essa população, talvez seja reflexo da não institucionalização da PNSILGBT, mas também traz à tona questionamentos de como as questões de saúde desse grupo são entendidas por esses profissionais. Em contrapartida, alguns relatos mostram a importância de uma gerência que esteja interessada e capacitada a reconhecer as dificuldades que essa população enfrenta nos serviços de saúde. Na entrevista do profissional 4, há referência de um gerente de uma CF que busca ativamente um órgão municipal solicitando a capacitação dos seus profissionais, depois de queixas de usuário trans, que se sentiu desrespeitado na unidade. Aqui fica claro como o papel gerencial pode proporcionar melhorias na dimensão organizacional do cuidado.

Outro fator que pode contribuir para as dificuldades do processo de trabalho é a centralidade do cuidado da população LGBT na classe médica. Esse dado se torna ainda mais curioso quando notamos que, nas atividades estudadas, há uma prevalência do formato de grupos. E apesar de atividades de grupo comporem o escopo de atuação dos profissionais da atenção primária, não é comum a presença de médicos na liderança dessas atividades.

---

<sup>8</sup> <https://aps.saude.gov.br/noticia/5454>

Na prática, observa-se que o processo de trabalho das unidades básicas de saúde ainda apresenta um forte perfil assistencialista, muito focado no atendimento, em especial o atendimento médico, talvez ainda reflexo de um modelo mais biomédico, considerando a doença como centro do cuidado. Esta ideia é reforçada inclusive nos programas governamentais a exemplo do Saúde na Hora, lançado pelo MS no governo Bolsonaro. Nesse programa fica explícita a prioridade dada ao cuidado individual e ao atendimento à demanda espontânea (GIOVANELLA ET AL, 2020).

É inquestionável a importância de assegurar o acolhimento do adoecimento agudo na APS, todavia, temos que considerar o risco de descaracterizar seu processo focando em um papel de pronto atendimento, deixando de lado o papel de organização do cuidado e pensar em outras formas de promoção de saúde garantindo a integralidade do cuidado fora do pensamento biomédico.

No entanto, as atividades analisadas desenvolvidas nas unidades da APS do município do Rio, parecem ter a potencialidade de interferir em alguns destes pontos. As sensibilizações promovidas pelas atividades parecem levar a uma mudança de comportamento dos profissionais do momento, a partir do momento que adquirem mais conhecimento sobre questões de cuidado a essa população, o que parece estimular e potencializar o trabalho em equipe.

O envolvimento de diferentes categorias profissionais nestas atividades pode ser encarado como uma maneira de incentivar o trabalho em equipe e promover mudanças na organização das equipes para o atendimento da população LGBT. Cardoso e Ferro (2012), falam da importância da visão plural e interdisciplinar envolvendo toda a equipe de saúde, chamam para a reflexão de como as próprias ações podem repercutir de forma a agravar o distanciamento da população LGBT do atendimento e cuidado da rede, e que também atuam como fatores desencadeadores do processo de adoecimento sistêmico, pela marginalização e segregação.

Desta forma, fica claro a importância e a influência positiva da multidisciplinaridade no cuidado. Neste sentido o enfraquecimento que essa prática vem sofrendo desde a PNAB 2017, que flexibiliza não só o número de ACS nas equipes de ESF e promove a extinção do credenciamento e financiamento federal aos NASF-AB, sob a justificativa de maior autonomia do gestor municipal para a composição destas equipes. Com isso, a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade da ESF deixa de ser incentivada e, em médio prazo, pode desaparecer e ser

substituída por equipes compostas apenas por um médico e um enfermeiro, afetando a integralidade do cuidado (GIOVANELLA et al, 2020).

Para finalizar, a construção de fluxos parece ser outra maneira a qual essas atividades podem contribuir para essa dimensão. Um produto gerado a partir de uma das atividades foi a criação de um fluxo de atendimento a pessoa trans vítima de violência. Esse fluxo não só promovia uma qualificação da unidade de saúde, mas contribuía com o fortalecimento da rede de atenção e saúde, já que este fluxo envolvia outros serviços da rede como hospitais e delegacias por exemplo, com isso promovendo a integralidade do cuidado.

A dimensão sistêmica da gestão do cuidado

Entende-se aqui a construção de conexões entre serviços de saúde, compondo redes, visando a integralidade do cuidado tendo os gestores como elementos principais na formação da lógica desta dimensão. Leva-se em consideração o movimento do usuário no sistema de saúde, e o modo como se constroem os itinerários terapêuticos.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são formas de organização que articulam serviços e sistemas de saúde visando unir cada ponto da rede. Estabelecidas pela Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, com diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS, no intuito de manter a continuidade do cuidado, de acordo com as necessidades individuais do usuário nos diferentes níveis de atenção do sistema (atenção primária, secundária e terciária).

Apesar destas diretrizes, alguns autores falam sobre a crise dos serviços de saúde relacionada à baixa qualidade da atenção à saúde ofertada pelo conjunto dos serviços, justamente, porque os serviços não se organizam como rede. Atuam de forma independente, como uma “colcha de retalhos”, com quase nenhuma articulação, para a oferta dos cuidados em saúde, comprometendo a capacidade de resolução dos problemas que ocorrem na estrutura organizacional (MERHY, 1994, 2002; MERHY E ONOCKO, 1997; MERHY et al, 2002).

Uma característica observada nessas atividades é o envolvimento de outros níveis de atenção, como a inclusão de serviços especializados como por exemplo o IEDE e a presença de outras entidades como a CEDS e ONGS como estratégia de enfrentamento das demandas levantadas por usuário e profissionais. Neste sentido, parece haver um estímulo à intersetorialidade através da articulação de diversos entre setores. Quando trabalham em conjunto a possibilidade de um trabalho em rede aparece, como por exemplo, foi a criação do fluxo de atendimento a pessoa trans vítima de violência, mencionada na dimensão organizacional do

cuidado. O envolvimento de diferentes saberes e poderes contribuem para o enfrentamento dos problemas relacionados a essa população.

A intersectorialidade e construção de RAS, tem se mostrado como estratégias importantes na busca de novos modelos de organização com o objetivo de atender as necessidades e expectativas da população de forma sinérgica e integral (JUNQUEIRA, 1997). Segundo

Nascimento (2010), esse é um processo de aprendizagem e de determinação dos sujeitos, que resultam também na gestão integrada das políticas sociais, e que procuram responder com eficácia aos problemas da população de um determinado território. Para tanto, é necessário considerar os interesses em jogo e os processos que privilegiam determinada política setorial.

#### Dimensão societária

Esta dimensão fala de como a sociedade produz políticas públicas, pensando o papel do Estado na formulação e implementação de estratégias para garantir a implementações destas. É a dimensão mais ampla do cuidado, e se debruça na forma como cada sociedade constrói a cidadania, direito a vida e acesso a toda forma de consumo, que contribuam para uma vida melhor.

No que se diz respeito a isso, especificamente no caso da população LGBT, é indiscutível o avanço na formulação de políticas públicas, visando diminuir as desigualdades dessa população na sociedade. Em especial a PNSILGBT, que é a principal referência deste estudo, mostra-se uma política inovadora, reconhecendo a falta de preparo dos serviços e profissionais de saúde para o cuidado da população LGBT e além do reconhecimento da necessidade do combate a LGBTfobia como forma de promoção de saúde a essa população.

No entanto, durante este estudo, observou-se que, mesmo com quase nove anos da política, ainda existem barreiras para a sua implementação. Nas entrevistas, a percepção por partes dos profissionais entrevistados sobre a execução desta política nas suas unidades ainda é negativa. Os relatos e dados dos questionários reforçam essa ideia quando mostram pouca, ou nenhuma participação das esferas municipais na realização de capacitações dos profissionais e serviços no combate as dificuldades apontadas na PNSILGBT. Com isto, as ações desenvolvidas, que deveriam ser responsabilidade dos diferentes níveis de governo, ficam à mercê de motivações pessoais dos profissionais do sistema de saúde. Embora não seja objetivo deste estudo avaliar como está política está sendo implementada os questionamentos que emergiram durante a pesquisa, reforçam a necessidade de realização de estudos com este intuito.

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população LGBT ainda enfrenta uma série de desafios dentro do SUS, que vão desde a dificuldade de acesso até vivência de situações que reforçam estigmas sociais, apesar de progressos na elaboração de políticas públicas visando a redução das disparidades de saúde na comunidade LGBT, como é o caso da PNSILGBT. A partir da sua promulgação, observa-se o surgimento de atividades lideradas por profissionais de saúde da APS do município do Rio de Janeiro, com objetivo de qualificar o cuidado a essa população. No entanto, para que a equidade no cuidado à saúde desta população seja alcançada, muitas mudanças terão ainda de ocorrer na atenção à saúde.

O objetivo deste estudo foi o de identificar e analisar iniciativas de cuidado a população LGBT na AP do município do Rio de Janeiro, e entender como elas podem influenciar no cuidado da população LGBT. Neste percurso algumas questões externas ao estudo acabaram por dificultar o mapeamento destas iniciativas na fase inicial, de levantamento das atividades e podem explicar o baixo número de respostas ao questionário enviado. Uma delas se refere às adaptações metodológicas que o estudo teve de fazer para se adaptar as exigências do CEP, o que acabaram por dificultar a identificação dos profissionais de saúde que desenvolvem estas atividades nas diferentes unidades de atenção primária, e conseqüentemente o escopo da pesquisa. Outra diz respeito ao contexto de reorganização e crise da saúde neste município, o que levou a diminuição do orçamento à saúde, e conseqüentemente à ampliação e redução de equipe de saúde da família.

Dada estas dificuldades, o mapeamento destas atividades no município continua ainda incompleto, o que inviabiliza uma análise mais aprofundada sobre os desafios e avanços na implementação do cuidado à saúde para a população LGBT. Sem dúvidas a complementação deste mapeamento seria importante. Nesta perspectiva, os achados do presente estudo podem ajudar na elaboração de questões para ampliar o conhecimento sobre estas questões.

Em relação ao surgimento destas atividades, observa-se que sua criação busca superar dificuldades técnicas para que o cuidado, a esta população, seja prestado pelos profissionais e pelo sistema, de modo a reduzir à exclusão deste grupo do cuidado a saúde. Como abordado no referencial teórico, o despreparo parece ser a regra. No entanto, a questão que nos mobiliza a entender melhor é o que leva uns profissionais serem mais sensíveis a perceber esse despreparo do que outros?

Neste sentido, especial atenção deve ser dada a questão da formação dos profissionais para o atendimento desta população. Nenhum dos realizadores das atividades estudadas recebeu formação prévia sobre o assunto. No entanto, foram capazes de reconhecer suas dificuldades e procurar formas de contorná-las. Por que isto não acontece com os demais profissionais, uma vez que é recorrente nas práticas nos serviços de saúde estes profissionais ao se defrontarem com situações de saúde, as quais não foram contempladas na sua formação, buscar ferramentas para lidar com elas? Isto seria diferente em relação à população LGBT? Se sim, estaria esta diferença ligada ao preconceito e estigma a essa população? Esta dificuldade não seria um indicador da importância de se investir em medidas de formação?

Ainda pensando no campo da formação, a presença de alunos das universidades e do PRMMFC, atuando nessas atividades, pode ser indicativo de mudança no perfil dos profissionais médicos. Para ampliar este número, e ampliar o conhecimento destes profissionais, é importante que se inclua a discussão de temas que abordem as necessidades específicas do cuidado em saúde dos pacientes LGBT, não apenas nos currículos das universidades, mas nas residências dos profissionais de saúde. Desta forma seria possível o desenvolvimento de habilidades e atitudes de conhecimentos necessários para promover um cuidado integral para esses pacientes.

É inquestionável como o caráter educativo das atividades estudadas tem o potencial de modificar as práticas dos profissionais e serviços de saúde positivamente, atuando em questões como o acesso, vínculo e a integralidade do cuidado de forma a atingir diferentes dimensões da gestão do cuidado.

Em relação ao envolvimento das diferentes esferas do poder, no incentivo e manutenção dessas atividades, este estudo observou que a realização destas atividades é muito mais fruto de iniciativas pessoais dos trabalhadores do que de uma ação sistemática de política destes governos, o que gera processos constantes de descontinuidade com a ausência/substituição destes profissionais. A superação desta dificuldade, portanto, passa pelo desenvolvimento de ações institucionais para a qualificação dos serviços de saúde em lidarem com as questões da população LGBT, como é previsto na PNSILGBT.

O desenvolvimento de atividades direcionadas para a população LGBT, como demonstrado neste estudo, tem um potencial para promover melhoras no cuidado. A ampliação e difusão de informação e discussão, com os profissionais, permitiriam uma maior compreensão

dos problemas, necessidades e direitos destes grupos. Os usuários também seriam beneficiados pela ampliação do cuidado e atenção aos seus direitos, reduzindo as inequidades.

Apesar da potencialidade destas ações, demonstrada ao longo do trabalho, é necessário o desenvolvimento de estudos capazes de aprofundar como as políticas de saúde, voltadas a população LGBT, estão sendo implementadas e as possíveis barreiras que se encontram para isso.

O conhecimento destas questões é fundamental para que se avance em mudanças no sistema de saúde, e que sejam capazes de fazer com que a PNISLGBT deixe de ser um conjunto de pretensões e se torne garantia efetiva de direitos.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, G. A.; GARCIA, C. L.; ALVES, M. J. H.; QUEIROZ, C. M. H. T.; ADAMI, F. **Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil.** Saúde em Debate, v. 37, n. 98, p. 516-524, jul/set 2013.
- ALMEIDA, Célia.; TRAVASSOS, Cláudia.; PORTO, S. & BAPTISTA, T. **A reforma sanitária brasileira: em busca da equidade.** Research. IN Public Health, Technical Papers 17. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde, 1999.
- ALMEIDA FILHO, Naomar; VIEIRA DA SILVA, Lígia Maria. **Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos.** Cad. Saúde Pública, v. 25, supl. 2, p.217-226, 2009.
- ALMEIDA, G. **Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas.** Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.19, n.2, 2009.b
- ARAN, M.; Zaidhaft, S; Murta, D. **Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva.** Psicologia e Sociedade, v.20, n.1, 70-79, 2008.
- ARAÚJO, M. A. L. *et al.* **Relação Usuária-Profissional de saúde: Experiência de uma mulher homossexual em uma Unidade de Saúde de referência de Fortaleza.** Escola Anna Nery, v.10, n. 2, p. 323-7, ago. 2006.
- ARRUDA, Natália Martins; MAIA, Alexandre Gori; ALVES, Luciana. **Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil.** Caderno de Saúde Pública, v.34, n.6, 2018.
- AYRES, J. R. C. M. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde.** Saúde soc., v.13, n.3, pp. 16-29, 2004.
- BAHIA. Defensoria Pública do Estado **Entendo a diversidade sexual / Defensoria Pública do Estado da Bahia.** - 1ª. ed. - Salvador: ESDEP, 2018. 24 p. : il..
- BARBOSA, M.R; KOYAMA, M.A. **Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil.** Caderno de Saúde Pública, v.22, n.7, 1511-1514, 2006.
- BARBOSA, R. M., FACCHINI, R. **Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v.25, s.2, 291-300, 2009.
- BARDIN. L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2011.
- BATISTA, Karina Barros; GONÇALVES, Otilia Simões Janeiro. **Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado.** Revista Saúde e Sociedade, v.20, n.4, 884-899, 2011.
- BERLINGUER, Giovanni. **O direito à vida e a ética da saúde.** São Paulo:

Lua Nova, 1993

BRASILIA. **Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais**. Relatório da Oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais” realizada em Brasília de 23 a 25 de abril de 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

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 TT**. 2013.

BRASIL. **Política nacional de saúde integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Decreto nº 1.904, de 30 de maio de 1996**. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília-DF, 1996a.

BRASIL. **Programa Nacional de Direitos Humanos**. Presidência da República. Secretaria de Comunicação Social, Ministério da Justiça. Brasília-DF, 1996b.

BRASIL. **Decreto nº 4.229, de 13 de maio de 2002**. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília-DF, 2002a.

BRASIL. **Portaria nº 1707, de 18 de agosto de 2008**. Insitui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o processo transexualizador. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2008a.

BRASIL. **Anais da 1ª Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Direitos humanos e políticas públicas: o caminho para garantir a cidadania LGBT**. Brasília-DF, 2008b

BRASIL. **Decreto nº 7.388, de 9 de dezembro de 2010**. Dispõe sobre a estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional de Combate à Discriminação – CNCD. Presidência da República, Casa Civil. Brasília-DF, 2010.

BRASIL. **Programa Nacional de Direitos Humanos**. PNDH3 Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília-DF, 2009

BRASIL. **Brasil Sem Homofobia. Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT e de Promoção da Cidadania Homossexual**. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2004.

BRASIL. **Programa Nacional de Direitos Humanos**. Secretaria de Comunicação Social, Ministério da Justiça. Brasília-DF, 2002b.

BRASIL. **Portaria nº 2803, de 19 de novembro de 2013.** Redefine e amplia o processo transexualizador no SUS. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2013a.

BRASIL. **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 (cartilha). Brasília-DF, 2013b.

BRAVEMAN P. **Health disparities and health equity.** Annual Rev Public Health, 27:167-194, 2006.

BUTLER J. **Problemas de gênero – feminismo e subversão da identidade.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CAMPOS, Rosana; CAMPOS, Gastão. **Co-construção de autonomia: o sujeito em questão.** In: CARVALHO, Yara Maria de. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec Editora Fiocruz, 2006.

CARNEIRO, Souza, et al. **Health promotion education in the context of primary care.** Rev Panam Salud Publica, v.31, n.2, 115-120, 2012.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** 2. ed. Rio de Janeiro: Forense- Universitária. 1982.

CARDOSO, Michelle Rodrigues; FERRO, Luís Felipe. **Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão.** Psicologia, Ciência e Profissão, v.32, n.3, 552-563, 2012.

CARVALHO, Laudenize Souza; PHILIPPI, Miriam May. **Percepção de lésbicas, gays e bissexuais em relação aos serviços de saúde.** Universitas: Ciências da Saúde, v.11, n.2, 83-92, 2013.

CASSEMIRO, Luiza Carla, **A luta por direitos e avanços na política de saúde: o cotidiano de travestis e transexuais.** VI Jornada Internacional de Políticas Públicas – O Desenvolvimento da Crise Capitalista e a Atualização das Lutas contra a Exploração, a Dominação e a Humilhação. Universidade Federal do Maranhão. Agosto, 2013.

CECILIO, Luiz Carlos Oliveira. **Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde.** Interface (Botucatu, v.15, n.37, 589-599, 2011.

CERQUEIRA-SANTOS, Elder. **Percepção de usuários gays, lésbicas, bissexuais, transgêneros, transexuais e travestis do SUS.** Interamerican Journal of Psychology, v.44, n.2, 235-245, 2010.

CONILL, E.M. **Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde.** Cad. Saude Publica, v.20, n.5, 1417-23, 2004.

CORRÊA-RIBEIRO, R.; IGLESIAS, F.; CAMARGOS, E. F. **What do physicians know about homosexuality?** Translation and adaptation of Knowledge about Homosexuality Questionnaire. Einstein (São Paulo), v. 16, n. 3, 21 set. 2018.

COSTA, A. M.; LIONÇO, T. **Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde?** Saúde e Sociedade, v. 15, n 2, 47- 55, 2006.

COSTA NR; PINTO LF. **Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil.** Cien Saude Colet, v.7, n.4, 907-923, 2002.

CUNHA, G. T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica.** São Paulo: Editora Hucitec; 212 pp. ISBN: 85-27106-75-2. 2010.

DUARTE, LFD. **Introdução** In: DUARTE, LFD e LEAL, O. (orgs.), Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ESCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais.** Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala3310.pdf>>.

FIOCRUZ. **Documento sobre retorno às atividades escolares no Município do Rio de Janeiro em vigência da pandemia Covid-19 – 29/06/2020.**

FRANCA, Tania et al. **PET-Saúde/GraduaSUS: retrospectiva, diferenciais e panorama de distribuição dos projetos.** Saúde debate, v.42, n.2, 286-301, 2018.

FRAZÃO, Pedro. ROSÁRIO, Renata. **O coming out de gays e lésbicas e as relações familiares.** Análise Psicológica, v.1, n, 26, 25-45, 2008.

GIL, C. R. R. **Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 490-498, 2005.

GENTIL L.; VANASSE A.; XHIGNESSE M. **Episódios de cuidados: um conceito em saúde pública.** Ciência & Saúde Coletiva, v.18, n.1, 139-144, 2013.

GRABOIS V. **Gestão do cuidado.** In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. Qualificação dos Gestores do SUS. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011.

GRECO, Marília. **Diferenças nas situações de risco para HIV de bissexuais em suas relações com homens e mulheres.** Revista de Saúde Pública, v.41, n.2, 2007.

GROSSI, Miriam Pillar. “Gênero, violência e sofrimento”. **Antropologia em Primeira Mão**, n. 6. Florianópolis: PPGAS/UFSC, 1995 (2ª versão: 1998).

GUIMARÃES, R. DE C. P., CAVADINHA, E. T., MENDONÇA, A. V. M., SOUSA, M. F. (2017). **Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os agentes comunitários de saúde?** *Tempus, actas de saúde coletiva*, v.11.n.1, 121-139, 2017.

HAGGERTY, J. L. et al. **Continuity of care: a multidisciplinary review.** *BMJ*, v.327, n.7425, 1219-21, 2003.

HEILBORN, M.L. **Entre as tramas da sexualidade brasileira.** *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v.14, n.1, jan/abr, 2006.

JUNQUEIRA, L. A. P. **Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade.** *Saúde e Sociedade*, v. 6, n. 2, 31-46, 1997.

KRISTJANSSON, E. **Predictors of relational continuity in primary care: patient, provider and practice factors.** *Family Practice*, v.14, n.72, 2013.

LIONÇO, T. **Atenção integral à saúde e à diversidade sexual no processo transexualizador do SUS.** *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v.19, n.1, 43-63, 2009.

LIONÇO, T. **Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade.** *Saúde e Sociedade*, v.17, n.2, 11-21, 2008.

LUZ, M. T. **Notas Sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática”.** In: *Saúde em Debate*, n.32, 27-32, 2004.

MACHADO, M. H. **Mercado de trabalho em saúde.** In: FALCÃO, A. et al. (Orgs.). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

MELLO, Luiz. **Políticas de saúde para gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade.** *Sexualidad, Salud y Sociedad*, n.9, 7-28, 2011.

MELLO, Luiz.; AVELAR, Bruno Rezende; MAROJA, Daniela. **Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil?** *Revista Sociedade e Estado*, v. 27, n. 2, 289-312. Maio/Agosto, 2012.

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; TEIXEIRA, Márcia. **A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro.** *Brasil. Ciência & Saúde Coletiva*, v.24, n.12, 4593-4598, 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde no SUS.** Fiocruz, 2009.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde.** In: BRASIL, Ministério

da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver-SUS BRASIL: caderno de textos. 108-137, 2004.

MERHY, E. E. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde.** Desafios para os modos de produzir o cuidado centrados nas atuais profissões. 2007.

MERHY, Emerson Elias. **Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde).** In: MERHY, Emerson Elias; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa.; CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira. (Org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, Emerson Elias; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvércio Miranda; RIMOLI, Josely; FRANCO, Túlio Batista.; BUENO, Wanderley Silva. (Org). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MILLER, I. **Creating inclusive healthcare environment for the GLBT community.** The Official Newsletter for the Networker for Lesbian, Gay and Bisexual concerns in Occupational Therapy, v.9, n.1, 1-10, 2002.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 12.ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MINAYO, C.S.M. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: 13 Ed, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?** Cad. Saúde Pública, v. 9, n. 3, 237-248, 1993.

MOTT, Luiz. **Por que os homossexuais são os mais odiados dentre todas as minorias?** Seminário Gênero & Cidadania: Tolerância e Distribuição da Justiça. Núcleo de Estudos de Gênero – Pagu, Unicamp, 2000.

NASCIMENTO, S. **Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas.** Serviço Social & Sociedade, n.101, 95-120, 2010.

NONNENMACHER, Carine Lais; WEILLER, Teresinha Heck; OLIVEIRA, Stefanie. **Acesso à saúde: limites vivenciados por usuários do SUS na obtenção de um direito.** Ciência, Cuidado e Saúde, v.10, n.2, 248-255, 2011.

NORONHA, JOSE CARVALHO DE; LIMA LUCIANA DIAS DE; MACHADO, CRISTIANI VIEIRA. **O Sistema Único de Saúde – SUS.** Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

NUNAN, A. **Violência doméstica entre casais homossexuais.** PSICO, v.35, n.1, 69-78, 2004.

O'DWYER, Gisele, et al. **A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil.** Cien Saude Colet, v.24, n.12, 4555-4568, 2019.

OMS. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, Geneve: OMS, 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>

PAIVA, V.S.F. **Prevenção positiva: abordagem psicossocial, emancipação e vulnerabilidade.** Seminário de Prevenção Positiva, Rio de Janeiro, 2007.

PAIVA, V.S.F. **Cenas da vida cotidiana: metodologia para compreender e reduzir a vulnerabilidade na perspectiva dos direitos humanos.** São Paulo: NEPAIDS, 2010.

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 Saúde da Família.** Interface, v.23, e.80279, 2019.

PEDROSA, I.; CORREA, A.; MANDU E. **Influências da Infraestrutura de Centros de Saúde nas Práticas Profissionais: Percepção de Enfermeiros.** Cienc Cuid Saude, v.10, n.1, 58-65, 2011.

PEREIRA, Edson Oliveira, et al. **Unidades Básicas de Saúde em Teresina-PI e o acesso da população LGB: o que pensam os médicos?** Tempus, v.11, n.1, 2017.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. **Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano.** In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco; IMS/Uerj, 2004.

PINTO, V.M. **Aspectos epidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres.** 2004. Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Saúde Materno-Infantil. Faculdade de Saúde Pública - USP, São Paulo.

PINTO LF, SORANZ DR. **Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil.** Cien Saude Colet, v.9, n.11, 85-98, 2004.

POPADIUK, Gianna; OLIVEIRA, Daniel Canavesse; SIGNORELLI, Marcos Cláudio. **A política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros e o acesso ao processo transexualizador no SUS.** Ciência e Saúde Coletiva, v.22, n.5, 2017.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Dossiê saúde das mulheres lésbicas.** Belo Horizonte, 2006.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **Plano Diretor da Cidade de Saúde.** Rio de Janeiro, SMSDCRio, 2009

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Defesa Civil (DC), Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e promoção da Saúde. **As cinquenta primeiras clínicas da família da cidade do Rio de Janeiro** Rio de Janeiro: SMS, DC; 2012.

RIO DE JANEIRO. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**, Poder Executivo, Rio de Janeiro, RJ, 31 de outubro de 2018. Ano XXXII. Nº 155. p. 56, 2018.

SAMPAIO, J.O. **Redes sociais engendradas: notas sobre o caráter associativo entre os travestis em São Luís do Maranhão**. Fazendo Gênero, v.8, 1-7, 2008.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. **Conceitos de acesso à saúde**. Revista Panamericana de Salud Pública, v.31, n.3, 260-268, 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **Comitê Técnico de Saúde Integral LGBTI Coordenação da Atenção Básica Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo**, Julho 2020.

SEGAT, Luciana; BRAMBILLA, Bárbara. **LGBT e o nome social: cidadania e respeito**. Vitalogy, n.1135, maio 2019.

SILVA JR., A.G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate da Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1988.

SIQUEIRA, Sandra Aparecida Venâncio de; HOLLANDA, Eliane; MOTTA, José Inácio Jardim. **Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde**. Ciênc. saúde coletiva, v.22, n.5, 1397-1397, 2017.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. **Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro**. Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v.21, n.5, 1327-1338, maio 2016.

SOUSA, Maria Fátima de.; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. **A saúde na cidade de João Pessoa: Traços de uma História**. Campinas: Saberes, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

TRAVASSOS, C; CASTRO, M, S, M. **Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde**. In: GIOVANELLA, L; SCOREL, S; 122 LOBATO, L, P; CARVALHO, A, I; NORONHA, J, C. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Ed. Fiocruz, 2012.

VALLE, C.G. **Identidades, doença e organização social: um estudo das pessoas vivendo com Aids e HIV**. Horizontes Antropológicos, v.8. n.17, 179-210, 2002.

VASCONCELOS, Eymard Mourão; PRADO, Ernande Valente. **A saúde nas palavras e nos gestos**. 2.ed. Brasília: SGEP, 2017.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos**. Cad. Saúde Pública, v.25, s.2, 217-226, 2009.

## APÊNDICE I

### TCLE – QUESTIONARIO ELETRONICO AOS GERENTES E DIRETORES DAS CF E CMS

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado gerente/diretor (a)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa "**Saúde da população LGBT: iniciativas das equipes da Atenção Primária em Saúde (APS) no município do Rio de Janeiro visando o cuidado**", desenvolvida por Bruno Alves Brandão, discente do mestrado profissional em Atenção Primária à Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Prof<sup>as</sup>. Dr<sup>as</sup>. Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira e Dr<sup>a</sup>. Regina Ferro do Lago.

O objetivo central do estudo é fazer um levantamento e analisar iniciativas desenvolvidas pelas equipes da Atenção Primária à Saúde, dirigidas à população LGBT no município do Rio de Janeiro e como estas podem promover o cuidado dessa população.

O convite à sua participação se deve ao fato da equipe de estudo considerar a posição do gerente/diretor da Unidade de Saúde como a mais indicada para identificar as iniciativas voltadas ao cuidado da população LGBT em sua unidade. Para isso, o convidamos a responder um questionário eletrônico com link disponível no final desse documento. Ao iniciar o questionário, a primeira pergunta é a confirmação se você deseja participar da pesquisa. Clicando no “sim”, será direcionado ao questionário para o preenchimento, e com seu envio fica entendido sua concordância em participar da pesquisa, que foram lidas e aceitas as condições da pesquisa e que foram entendidos os objetivos, riscos e benefícios da sua participação na pesquisa. Neste caso, é recomendada a impressão deste documento para que fique em sua posse com contatos do pesquisador e dos comitês de éticas envolvidos nesta pesquisa em caso de dúvidas. Caso não concorde ou não deseje participar da pesquisa basta clicar na alternativa “não” e sua participação será encerrada. O questionário é constituído de 11 perguntas breves (o tempo médio de preenchimento é de 6 minutos) tendo como objetivo identificar as atividades voltadas à população LGBT na sua unidade e os responsáveis por essa elaboração. Nenhuma pergunta do questionário é de preenchimento obrigatório, no entanto,

respondendo a todas poderá estar ajudando a pesquisa a promover a melhora do cuidado da população LGBT no município do Rio de Janeiro. A partir das informações levantadas nessa fase da pesquisa, acreditamos que possamos ter uma ideia da distribuição e da variedade de iniciativas voltadas ao cuidado da população LGBT na APS do Rio de Janeiro e a partir disso, esperamos poder entrar em contato com os realizadores das iniciativas indicadas para descrevê-las. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir a utilização da sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste termo.

Para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações, por você prestadas, não serão divulgados nomes dos participantes e das unidades de saúde envolvidas na pesquisa. Apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso aos seus dados e não farão uso destas informações para outra finalidade. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, pois todo o material será manipulado pela equipe de pesquisa e mantido em local seguro. Contudo, mesmo com as medidas de anonimato tomadas pelo grupo de pesquisa, há o risco de que algum leitor do trabalho associe sua identificação cruzando o tempo da pesquisa com as características das atividades relatadas. Esclarecemos que, para participar deste estudo, você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, a Resolução nº 466/2012 e a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Não há benefícios diretos relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa. Porém, ao participar você fornecerá subsídios que poderão contribuir para promoção do cuidado da população LGBT na APS do município do Rio de Janeiro.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome, ou o material que indique sua participação, não serão liberados sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar da presente pesquisa, a menos que

deseje que seu nome, ou de sua instituição, constem no trabalho final. Os resultados serão divulgados em relatórios de pesquisa, apresentações e publicações científicas e serão divulgados para os participantes da pesquisa e instituições onde os dados foram obtidos, conforme a Norma Operacional CNS nº 0001/2013.

Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Pelo fato da pesquisa ter uma parte realizada de forma virtual, após 5 anos os dados online também serão apagados da “nuvem” e da plataforma google drive. Os pesquisadores tratarão sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas”.

Telefone do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

### **Secretaria Municipal de Saúde**

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401 Centro - RJ CEP: 20031-040

Telefone: 2215-1485

E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) ou [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br)

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

**Pesquisador responsável:**

Bruno Alves Brandão

Mestrando Profissional em Atenção Primária em Saúde/ENSP/FIOCRUZ

Telefone: (21) 999847403

E-mail: [brunobrandao@gmail.com](mailto:brunobrandao@gmail.com)

**Orientadoras**

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Departamento de Ciências Sociais.  
RUA LEOPOLDO BULHÕES 1480/SALA 909. MANGUINHOS. CEP 21041210 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil  
Telefone: (21) 2598-2644

E-mail: [sandravs@ensp.fiocruz.br](mailto:sandravs@ensp.fiocruz.br)

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Regina Ferro do Lago

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Departamento de Ciências Sociais.  
RUA LEOPOLDO BULHÕES 1480/SALA 909. MANGUINHOS. CEP 21041210 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil

Telefone: (21) 2598-2644

E-mail: [regina.ferro.lago@gmail.com](mailto:regina.ferro.lago@gmail.com)

*Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_*

## **APÊNCIDE II – TCLE – QUESTIONARIO ELETRONICO DOS REALIZADORES DAS ATIVIDADES**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Prezado Participante

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa "**Cuidado da população LGBT: iniciativas das equipes da Atenção Primária em Saúde (APS) no município do Rio de Janeiro**", desenvolvida por Bruno Alves Brandão, discente do mestrado profissional em Atenção Primária à Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Prof<sup>as</sup>. Dr<sup>as</sup>. Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira e Dr<sup>a</sup>. Regina Ferro do Lago.

O objetivo central do estudo é fazer um levantamento e analisar iniciativas desenvolvidas pelas equipes da Atenção Primária à Saúde, dirigidas à população LGBT no município do Rio de Janeiro, e como elas podem promover o cuidado dessa população.

O convite à sua participação vem a partir da sua identificação pelo seu gerente ou diretor (a) de sua unidade de saúde, como realizador (a) de atividades voltadas ao cuidado da população LGBT em Unidades de Saúde. Um dos objetivos de nossa pesquisa é analisar as iniciativas que equipes de saúde da Atenção Primária do município do Rio de Janeiro estão realizando voltadas ao cuidado da população LGBT, e para isso, o/a convidamos a responder um questionário eletrônico, com link de acesso no final desse documento, com intuito de descrevermos como funciona a iniciativa organizada por você. Ao iniciar o questionário, a primeira pergunta é a confirmação se você deseja ou não participar da pesquisa. Clicando no “sim”, você será direcionado (a) ao questionário para o seu preenchimento e com seu envio fica entendida sua concordância em participar da pesquisa e que foram lidas e aceitas as condições da pesquisa; e que foram entendidos os objetivos, riscos e benefícios da sua participação. Neste caso, é recomendado a impressão deste documento para que fique em sua posse com contatos do pesquisador e dos comitês de éticas envolvidos nesta pesquisa em caso de dúvidas. Caso não concorde ou não deseje participar da pesquisa basta clicar na alternativa “não” e sua participação será encerrada. O questionário constituído de perguntas breves (o tempo estimado de preenchimento é de 15 minutos), tem como objetivo descrever a (s) atividade (s) voltada (s) ao

cuidado da população LGBT que você está realizando. A partir das informações levantadas nessa fase da pesquisa, acreditamos que possamos ter uma ideia da variedade de iniciativas voltadas ao cuidado da população LGBT na APS do Rio de Janeiro, e a partir das informações levantadas, poderemos criar um critério de inclusão e exclusão das iniciativas analisadas para que possamos selecionar algumas para aprofundarmos a vertente do cuidado a essa população em uma outra fase da nossa pesquisa. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você também tem a opção de não responder qualquer pergunta que não se sinta confortável por qualquer motivo. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste termo.

Para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações, por você prestadas, não serão divulgados nomes dos participantes e das unidades de saúde envolvidas na pesquisa, e apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outra finalidade. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, pois todo o material será manipulado pela equipe de pesquisa e mantido em local seguro. Contudo, mesmo com as medidas de anonimato tomadas pelo grupo de pesquisa, há risco de que algum leitor do trabalho associe sua identificação cruzando o tempo da pesquisa, com as características das atividades relatadas. Esclarecemos que, para participar deste estudo, você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, a Resolução nº 466/2012 e a Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Não há benefícios diretos relacionados à sua colaboração nesta pesquisa. Porém, ao participar, você fornecerá subsídios que poderão contribuir para promoção do cuidado da população LGBT na APS do município do Rio de Janeiro e um melhor entendimento de como algumas políticas públicas voltadas a essa população estão sendo colocadas em práticas no âmbito da Atenção Primária do município do Rio de Janeiro.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome, ou o material que indique sua participação, não serão liberados sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar a presente pesquisa. Você não será identificado, a menos que deseje que seu nome, ou de sua instituição, constem no trabalho final. Os resultados serão divulgados em relatórios de pesquisa, apresentações e publicações científicas e serão divulgados para os participantes da pesquisa e instituições onde os dados foram obtidos, conforme a Norma Operacional CNS nº 0001/2013.

Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Pelo fato da pesquisa ter uma parte realizada de forma virtual, após 5 anos os dados online também serão apagados da “nuvem” e da plataforma google drive. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas”.

Telefone CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 21041-210 - <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

### **Secretaria Municipal de Saúde**

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401 Centro – RJ CEP: 20031-040

Telefone: 2215-1485

E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) ou [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br)

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

**Pesquisador responsável:**

Bruno Alves Brandao

Mestrando Profissional em Atenção Primária em Saúde/ ENSP/Fiocruz

Telefone: (21) 999847403

Email: [brunobrandao@gmail.com](mailto:brunobrandao@gmail.com)

**Orientadoras**

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Departamento de Ciências Sociais.  
RUA LEOPOLDO BULHÕES 1480/SALA 909. MANGUINHOS. CEP 21041210 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil Telefone: (21) 2598-2644

E-mail: [sandravs@ensp.fiocruz.br](mailto:sandravs@ensp.fiocruz.br)

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Regina Ferro do Lago

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Departamento de Ciências Sociais.  
RUA LEOPOLDO BULHÕES 1480/SALA 909. MANGUINHOS. CEP 21041210 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil

Telefone: (21) 2598-2644

E-mail: [regina.ferro.lago@gmail.com](mailto:regina.ferro.lago@gmail.com)

*Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_*

### APÊNDICE III- TCLE DA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado Participante

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa " **Cuidado da população LGBT: iniciativas das equipes da Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro** ", desenvolvida por Bruno Alves Brandão, discente do mestrado profissional em Atenção Primária à Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Prof<sup>as</sup> Dr<sup>as</sup>. Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira e Dr<sup>a</sup>. Regina Ferro do Lago.

O objetivo central do estudo é fazer um levantamento e analisar iniciativas desenvolvidas pelas equipes da Atenção Primária a Saúde, dirigidas à população LGBT no município do Rio de Janeiro e como essas podem promover o cuidado dessa população.

O convite a sua participação vem a partir da sua identificação, pelo seu gerente ou diretor (a) de sua unidade de saúde, como realizador (a) de atividades voltadas ao cuidado da população LGBT em Unidade de Saúde. Um dos objetivos de nossa pesquisa é analisar as iniciativas que equipes de saúde da Atenção Primária do município do Rio de Janeiro estão realizando voltadas ao cuidado da população LGBT e para isso, o/a convidamos a participar de uma entrevista com roteiro semiestruturado, com duração de 40 a 60 minutos sobre a sua trajetória de trabalho e a descrição do funcionamento da(s) atividade(s) que vem desenvolvendo na atenção primária em saúde voltadas ao cuidado da população LGBT. Para facilitar o registro, a entrevista será gravada em forma de áudio que poderá ser interrompida a qualquer momento caso assim queira. Após a entrevista, se desejar que seja desconsiderada ou apagada qualquer informação registrada, isso será feito pelo pesquisador no ato da solicitação. A partir das informações levantadas nessa fase da pesquisa, acreditamos que possamos ter uma ideia das várias iniciativas e como elas podem se relacionar com o cuidado da população LGBT na APS do Rio de Janeiro. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você também tem a opção de

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

não responder qualquer pergunta, que não se sinta confortável, por qualquer motivo. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste termo.

Para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações, por você prestadas, não serão divulgados nomes dos participantes e das unidades de saúde envolvidas na pesquisa, e apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outra finalidade. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, pois todo o material será manipulado pela equipe de pesquisa e mantido em local seguro. Seu nome e da sua unidade só serão identificados neste trabalho caso seja de seu desejo. Contudo, mesmo com as medidas de anonimato tomadas pelo grupo de pesquisa, devido ao número restrito de pessoas que realizam atividades voltadas a população LGBT, há risco de identificação indireta dos participantes da pesquisa, além da possibilidade de que algum leitor do trabalho associe sua identificação, cruzando o tempo da pesquisa, com as características das atividades relatadas. Além disso, você pode sentir-se desconfortável com a temática de alguma das perguntas que podem acessar situações vivenciadas que possam trazer desconfortos como tristeza, ou fazer reviver algum tipo de constrangimento ou situação pessoal que desperte alguma situação de desconforto vivido. Neste caso, reforçamos a possibilidade de interromper a entrevista ou retirar qualquer informação fornecida a qualquer momento, e, caso seja necessário, providenciaremos auxílio para apoio psicológico à situações decorrentes da sua participação na pesquisa. Esclarecemos que para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, a Resolução nº 466/2012 e a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

Não há benefícios diretos relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa. Porém, ao participar, você fornecerá subsídios que poderão contribuir para promoção do cuidado da população LGBT na APS do município do Rio de Janeiro, e um melhor entendimento como algumas políticas públicas voltadas a essa população estão sendo colocadas em práticas no âmbito da Atenção Primária do município do Rio de Janeiro.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome, ou o material que indique sua participação, não serão liberados sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar a presente pesquisa. Você não será identificado, a menos que deseje que seu nome ou de sua instituição constem do trabalho final. Os resultados serão divulgados em relatórios de pesquisa, apresentações e publicações científicas e serão divulgados para os participantes da pesquisa e instituições onde os dados foram obtidos, conforme a Norma Operacional CNS nº 0001/2013.

Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Após a leitura deste termo é solicitada a rubrica do participante e do pesquisador em todas as páginas deste documento. Ao final, a assinatura do participante indicará a sua anuência na participação da pesquisa. Ao final ainda constará a assinatura do pesquisador e do participante com data do dia da assinatura do documento. Uma via ficará em posse do pesquisador e uma via será entregue ao participante.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas”.

Telefone do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

### **Secretaria Municipal de Saúde**

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401- Centro – RJ CEP: 20031-040

Telefone: 2215-1485

E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) ou [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br)

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

### **Pesquisador responsável:**

Bruno Alves Brandao

Mestrando Profissional em Atenção Primária em Saúde/ ENSP/Fiocruz

Telefone: (21) 999847403

Email: [brunobrandao@gmail.com](mailto:brunobrandao@gmail.com)

### **Orientadoras**

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Departamento de Ciências Sociais.  
RUA LEOPOLDO BULHÕES 1480/SALA 909. MANGUINHOS. CEP 21041210 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil Telefone: (21) 2598-2644

E-mail: [sandravs@ensp.fiocruz.br](mailto:sandravs@ensp.fiocruz.br)

Profª. Dra. Regina Ferro do Lago

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Departamento de Ciências Sociais.  
RUA LEOPOLDO BULHÕES 1480/SALA 909. MANGUINHOS. CEP 21041210 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil

Telefone: (21) 2598-2644

E-mail: [regina.ferro.lago@gmail.com](mailto:regina.ferro.lago@gmail.com)

*Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_*

---

***Bruno Alves Brandão***

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e concordo em participar da entrevista e autorizo o registro em forma de arquivo de áudio da mesma.

Rio de Janeiro, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

---

(Assinatura do participante)

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE IV – QUESTIONÁRIO ONLINE AOS GERENTE LOCAIS DAS UNIDADES  
DE SAÚDE.**

1. Nome da Unidade Básica de saúde:
  
2. CAP
  - 1.0
  - 2.1
  - 2.2
  - 3.1
  - 3.2
  - 3.3
  - 4.0
  - 5.1
  - 5.2
  - 5.3
  
3. Sua equipe ou clínica, realiza algum trabalho específico com a população LGBT?
  - Sim (segue para pergunta 6)
  - Não (encerra questionário)
  - Não sei (pula para questão 11)
  - Desconheço o que significa a sigla LGBT (pula para questão 11)
  - Já realizou mais foi descontinuada. (segue para pergunta 4 e 5)
  
4. Quando foi descontinuada?
  
5. Qual motivo da descontinuação?
  - Profissional que realizava a atividade foi desligado
  - Não adesão a atividade pelo público alvo
  - Profissional que realizava atividade perdeu interesse
  - Dificuldades em manter a atividade devido ao processo de trabalho da clínica
  - Outros (explicar)
  
6. Quais atividades são realizadas a população LGBT
  - Grupos educativos a população
  - Grupos educativos aos profissionais

- Assistencial (ex: hormonização, consultas específicas voltadas as questões LGBT)
- Outros (explicar)

7. Quando se deu início essa (s) atividade (s)?

8. Com qual frequência ocorre (m) a (s) atividade (s)?

- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Semestralmente
- Anualmente
- Outros (explicar)

9. Quem é ou são os responsáveis por realizar a (s) atividade (s)?

- Médico da equipe
- Médico residente
- Médico preceptor
- Enfermeiro
- Enfermeiro preceptor
- Enfermeiro residente
- Psicólogo
- Psiquiatra
- Assistente Social
- Dentista
- Agente comunitário de saúde
- Usuário da clínica
- Outros (explicar)

10. Você poderia enviar o link com convite para os realizadores das atividades voltadas a população LGBT que foram identificadas, com convite a participar da pesquisa?

- Sim
- Não

**APÊNDICE V- QUESTIONÁRIO ONLINE ENVIADO AOS REALIZADORES DAS  
ATIVIDADES VOLTADAS A POPULAÇÃO LGBT.**

I. Conhecendo melhor os realizadores da atividade.

1. Idade

2. Gênero

- Homem
- Mulher
- Trans
- Outros (explicar)
- Prefiro não responder

3. Qual sua orientação sexual?

- Heterossexual
- Gay
- Lésbica
- Bissexual
- Outros (explicar)
- Prefiro não responder

4. Qual seu grau de escolaridade

- Sem instrução
- Fundamental incompleto
- Fundamental completo ou equivalente
- Médio incompleto
- Médio completo ou equivalente
- Superior incompleto
- Superior completo ou equivalente
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado

5. Qual sua Categoria profissional?

- Médico da equipe
- Médico residente
- Médico preceptor

- Enfermeiro
  - Enfermeiro preceptor
  - Enfermeiro residente
  - Psicólogo
  - Psiquiatra
  - Assistente Social
  - Dentista
  - Agente comunitário de saúde
  - Outros (explicar)
6. Em algum momento de sua formação você recebeu capacitação/informação sobre a atenção em saúde para a população LGBT?
- Sim, oferecido pela instituição de ensino médio/fundamental
  - Sim, oferecido pela instituição de ensino superior
  - Sim, oferecido pela instituição de pós graduação/ especialização
  - Sim, oferecido pelo serviço de saúde onde estou vinculado
  - Sim, mas procurei por conta própria
  - Não recebi nenhuma capacitação sobre atenção à Saúde LGBT
  - Outros (explicar)
7. Qual foi a fonte de capacitação/ informação a saúde a população LGBT você teve contato?
- UNA-SUS
  - Cursos EAD ligados a outras instituições
  - Cursos de iniciativa privada
  - Cursos promovidos pela gestão local de onde trabalho
  - Outros (explica)
8. Qual área programática você está vinculado atualmente?
- 1.0
  - 2.1
  - 2.2
  - 3.1
  - 3.2
  - 3.3
  - 4.0
  - 5.1
  - 5.2
  - 5.3

9. A área programática que você se encontra vinculado é a mesma onde realiza a atividade voltada para população LGBT?

- Sim
- Não (pula para questão 10)
- Realizo na minha área programática, mas também realizo em outras (pula para questão 10)

10. Qual outra área programática você realiza essa atividade?

- 1.0
- 2.1
- 2.2
- 3.1
- 3.2
- 3.3
- 4.0
- 5.1
- 5.2
- 5.3

## II. Sobre as atividades

### 1- Sobre a organização da atividade

- Quais são as atividades realizadas ao público LGBT?
  - Grupos
  - Rodas de conversa
  - Curso de capacitação
  - Processo Transsexualizador (terapia de hormonização)
  - Outros (explicar)
  
- Quando se deu início a atividade?
  
- Qual o público alvo da atividade?
  - Usuário LGBT
  - Usuário em Geral
  - Familiares da população LGBT
  - Médicos
  - Enfermeiros

- Agente comunitário de saúde
- Outros (explicar)
- Quais os objetivos da atividade?
  - Capacitação clínica
  - Capacitação sobre questões não clínicas envolvendo a população LGBT
  - Discussão de processo de trabalho da unidade envolvendo a população LGBT
  - Apoio a usuário LGBT
  - Outros (explicar)
- Onde ocorre a atividade?
  - Em local específico fixo dentro da própria unidade
  - Em local variável de acordo com a disponibilidade na própria unidade
  - Em local fixo fora da unidade
  - Em local variável de fora da unidade
  - Outro (explicar)
- Qual a frequência da realização da atividade?
  - Semanalmente
  - Quinzenalmente
  - Mensalmente
  - Semestralmente
  - Anualmente
  - Outro (explicar)
- Como se dá a divulgação da atividade?
  - Impressos entregues ao público alvo
  - Boca a boca
  - Avisos dispostos na clínica
  - Durante consultas
  - Outros (explicar)
- Como são decididos os temas a serem abordados nos encontros?
  - Existe um cronograma construído pelos organizadores da atividade
  - Os temas são levantados no dia do encontro pelos participantes
  - Os temas são levantados no dia do encontro pelos organizadores
  - Os temas, a serem discutidos, são decididos em encontros anteriores pelos participantes

- Os temas, a serem discutidos, são decididos em encontros anteriores pelos organizadores da atividade.
  - Outros (explicar)
- Como você (s) avalia (m) a adesão do público alvo a atividade proposta?
    - Boa adesão
    - Baixa adesão
    - Outros (explicar)
- Quais as dificuldades encontradas na realização da atividade?
    - Falta de infraestrutura física (ex: local para realizar a atividade)
    - Falta de material para realizar atividade (papel, multimídia)
    - Dificuldade de conciliar a atividade com outros processos de trabalho da clínica (ex: não conseguir momentos reservados durante o horário de trabalho para realização da atividade)
    - Falta de apoio da gestão local
    - Falta de apoio da população local
    - Baixa adesão do público alvo
    - Outros (explicar)

**APÊNDICE VI- ROTEIRO ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA.**

- Como as ações e serviços de saúde dirigidos à população LGBT são organizadas na sua Unidade de Saúde?
- Como são identificadas as principais demandas de saúde da população LGBT na sua unidade de saúde?
- Como você avalia a implantação e a institucionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da população LGBT, em sua unidade e no município?
- Qual foi a motivação para realização da atividade?
- Ao seu ver, como esta atividade pode trazer benefícios ao seu público alvo?
- Quais foram as mudanças nos processos de trabalho da equipe, ou unidade de saúde, após a implementação desta atividade?
- Como esta atividade pode interferir na prática dos profissionais de saúde e no cuidado da população LGBT?