



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Valdete Maria da Silva

**A notificação dos casos de violência na população LGBTQIA+ na perspectiva dos  
profissionais de saúde da família, no município do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2022

Valdete Maria da Silva

**A notificação dos casos de violência na população LGBTQIA+ na perspectiva dos profissionais de saúde da família, 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> Gisela Cordeiro Pereira Cardoso.

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dolores Maria Franco de Abreu.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Notification of cases of violence in the LGBTQIA+ population from the perspective of family health professionals in the city of Rio de Janeiro.

S586n

Silva, Valdete Maria da.

A notificação dos casos de violência na população LGBTQIA+ na perspectiva dos profissionais de saúde da família, no município do Rio de Janeiro / Valdete Maria da Silva. -- 2022.

113 f. : il. color.

Orientadora: Gisela Cordeiro Pereira Cardoso.

Coorientador: Dolores Maria Franco de Abreu.

Dissertação (Mestrado Profissional em Direitos Humanos, Justiça e Saúde: Gênero e Sexualidade), Rio de Janeiro, 2022.

Bibliografia: f. 100-106.

1. Violência. 2. Saúde da Família. 3. Notificação. 4. LGBTQIA+. 5. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. I. Título.

CDD 362.896

Valdete Maria da Silva

**A notificação dos casos de violência na população LGBTQIA+ na perspectiva dos profissionais de saúde da família, 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: 11 de novembro de 2022.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Luiz Albérico Araújo Montenegro  
Universidade Federal Fluminense

Prof.<sup>a</sup> Dra. Egléubia Andrade de Oliveira  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.<sup>a</sup> Dra. Dolores Maria Franco de Abreu (coorientadora)  
Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

Prof.<sup>a</sup> Dra. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso (orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz –Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

Dedico esta obra ao meu companheiro André Luís, meu filho Vinícius, e aos meus pais (Maria e Rivaldo). Que se fizeram presentes e foram minha força propulsora; minha família, meu mundo.

## AGRADECIMENTOS

Ingressar no Mestrado Profissional em Saúde Pública, especificamente na turma de Direitos Humanos, Justiça e Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) foi a realização de um sonho, que só foi possível com o apoio de pessoas especiais, que deram a este momento um pouco mais de suavidade e confiança.

Mesmo antes do mestrado se tornar uma realidade, agradeço à minha eterna professora e orientadora de graduação, a prof.<sup>a</sup> Dra. Estela Willeman, que generosamente me deu orientações preliminares no processo seletivo e, durante o curso, com suas doses de afeto e encorajamento, que me incentivaram a permanecer na caminhada.

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Helena Barros de Oliveira, mentora deste curso: que este segmento se torne realidade por toda casa da ciência no território nacional.

À toda coordenação do curso, que a todo tempo acreditou na potência dessa turma.

Também agradeço a todos os professores, que influenciaram e orientaram a logística do estudo cuidadosamente objetivando no afetar com o sentido de suscitar comoção, que me permitiram a livre poesia. Poderia, neste momento, pedir a licença poética e fazer um neologismo com a palavra, “*empatição*”: a empatia com ação.

Meu agradecimento especial às Professoras Dra. Gisela Cordeiro Pereira e Dolores Maria Franco de Abreu, das quais tive o imenso privilégio de ser orientanda. Muito obrigada por todo o conhecimento compartilhado, pela dedicação ao ensinar, paciência, generosidade, competência, profissionalismo e, principalmente, agradeço por terem acreditado e depositado sua confiança em mim.

Ao meu maior tesouro, meu filho Vinícius, que Deus me abençoou como sua mãe, que acompanha toda minha trajetória no SUS, desde agente comunitário de saúde, na graduação, nas especializações e agora no mestrado em saúde pública pela FIOCRUZ.

Agradeço ao meu amado companheiro de uma vida, André Luís, pelo seu apoio nos momentos de desafios e insegurança, por me incentivar nas inúmeras vezes que pensei que não daria conta, e, me fortaleceu, e eu resisti. Por todos os finais de semana que estive ausente para estudar e pude contar sempre com sua parceria e compreensão. E que tudo fez para que eu pudesse me dedicar aos estudos. E agora, juntos, iremos festejar essa grande conquista.

À minha equipe NASF-AB, Antônio e Nildo, que acreditaram, celebraram cada conquista alcançada, e foram minhas grandes incentivadoras. Aos colegas que participaram da pesquisa, e contribuíram gentilmente com suas experiências.

Agradeço também o apoio das minhas gerentes técnicas, Luciana Simões e Luana.

A todos que torceram e se alegraram com essa conquista. Um agradecimento à minha comadre Nádia Maria por me depositar grandes expectativas e me incentivar.

À formação dessa turma ímpar que se transformou em rede de apoio, mesmo por encontros remotos, as amigadas se fizeram presenciais. Tantos foram os momentos angustiantes, de medo e de superação. Sem a parceria deles, este sonho não seria possível. Meu agradecimento especial à Patrícia e a Geórgia que momentos de ansiedade serem o apoio necessário. Ainda em especial à Fernanda Aparecida que quando eu iniciei minha trajetória profissional como assistente social foi minha mentora, e me norteava na nova profissão. E ao longo do tempo tornou-se minha amiga, e juntou-se a mim nesta aventura no mundo acadêmico do mestrado profissional, a ela toda minha gratidão.

Para quem nasce pobre, preto e favelado, já nasce tatuado na carne com estigma em ser traficante ou mulher de traficante. A sociedade não disponibiliza outras opções. Eu ousei mudar minha história e a história das minhas próximas gerações. Eu ousei utilizar o ensinamento como ferramenta de superação e transformação. Eu ousei não ser mais uma mulher negra e favelada com tatuagem na carne, estigmatizada ao crime. Eu ousei ser uma mulher negra, favelada, assistente social, mestra em saúde pública e mãe do Vinícius, um menino negro, pobre e favelado, que segue na ousadia. Eu ousei ser resistência. (SILVA, 2022: 10).

O preconceito está matando meu irmão! O ódio que o preconceito carrega se perpetua em vidas que não podem se defender, lembre-se disso... (LESSA, 2022, Instagram).

...para de alguma forma, levando informação de alguém que sentiu e sente na pele, no corpo e na alma as dores e as delícias de ser quem é, possamos juntos e verdadeiramente, construir uma sociedade plural, que respeite as diferenças e os diferentes, porque é isso que nos torna iguais. (LESSA, 2018: 15).

## RESUMO

O objetivo geral do presente estudo realizado foi analisar o processo de notificação dos casos de violência em relação à população LGBTQIA+ na perspectiva dos profissionais de nível superior da Estratégia de Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) de duas clínicas de saúde da família da Área Programática 5.1, no município do Rio de Janeiro. Para tal proposta, foram estabelecidos três objetivos específicos: a) descrever os dados de notificação de violência à população LGBTQIA+ na atenção primária do município do Rio de Janeiro, no período de 2013 a 2022; b) caracterizar a percepção dos profissionais de saúde sobre o que entendem como notificação de violência e; c) descrever os fatores que facilitam ou dificultam a identificação de violência pelos profissionais de saúde na população LGBTQIA+. Observou-se que, no período de 2013 a 2022, foram notificados 30 casos de violência por homofobia/transfobia em relação aos residentes da região pesquisada. A natureza do maior número de casos notificados foi violência psicológica, seguida por violência física e violência sexual. Foram identificados facilitadores e dificultadores da identificação de violência e de sua notificação. Entre os cinco fatores facilitadores destacam-se: a) a escuta qualificada; b) a utilização da planilha de violência da CAP (instrumento norteador que consolida os casos de violência pertencentes à unidade); assim como c) a oferta de serviços em saúde integral. Quanto aos dificultadores, foram identificados oito fatores, entre eles: a) a não identificação da violência Lgbtfóbica como demanda; b) a dificuldade na abordagem do acolhimento; c) o preconceito dos profissionais em relação à população LGBTQIA+; e, d) a não utilização dos quesitos de identidade, orientação sexual e nome social.

Os profissionais sugeriram como estratégias de enfrentamento a tal panorama: a) temáticas para Educação Permanente em Saúde sobre a população LGBTQIA+ que incluíssem a abordagem no acolhimento; b) o esclarecimento sobre os conceitos de identidade de gênero e orientação sexual e sobre as siglas; c) os conhecimentos acerca das políticas públicas e sobre o tema da violência. As principais recomendações do estudo sugerem a qualificação dos profissionais da ESF e do NASF-AB, a assistência transversal interdisciplinar e a criação de um grupo temático intersetorial.

Palavras-Chaves: violência lgbtfóbica; ficha de notificação; LGBTQIA+; NASF-AB; saúde da família.

## **ABSTRACT**

The general objective of the study was to analyze the process of reporting cases of violence in relation to the LGBTQIA+ population from the perspective of higher-level professionals from the Family Health Strategy and the Expanded Nucleus of Family Health and Primary Care (NASF-AB) of two family health clinics in Program Area 5.1, in the city of Rio de Janeiro. To this end, three specific objectives were established; to describe the data on violence notification to the LGBTQIA+ population in primary care in the city of Rio de Janeiro, from 2013 to 2022; to characterize the perception of health professionals about what they understand as notification of violence and; to describe the factors that facilitate or hinder the identification of violence by health professionals in the LGBTQIA+ population. It was observed that in the period from 2013 to 2022, 30 cases of violence due to homophobia/transphobia were reported, with residents of the researched region. The nature of the largest number of reported cases was psychological violence, followed by physical violence and sexual violence. Facilitators and obstacles to the identification of violence and its notification were identified. Among the five facilitating factors, qualified listening stands out; the use of the CAP violence worksheet (guiding instrument that consolidates cases of violence belonging to the unit); as well as the provision of comprehensive health services. As for the obstacles, eight factors were identified, among them, the non-identification of Lgbtphobic violence as a demand; difficulty in approaching the patient in the health clinic; health professionals' prejudice in relation to the LGBTQIA+ population; and the non-use of identity, orientation, and social name requirements. The professionals suggested topics for Continuing Health Education on the LGBTQIA+ population that included the approach to welcoming, clarification on the concepts of gender identity and sexual orientation and acronyms, and information regarding public policies related to violence. As the main recommendations of the study, the qualification of FHS and NASF-AB professionals, cross-disciplinary interdisciplinary care and the creation of an intersectoral thematic group are suggested.

Keyword: lgbtphobic violence; notification form; LGBTQIA+; NASF-AB; family health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Figura 1. mapa da área programática 5.1.....	66
Quadro 1	Levantamento documental do estudo, 2005 a 2018.....	67
Quadro 2	Matriz de informação.....	69
Quadro 3	Identificação dos participantes da pesquisa.....	80

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Notificação de violência interpessoal/Autoprovocada na AP 5.1, segundo motivação, período de 2013 a 2022	74
Tabela 2	Notificação de violência Interpessoal/Autoprovocada, por motivação de homofobia/transfobia, e orientação sexual (homossexual), na AP 5.1, por residentes do bairro de Realengo, segundo natureza, período de 2013 a 2022	78

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transexuais
AP	Atenção Primária
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
AP	Área de Planejamento
CAP	Coordenadoria da Atenção Primária
CAP	Coordenação de Área Programática
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
CEDS	Coordenadoria Especial da diversidade Sexual
CF	Clínica da Família
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNAR	Consultório na Rua
CNCD	Conselho Nacional de Combate à Discriminação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada em Assistência Social
CSE	Centro de Saúde Escolar
CT	Conselho Tutelar
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DVS	Departamento de Vigilância em Saúde
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia em Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GAR	Grupo Articulador Regional
GGB	Grupo Gay da Bahia

GLBTT	Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transgêneros
GLTB	Gays, Lésbicas, Transgênero e Bissexuais
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IEDE	Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis
LGBTI	Lésbicas, Gays, bissexuais, Trans e Travestis e Intersexo
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexuado e mais.
LGBTQQICAPF2 K	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Questionando, Intersexuais, Amoroso, Assexuais, Aliados, Pansexuais, Polisssexuais, Familiares, 2 – espíritos e Kink
LNC	Lista Notificação Compulsória
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NASF/AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NPSPV	Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção da violência
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACAS	Programa Academia Carioca da Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNDH	Programas Nacional de Direitos Humanos
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis
PPA	Plano Plurianual
PSE	Programa Saúde na Escola
PSPV	Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede Atenção Psicossocial
SER	Sistema Estadual de Regulação

SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIS – AB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISREG	Sistema de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSDC	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
SUBPAV	Secretária de Promoção de Saúde Atenção Primária de Vigilância de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
STF	Superior Tribunal Federal
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TABNET	Tabulador genérico de domínio público que permite organizar dados de forma rápida
TCLE	Termo de Consentido Livre e Esclarecido
TEIAS	Território Integrado de Atenção à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIVA	Vigilância de Violência e Acidentes
WHA	World Health Assembly

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	18
1.1. O PROBLEMA DA VIOLÊNCIA .....	18
1.2. O PROBLEMA DA SUBNOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA .....	22
<b>2- JUSTIFICATIVA</b> .....	24
<b>3- OBJETIVO GERAL</b> .....	26
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	26
<b>4- REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	26
4.1 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO RIO DE JANEIRO ...	26
4.2 OS NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA .....	28
4.3 A FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA EM ÂMBITO NACIONAL .....	34
4.4 A NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO .....	39
4.5 A VIOLÊNCIA LGBTFÓBICA .....	43
<b>5- METODOLOGIA</b> .....	63
5.1 LOCAL DO ESTUDO .....	63
5.2 TÉCNICAS E FONTES DE COLETA DE EVIDÊNCIAS .....	66
5.3 ANÁLISE DOS DADOS .....	69
5.4 ASPECTOS ÉTICOS .....	70
5.5 DESCRIÇÃO DA REALIZAÇÃO DO ESTUDO PILOTO .....	72
<b>6 – RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	74
6.1 DADOS DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA À POPULAÇÃO LGBTQIA+ NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO DE 2013 A 2022 .....	74
6.2 ENTENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA .....	79
6.3 FATORES QUE FACILITAM OU DIFICULTAM A IDENTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA POPULAÇÃO LGBTQIA+ .....	88
<b>7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	95
<b>8. RECOMENDAÇÕES</b> .....	97
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	99
<b>APÊNDICE 01 ROTEIRO DE ENTREVISTA</b> .....	107
<b>APÊNDICE 02 TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	108
<b>APÊNDICE 03 TERMO DE ANUÊNCIA</b> .....	112

## APRESENTAÇÃO

Em 10 de setembro de 2007 iniciei minha trajetória na Estratégia Saúde da Família (ESF) como Agente Comunitário de Saúde (ACS) da equipe Rebu, do Centro Municipal de Saúde (CMS) Drº Silvio Barbosa, em Senador Camará, na cidade do Rio de Janeiro, onde atuei por nove anos. Nesse período, graduei-me em Serviço Social e participei, em 2016, do processo seletivo para Assistente Social do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF -AB), local em que exerço “tal função” até os dias atuais.

O primeiro NASF-AB, no qual fui trabalhar, foi o das Clínicas da Família Kelly Cristina de Sá Lacerda, Mário Dias Alencar e CMS Sir Alexander Fleming, equipe NASF conhecida como NASF Viegas. Tais clínicas pertencentes ao território de Senador Camará.

Após uma readequação das equipes NASF no território, minha equipe, que estava responsável por três clínicas de saúde da família e 23 equipes, passou a responder por duas clínicas da família (CFs): CF Mário Dias Alencar e CMS Sir Alexander Fleming. Sendo responsável pelo matriciamento de sete equipes.

Em agosto de 2018, foi possível a realização de uma experiência exitosa da equipe do NASF Mario e Fleming, da qual participava. Tratou-se da implementação da Educação Permanente em Saúde (EPS) dos profissionais de nível superior das unidades, focando no módulo de violência.

Esta atividade foi realizada em três encontros, na qual foram abordados a tipologia de violência, sobre a natureza da violência e a formação destes profissionais concernente à conduta do acolhimento destes casos; a troca de experiência nas discussões de casos e a desmistificação do preenchimento da Ficha de Notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); além dos desdobramentos destas situações.

Em agosto de 2019 fui transferida de território. Encontro-me atualmente no NASF Antônio e Nildo, responsável por 12 equipes, incluindo as CFs Antônio Gonçalves da Silva e Nildo Eymar de Almeida Aguiar. Em 2021 esta última teve o retorno de mais duas equipes, totalizando 14 equipes de saúde da família, localizadas no Bairro de Realengo.

Em outubro de 2020, em conjunto com a psicóloga do NASF Antônio e Nildo, realizamos uma atividade de EPS, em função do mês sazonal do outubro rosa, com o tema: “Mulher em situação de violência: identificação, escuta qualificada, Ficha de Notificação de violência e redes”. Nosso objetivo era qualificar todos os profissionais quanto ao acolhimento nos casos de violência e seus desdobramentos.

Motivado pela necessidade em qualificá-los quanto à temática. No que se refere a identificação, manejo e cuidado às pessoas em situação de violência, a colocando transversal a todas as categorias e equipes.

Em relação à minha formação acadêmica, busquei aprofundar meus conhecimentos e especializei-me em “Políticas Públicas e Serviço Social” e em “Saúde Pública com ênfase em Estratégia Saúde da Família (ESF) e NASF”. Nas duas especializações, o foco de meu interesse se manteve na direção da diversidade de gênero, abordando os temas: “O Protagonismo da Mulher Capoeirista na Contemporaneidade” e “Impactos da Violência Contra Crianças e Adolescentes: combate e prevenção, a partir dos dados do SINAN – RIO, município do Rio de Janeiro, AP 5.1, no período de 2016”.

Em 2020, ingressei no Mestrado Profissional em Saúde Pública, especificamente na turma de Direitos Humanos, Justiça e Saúde: Gênero e Sexualidade, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em que continuei a estudar o tema sobre violência, ampliando o debate e aprofundando minha qualificação no que tange às minhas atribuições profissionais e atuação junto aos usuários do serviço de saúde na Atenção Primária de Saúde (APS).

Enquanto meu trabalho de conclusão de curso de especialização centrou no debate sobre violência que abrangia crianças e adolescentes, a partir deste momento oriento minha discussão sobre a violência em relação à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexuado e mais (LGBTQIA+), tomando como objeto a percepção dos profissionais sobre a Ficha de Notificação do SINAN.

De forma empírica, percebo, este segmento, posto à margem da assistência, de forma invisibilizada. Ao analisar os dados diários dos casos de violência ocorridos em meu território, percebi a dificuldade em analisá-los. O que me conduziu à reflexão: como analisar os casos de violência à população (LGBTQIA+), se não há dados, ou estão subnotificados? Será que sob uma situação de violência não está se sobrepondo uma violência Lgbtfóbica?

Ao longo destes seis anos atuando como assistente social do NASF-AB foi possível perceber as configurações estruturais e culturais da percepção da violência no território, o que despertou meu interesse pelo tema a ser desenvolvido no mestrado, orientada pela pergunta: Como dar luz à população LGBTQIA+ e às suas demandas frente às situações de violência e como fomentar ações, a partir da EPS promovidas pelo NASF-AB.

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. O PROBLEMA DA VIOLÊNCIA

O fenômeno da violência deve considerar a análise sócio-histórica, na qual é possível identificar conflitos de autoridade, lutas por poder, e domínio e posse pelo outro ou pelo que o outro significa ser. Sendo assim, infere-se que a violência se encontra na base relacional, na qual incluem-se atos violentos, ameaças, intimidações, e negligências ou atos de omissão (MINAYO, 2006).

A autora ainda retrata que a dificuldade tanto para conceituar quanto para identificar a violência se deve, em grande parte, ao fato de ser um fenômeno inserido na categoria do vivido, interagindo no sigiloso, no obscuro, em eventuais sensações de vergonha que a vítima possa vir a sentir, e na certeza da impunidade do perpetrador. Apesar de vivenciada no âmbito individualizado, faz-se necessário tratar esta questão coletivamente. Atribui-se, ainda, à violência um sentido eminentemente humano: só os humanos podem convergir a intencionalidade em atos ou omissões, situando-a na conjuntura sócio-histórica, cronológica e temporal da sociedade.

Levando em consideração o alto custo econômico ao tratar da violência em suas causas e consequências, se torna imensurável, podendo ultrapassar bilhões de dólares de despesas anuais na sua tratativa pela saúde pública. Além disso, seus impactos ocasionam não apenas lesões e mortes, mas também ausências no trabalho, equipamentos públicos fechados e, em maior escala, bairros e cidades sitiadas etc. (DAHLBERG; KRUG, 2007).

Na década de 1980, as mortes por acidentes e violência ocupavam o segundo lugar por causas de óbitos no país, representando 15%. Entre 1996 e 1997, atingiu o índice de aproximadamente 120 mil óbitos anuais, o que produziu impactos na morbidade e mortalidade da população. Estes números se tornam representativos, indicando agravamento no número de mortes, lesões e traumas, seja de ordem mental, física, emocional e espiritual, sobrecarregando a assistência à saúde (BRASIL, 2005).

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2005), utiliza como referência Minayo e Souza, 1998, quando conceitua a violência como sendo “ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprios ou a outros”.

Durante a década de 1990, a preocupação com o tema ganha prioridade nas agendas das organizações internacionais do setor. Em 1993, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), na sua XXXVII Reunião do Conselho Diretor, lançou a resolução sobre a problemática da violência relacionada à saúde. No ano seguinte, o mesmo órgão elaborou um plano de ação regional dando prioridade a este tema, visando a prevenção.

De acordo com a Resolução *World Health Assembly Resolution (WHA49.25)*, ficam atendidos os anseios dos pesquisadores e profissionais da área da saúde. Para tanto, se faz necessário a compreensão do termo da violência, que foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), como:

O uso intencional da força física ou de poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (OMS, 2002).

Pelos crescentes índices de violência, a OMS em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002), declarou que a “violência” é um dos principais problemas mundiais de saúde pública, embora já a referenciasse neste campo desde a década de 1980, a partir do reconhecimento de que os profissionais da área de saúde estão frequentemente entre os primeiros a socorrer as vítimas de violência. Portanto, o sistema de saúde deve direcionar seus esforços para entender as raízes da violência, ora visível, ora invisível, seja por contextos culturais, sociais ou políticos que, muitas vezes, a naturaliza.

A *World Health Assembly Resolution (WHA49.25)*, da OMS, tornou-se um marco ao declarar que a violência é um dos principais problemas mundiais de saúde pública, conduzindo a reflexão sobre qual o papel da saúde pública neste âmbito e como atuar na promoção e prevenção da violência. No Brasil, referente a essa temática, voltou sua atenção para a demanda perceptível, que apontava para um crescimento da assistência na saúde pública brasileira, sendo aprovada em 16 de maio de 2001 a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2005).

A saúde pública como política de intervenção estatal é responsável pelo cuidado e deve buscar evitar a ocorrência da violência ou minimizar suas consequências. Ao longo da história a violência vem se tornando objeto de estudo e de intervenção através de políticas públicas, protocoladas por organismos internacionais, como a OMS, a OPAS, ou localmente, por governos soberanos em seus territórios, estabelecendo serviços para o enfrentamento da situação de violência (OMS, 2002).

Diante do reconhecimento pelo governo brasileiro do crescimento da violência no país, passou a se configurar um problema de saúde pública. Para tanto, instituiu a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências em 2001. A Política em tela é um instrumento norteador para o setor saúde e se constitui um parâmetro para condutas, protocolos e notas técnicas (BRASIL, 2005).

Embora muitos casos de violência ocorram no âmbito privado, nas residências e em locais de privacidade, sua resposta se elabora no contexto coletivo, via políticas públicas. Não compete ao setor saúde a intervenção no âmbito individual, mas tal perspectiva eleva as questões individuais para uma dimensão coletiva. No que tange às condições e problemas de saúde, a saúde pública objetiva oferecer o máximo de benefícios para a coletividade (OMS, 2002).

A abordagem da saúde pública em relação à violência preconizada pela OMS (2002) é de base interdisciplinar e baseada em comprovações científicas. Apresenta quatro etapas: 1) Revelar o máximo possível de conhecimento básico a respeito de todos os aspectos da violência - através de coletas de dados sobre a magnitude, o alcance, as características e consequências da violência nos níveis local, nacional e internacional; 2) Investigar por que a violência ocorre, ou seja, realizar pesquisas; 3) Explorar formas de evitar a violência, utilizando as informações obtidas, elaborando, implementando, monitorando e avaliando intervenções, e 4) Implementar, em diversos cenários, intervenções que pareçam promissoras, divulgando amplamente as informações e determinando a relação custo / efetividade dos programas (OMS, 2002).

Para estabelecer ações de promoção e prevenção à violência, o ponto de partida se dá ao analisar o conceito literal da violência. Ao se conceituar que a violência é um ato intencional, que é a definição utilizada pela OMS, retrata a *intencionalidade* como uma prática propriamente dita, independentemente dos resultados atingidos. Logo, a presença de uma intenção de usar força não necessariamente infere a intenção de causar dano ou nem sempre efetiva, concretamente, um dano. Relata, ainda, que há uma disparidade entre o comportamento pretendido e a consequência pretendida (OMS, 2002).

Quando se fala de violência de gênero, o ato intencional é imbricado no “poder”, o poder hierárquico entre as relações, de domínio histórico, patriarcal e sexista. Esta forma de violência inclui negligências e atos de omissão, o que expande o conceito de violência, que perpassa pelo viés cultural, filosófico e das crenças de um povo. Vale ressaltar que nunca existiu uma sociedade sem violência, mas sempre existiram e existirão sociedades mais

violentas que outras no tempo e espaço. Atos violentos que retiram a dignidade e a humanidade da vítima ou da sociedade, desconstruindo-nos como cidadãos (MINAYO, 2006).

A OMS (2002) desenvolveu a tipologia da violência conforme as características de quem comete o ato de violência: Violência dirigida a si mesmo (auto infligida); Violência interpessoal; e Violência coletiva, como veremos detalhadamente a seguir.

A categorização inicialmente foi dada a partir da distinção entre a violência que uma pessoa inflige a si mesma, a violência infligida por outra pessoa, ou grupos de pessoas, e a violência infligida por grupos maiores, como os Estados.

A Violência auto infligida é subdividida em comportamento suicida (ideações suicidas, tentativas de suicídio, também chamados de parassuicídio ou autolesão deliberada); e auto abuso, que inclui atos como automutilação.

Já a Violência interpessoal é subdividida em duas subcategorias: a) Violência da família e de parceiro (a) íntimo (a), que ocorre em grande parte, mas não exclusivamente dentro de casa; b) Violência Comunitária - que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco (consanguíneos ou não), por conhecidos ou desconhecidos, geralmente fora de casa.

Por sua vez, a Violência coletiva está subdividida em violência social, política e econômica. O diferencial desta categoria em relação às demais é que as subcategorias da violência coletiva sugerem a existência de motivos possíveis para as violências cometidas por estes grandes grupos de pessoas ou pelos Estados.

A OMS também estabelece distinções entre as naturezas da violência, sendo elas: física, sexual, psicológica, por privação ou negligência.

No Brasil, é estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS) o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), que explanaremos mais adiante, no qual há outras naturezas de violências relacionadas, como a Tortura, o Tráfico de Seres Humanos, a Violência Financeira, o Trabalho Infantil e a Intervenção Legal (BRASIL, 2015).

Correlacionada ao tema pesquisado, a violência Lgbtfóbica tem sua origem a partir do pressuposto da “heterossexualidade” ou “heteronormatividade” compulsória, que impõe a todos a binaridade sexual e de gênero, isto é, se nasce homem ou mulher e apenas heterossexual. Esta heteronormatividade compulsória aponta para uma “normalidade” internalizada e institucionalizada. Todas as variantes de gênero e orientação sexual que divergem deste padrão, ou seja, a dissidência polissêmica da população LGBTQIA+, é marginalizada. Em resposta a essa audácia de expressão, lhes é imposta a violência Lgbtfóbica, identificada usualmente através de crimes de ódio, enquadrada em crime de preconceito. Jesus argumenta que preconceito, o ódio e a violência têm como base um certo “heterocentrismo”,

que exclui formas de existência dissidentes da heterossexualidade e das formas cisexclusivas de identidade de gênero e que discrimina ou desvaloriza (além de desumanizar) o diferente:

Denomina-se por “heterocentrismo” toda forma de perceber e categorizar o universo das orientações sexuais a partir de uma óptica centrada em uma heterossexualidade estereotipada, considerada dominante e normal, não apenas como estatística, mas principalmente no sentido moralizante do termo (JESUS, 2015).

A violência contra homossexuais conceitua-se como homofobia; contra bissexuais, bifobia; contra travestis e transexuais, transfobia; e o termo Lgbtobia vem sendo utilizado para configurar a violência contra todo segmento LGBTQIA+. Especialmente contra as Travestis e Transgêneros, a violência é a mais letal no Brasil. Tais violências, são ocasionadas em decorrência da discriminação por orientação sexual e pela identidade de gênero. O Brasil é o país que mais mata população trans no mundo (BENEVIDES, 2022).

## **1.2. O PROBLEMA DA SUBNOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA**

A política pública como resposta eficaz à população vítima de violência se dá na organização da saúde e na prática profissional como ferramenta de enfrentamento dos casos de violência. Visa alcançar principalmente os vazios sanitários que estão distantes dos grandes centros urbanos e busca envolver os familiares e a sociedade para proporcionar condições preventivas das diversas formas de violência e de ações promotoras de saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Um dos instrumentos de uma política pública de proteção contra a violência é a notificação dos casos. Temos como pressuposto que a baixa e/ou nenhuma notificação, (isto é, a subnotificação, que é uma realidade nas instituições que deveriam realizá-las) torna-se uma limitação que impede uma avaliação mais próxima do panorama real dos casos de violência. A subnotificação é uma realidade proveniente do despreparo de alguns profissionais de saúde, seja ao não identificar as diversas facetas no atendimento, seja em não considerar situações de violência como tal. (VELOSO, ET AL. 2013).

Esta condição aponta para uma possível fragilidade na ponta da assistência, onde ocorrem os atendimentos às vítimas. Reflete que na base do sistema, estão os profissionais que, seja por sobrecarga de demandas, seja por possuírem uma formação empobrecida, por entraves que ocorrem nestes locais, ou mesmo por LGBTQIA+fobia, não identificam ou, quando identificam, não notificam casos de violência contra pessoas LGBTQIA+. Atualmente, o panorama da violência LGBTQIA+fóbica no Brasil é alarmante em comparação com outros

países. Se as subnotificações fossem consideradas, os dados impactariam ainda mais. É relevante mencionar que a notificação (através da Ficha de Notificação) é uma ferramenta de registro, denúncia e de luta já que serve como base para a reivindicação de políticas públicas mais eficazes ao enfrentamento à violência LGBTQIA+fóbica (BRASIL, 2005, p. 152).

Cabe ressaltar que a Ficha de Notificação funciona como instrumento de coleta de dados epidemiológicos destinados a subsidiar o planejamento, o monitoramento, a avaliação e a execução de políticas públicas integradas e intersetoriais, que visam a redução da morbimortalidade decorrente das violências. Além disso, é um instrumento de promoção da saúde e da qualidade de vida. Na observância destes dados, cabe ao ente governamental investir na prevenção e nos cuidados por parte do sistema de saúde e políticas sociais de proteção, buscando minimizar seus efeitos (BRASIL, 2005).

## 2- JUSTIFICATIVA

A presente pesquisa se justifica dada a importância de dar visibilidade às situações de violência que, em certas ocasiões, surgem veladas, seja por não apropriação profissional, seja por fragilidade na sua formação, o que resulta em dados escassos para obtenção de dados no sistema de informações.

Ao longo da minha trajetória de 15 anos, (desde meu início como agente comunitária de saúde até, atualmente, como assistente social), percebi que diversas situações de violência passam despercebidas pelos profissionais. Mesmo a violência sendo apontada como um dos indicadores mais importantes dos serviços de saúde, ainda assim, permanece como mais uma planilha que deve ser monitorada e apenas lembrada no período em que ocorrem os colegiados gestores e os seminários de gestão que abordam o tema da violência.

O cenário das violências decorrentes de Lgbtfobia passa por dificuldades de obtenção da consolidação dos dados no Brasil e os marcadores da violência decorrente de orientação sexual, identidade de gênero e nome social não são tratados como dados de referências em relatos e informações no atendimento em situações de violência.

Estas informações são evidenciadas através de diversas literaturas, e são embasadas por Leis acerca da notificação obrigatória realizada pelos profissionais de saúde, retratando a baixa qualificação no tocante à utilização deste instrumento de modo a gerar dados.

Sabe-se que muito ainda necessita ser feito quando nos deparamos com profissionais que relatam sentir “constrangimento” no ato de preenchimento da ficha. Cabe ainda a quebra de paradigma sobre o entendimento da violência como um problema de saúde. Essa falta de entendimento resulta na subnotificação acerca da violência contra a população LGBTQIA+, a invisibilidade parcial ou total dessa população e de suas condições de vida no país. (OMS, 2002).

Enquanto profissional na ponta da execução de uma política pública de saúde, percebo a fragilidade no tocante ao fazer profissional de diversas categorias relacionada à assistência à população LGBTQIA+ no que se refere ao enfrentamento à violência.

Acredito que ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) são estratégias de combate à violência contra a população LGBTQIA+. O NASF, por realizar ações de natureza multi e interdisciplinar, é uma estratégia de grande potencial junto às equipes de Saúde da Família no que se refere à informação e formação dos profissionais para este tema da violência LGBTfóbica, representado como objeto de notificação. As ações de EPS teriam como objetivo dinamizar e aprimorar ações profissionais que os levem à identificação não só das situações

de violência, mas também o acolhimento adequado, o trabalho intersetorial e a manutenção do cuidado para o grupo estudado.

Sendo assim, cabe a pergunta de pesquisa: qual seria a percepção dos profissionais de saúde sobre o que entendem como notificação? Além disso: quais são os fatores que facilitam ou dificultam a identificação da violência na saúde da população LGBTQIA +? Acreditamos que as respostas a estas questões poderão subsidiar as ações de EPS promovidas pelo NASF, mitigando as consequências do não preenchimento da Ficha de Notificação de situações de violência contra a população LGBTQIA+.

### **3- OBJETIVO GERAL**

Analisar o processo de notificação dos casos de violência em relação à população LGBTQIA+ na perspectiva dos profissionais de nível superior da ESF e do NASF-AB de duas clínicas de saúde da família da Área Programática 5.1, no município do Rio de Janeiro.

#### **3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Descrever os dados de notificação de violência à população LGBTQIA+ na atenção primária do município do Rio de Janeiro, no período de 2013 a 2022;
2. Caracterizar a percepção dos profissionais de saúde sobre o que entendem como notificação de violência;
3. Apontar os fatores que facilitam ou dificultam a identificação de violência pelos profissionais de saúde na população LGBTQIA+.

### **4. REFERENCIAL TEÓRICO**

Com o objetivo de aprofundar o objeto de pesquisa, estruturou-se o referencial teórico com vistas a fundamentar os conceitos para compreender e embasar a discussão sobre a questão. Os eixos teóricos de discussão perpassam elementos e categorias do campo empírico, como a organização da APS no Rio de Janeiro; a instituição da equipe NASF-AB; a notificação de violência em âmbito nacional e regional, e, por fim, a violência Lgbtfóbica.

#### **4.1 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO RIO DE JANEIRO**

No município do Rio de Janeiro, desde a segunda metade dos anos de 1990, o modelo adotado de Atenção Primária à Saúde (APS) foi a da ESF. A APS tem como uma de suas principais características a territorialidade, que se estabelece pela presença das unidades em áreas adscritas no território, local de moradia do usuário pertencente à área de cobertura da ESF.

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, uma das premissas da APS é o vínculo entre os usuários, famílias, profissionais e a rede intersetorial, no intuito de promover a integração de ações de promoção e prevenção, respeitando a potencialidade dos indivíduos e famílias no que se refere aos fatores culturais, sociodemográficos, atuação de grupos de poder existentes nos territórios (como o poder armado de diversos e diferentes grupos) que influenciam nos hábitos de vida e nas relações sociais dessa população (SMSDC, 2011). Cabe, ainda, ressaltar que:

Conhecer o território e sua dinâmica permite construir um processo de trabalho orientado para as necessidades de saúde da população. A articulação intersetorial e a utilização de outros dispositivos do território permitem ampliar a abrangência das ações, fortalecendo o alcance dos atributos derivados da APS — orientação comunitária, orientação familiar e competência cultural (SMSDC, 2011).

O município está inserido na Região Metropolitana de Saúde I do estado do Rio de Janeiro, dividido em 10 Áreas Planejamento em Saúde (APS): 1.0/, 2.1/, 2.2/, 3.1/, 3.2/, 3.3/, 4.0/, 5.1/ 5.2/ e 5.3. Cabe à Coordenadoria de Atenção Primária (CAP) a responsabilidade pela territorialização da cidade em microrregiões de saúde e por desenhar seus Territórios Integrados de Atenção Primária (TEIAS) dessa forma pelo processo de expansão da ESF no Rio de Janeiro (PMS, 2014 - 2017, p 21).

A rede de APS é composta por três classificações de unidades: Clínica da Família (CF) – unidades de saúde onde todo o território é coberto por equipes de saúde da família; Centro Municipal de Saúde (CMS) – unidades onde parte do território é coberto por equipes de saúde da família; e Centro de Saúde Escola (CSE) – unidades de ensino-aprendizagem, onde todo território é coberto por equipes de saúde da família (SMS, 2021).

Atualmente, as Clínicas da Família (CFs) são serviços públicos de saúde implantados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ) mediante contratos de gestão com Organizações Sociais (OS), de natureza mista. Sob a gestão das OSs, as CF são unidades de saúde com estrutura de atendimento na ESF, razoavelmente equipadas, incluindo algum suporte diagnóstico: raios-x, ultrassom e posto de coleta para exames laboratoriais. Essas condições de gestão, entretanto, não se restringem aos aspectos estruturais, incluem, também, a contratação dos profissionais pelas OSs, com a incorporação da residência médica para garantir a oferta de profissionais especialistas em medicina de família frente ao crescimento das clínicas da família. Algumas clínicas também são espaços de aprendizagem para outras categorias, pois são referências de campo de estágios para acadêmicos e residentes em saúde

da família, que abrangem as demais categorias atuantes nas equipes (serviço social, nutrição, enfermagem, psicologia, fisioterapia) (PMS 2013, p 50).

O atual panorama da APS na cidade do Rio de Janeiro em 2022, para uma população estimada em 6.718,903 (SUBPAV, 2022), é de um total de 236 unidades de saúde, dívidas em:

- a) 128 Clínicas da Família;
- b) 105 Centros Municipais de Saúde;
- c) 03 Centros de Saúde Escola (CSE);
- d) 1257 Equipes de Saúde da Família (Eq.SF);
- d) 09 Equipes de Consultório na Rua (CNAR);
- e) 92 Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB);
- f) 435 equipes de Saúde Bucal, totalizando a cobertura em todas as áreas programática

de 56,13% da população cadastrada.

Conta, ainda, com

- g) 02 Hospitais Municipais;
- h) 05 Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

## **4.2 OS NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA**

O NASF faz-se presente nas intervenções e práticas diárias das demandas dos profissionais de saúde na AP, diante das necessidades dos usuários e famílias, sob responsabilidade das equipes de saúde da família. A Portaria GM nº 154, de 2008, em seu Art. 1º, cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cujo objetivo é:

...ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

Estabelecendo a proposta centrada em ações de apoio matricial às equipes de saúde da família (eq.SF), o NASF visa ampliar o escopo de práticas e a resolubilidade da APS:

Art 2º:

Estabelece que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado.

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) são equipes multiprofissionais com características de processo de trabalho baseado no apoio matricial e com práticas de

cuidados menos individualizados. Ao mesmo tempo, também comporta uma equipe de retaguarda técnico-pedagógica e clínico-assistencial direcionada a propiciar qualificação e apoio aos profissionais da APS (ALMEIDA; MEDINA, 2021).

O NASF, na época da sua implantação, gerou muitas polêmicas e algumas barreiras de compreensão das suas atribuições, já que vinha se contrapondo ao paradigma biomédico tradicional e individualizado, e nutria de uma proposta multiprofissional e intersetorial, numa lógica de matriciamento de saberes e práticas horizontais (ALMEIDA; MEDINA, 2021).

Segundo a Portaria nº 154, de 2008, no § 1º, o NASF não se constitui porta de entrada, isto é, os profissionais de saúde inseridos no NASF têm em suas tarefas oriundas de ações individuais e coletivas, a partir das demandas levadas preventivamente pelas equipes de saúde da família. Após as discussões dos casos, são agendadas as consultas compartilhadas, priorizando o foco na promoção de saúde, não fazendo ambulatório, como ocorre com as demais categorias já inseridas nas equipes de saúde da família, que possui uma demanda espontânea distribuída em consultas individuais e consultas programadas.

A demanda para o NASF deve ser discutida em equipe, preferencialmente nas reuniões que ocorrem entre ESF e NASF, local potente para o matriciamento, onde é elaborado o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que será administrado por ambas as equipes responsáveis pelo usuário e sua família.

Outro aspecto fundante do NASF se dá na responsabilização compartilhada na ordenação dos encaminhamentos com base da referência e contrarreferência da ESF, que se apresenta como uma nova estrutura do sistema de saúde brasileiro, atuante no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). Este processo longitudinal é alinhado entre eq.SF e NASF, sendo encaminhados apenas os casos que ultrapassam o acompanhado na atenção básica (AB), ou seja, usuários que não comportem sua inserção nos grupos de atividades para monitoramento ou reabilitação ofertados nas clínicas. Os demais casos serão regulados pelo Sistema de Regulação do Município (SISREG) ou do Sistema de Regulação do Estado (SER) (BRASIL, 2010).

O NASF implantado no município do Rio de Janeiro tem seu modelo denominado de NASF 1, composto por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes. Podem compor o NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): Assistente Social, Profissional de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008).

A lógica do matriciamento é a proposta central de atuação do NASF e constitui-se na prestação de apoio/suporte às equipes de referência (eSF) no aumento do escopo de atuação dos profissionais vinculados a APS, de forma a assegurar a retaguarda especializada. Trata-se, como já mencionado, de um suporte clínico-assistencial e técnico-pedagógico. Entende-se por suporte clínico-assistencial aquele que irá produzir a assistência direta ao usuário, num atendimento especializado individual ou compartilhado; já o suporte técnico-pedagógico é o que dá apoio educativo às equipes no que tange ao norteamiento dos casos, levando as equipes a estarem autônomas na conduta deles. Ambas as dimensões (clínico-assistencial e técnico pedagógica) configuram-se em apoio matricial (BRASIL, 2010).

Apesar da lógica ampla e longitudinal na qual o NASF é forjado, após 14 anos da sua implantação, encontramos equipes de saúde da família que insistem na lógica da fragmentação, do encaminhamento sem discussão, e na perspectiva ambulatorial, uma vez que ainda veem a equipe do NASF como um conjunto de especialistas à parte da Unidade Básica de Saúde (UBS), não a incorporando como membro orgânico da UBS. Segundo a última PNAB, o NASF é uma equipe que vivencia e compartilha o cotidiano e a assistência das equipes de saúde da família à população (PNAB, 2017).

As eq.SF e o NASF devem atuar como cogestores do cuidado nas linhas prioritárias, em consonância com os atributos da APS e com as diretrizes clínicas, sanitárias da UBS:

- a) saúde da criança / adolescente / jovem;
- b) saúde mental;
- c) reabilitação;
- d) saúde integral da pessoa idosa;
- e) alimentação e nutrição;
- f) serviço social;
- g) saúde da mulher;
- h) assistência farmacêutica;
- i) atividades físicas / práticas corporais;
- j) saúde da gestante;
- k) práticas integrativas e complementares;
- l) tuberculose;
- m) hanseníase; e
- n) enfrentamento às situações de violência (BRASIL, 2010).

O trabalho conjunto entre equipes saúde da família e NASF, baseados nas diretrizes da AP, contribui para a ampliação do acesso; a integralidade / longitudinalidade do cuidado, a multiprofissionalidade, a intersetorialidade, e a coordenação do cuidado, potencializam a equipe de referência quanto à melhoria da atenção e da resolubilidade da APS (ALMEIDA; MEDINA, 2021).

Toda ação oriunda do NASF emana do apoio matricial, constituído pela cogestão do cuidado (quando realizado atendimento compartilhado), ou, discussão dos casos mais complexos (que resultam na elaboração do PTS). Estas são ações de responsabilidade comum a todos os profissionais do NASF e devem ser desenvolvidas em conjunto com as eq.SF, além da EPS, também, inserida sob forma de coparticipação, acompanhamento supervisionado, discussão de casos e demais metodologias da aprendizagem em serviço, dentro de um processo de Educação Permanente apresentado na Portaria GM nº 154, 24 de janeiro de 2008, e ratificado pelo caderno 27, como descrito a seguir:

As necessidades do serviço e das equipes que nele atuam exigem trabalhar com a aprendizagem significativa, envolvendo fatores cognitivos, relacionais e de atitudes, visando qualificar e (re) organizar os processos de trabalho. O processo de educação permanente possibilita principalmente a análise coletiva do processo de trabalho para efetivar a ação educativa. Assim, a aprendizagem deverá ocorrer em articulação com o processo de (re) organização do sistema de saúde. O processo de trabalho envolve múltiplas dimensões organizacionais, técnicas, sociais e humanas. Portanto, o saber técnico é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas, e a formação dos profissionais deve envolver os aspectos humanos e pessoais, os valores, os sentimentos, a visão de mundo de cada um, bem como cada um percebe e representa o SUS. Deve-se trabalhar com a transformação das práticas e da organização do trabalho simultaneamente (BRASIL, 2010. p. 19).

O art 5º da Portaria nº 154 define que cada equipe NASF tem a responsabilidade sanitária por, no mínimo, oito equipes de SF e, no máximo, 20 equipes.

Em 2010 o MS elaborou o Caderno 27 especificamente voltado aos profissionais do NASF, que faz parte da coleção de cadernos da AB. Este apresenta as Diretrizes do NASF.

Dentre os pressupostos que balizam as propostas do NASF há: I- Conhecimento, infere que quanto maior o conhecimento dos problemas de saúde e sanitários que a eq.SF conheça, mais fundamentadas serão as propostas do NASF, à medida em que ratifica sua complementaridade como parte orgânica pertencente à AP.

O item II refere-se à Gestão das Equipes inseridas no processo de gestão compartilhada do cuidado; este pressuposto exige que a eq.SF acione a equipe NASF, que é voltado para a tarefa de apoiar o monitoramento das linhas de cuidado. Destaca-se nesse aspecto a troca de saberes horizontais: a equipe elenca seus casos mais complexos e crônicos, e ambas as equipes

elaboram o PTS, incluindo, se necessário, o aporte intersetorial. Este espaço de discussão é garantido e legitimado durante as reuniões de equipe ESF e NASF.

O item III elenca a Coordenação do Cuidado, este direciona a APS a gerir a coordenação do cuidado e a rede de atenção à saúde, e o NASF com sua expertise colabora com sua diversidade de categorias que o compõem.

Seis anos após a sua criação, em 2014, o MS lança o Caderno 39 com o objetivo de apoiar e oferecer ferramentas para a implantação e a qualificação do processo de trabalho da equipe NASF. Neste caderno manteve-se a orientação e conduta pelo referencial teórico metodológico do apoio matricial, além de reafirmar o conceito de *retaguarda especializada*, colocado no caderno 27. Cumpre ratificar que o NASF está inserido na rede de serviços dentro da APS assim como as equipes de SF, ou seja, ele faz parte intrínseca da APS (BRASIL, 2014).

O NASF viveu a expansão e a legitimação de sua política e teve a variação de modelos de equipe até o tipo três, incluindo as equipes NASFs fluviais e ribeirinhas. Em meados de 2017 até o ano de 2019, como em todas as políticas públicas nestes últimos quatro anos, o NASF também sofreu grave retrocesso político e econômico. Tais retrocessos objetivavam o desmonte da equipe NASF, o que impactou diretamente na manutenção das equipes.

Em 2017 é aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria nº 2436, 21 de setembro de 2017, que altera o termo “apoio” para “ampliado” do NASF, e, esta portaria estende a área de atuação do NASF à área descoberta, isto é, sem equipe de saúde da família. O NASF passa a ser intitulado como NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica).

A bem da verdade, a nova PNAB veio registrar, por força de lei, aquilo que já ocorria de fato, pois as equipes NASFs que atuavam em unidades de saúde mistas já assistiam de forma indireta as áreas descobertas (BRASIL, 2017).

Nas últimas décadas, e mais agudamente nos últimos anos, o SUS tem sofrido ataques que envolvem a tensão sobre o desvio do financiamento da saúde, e o NASF não escapou a esse ataque. Em 2020 o MS emitiu a Nota Técnica Nº 3/2020, que definiu o novo modelo de financiamento de custeio da APS e as normativas que passaram a definir os parâmetros e custeio do NASF-AB. É importante ressaltar que o novo financiamento da APS é focado na pessoa assistida.

Sobre esta temática, Mendes e colaboradores (2022) chamam atenção para o fato de que o povo brasileiro não está atento às influências societárias contemporâneas que os autores intitulam de projeto “neofascistizante”. O governo de Jair Bolsonaro apresentou um projeto de valorização de um SUS operacional, que propicia o crescimento do capital privado e

recrudescer a crise sanitária. Portanto, os autores afirmam que restringir a assistência à saúde focado na pessoa, visa desconstruir o SUS universal e legitimado na Constituição Federal de 1988 (MENDES et al, 2022).

Durante os governos entre 2009 e 2016, a saúde do município do Rio de Janeiro passou por extensa expansão de cobertura pela Estratégia Saúde da Família, que culminou com a criação do NASF. Por volta do ano de 2017, o município passou por uma grave retração e diversas equipes de saúde da família e do NASF foram desligadas. Vivenciar este momento foi doloroso e ainda muito difícil de relatar.

Essa realidade se deu com a instituição da nova PNAB de 2017, pautada com direcionamentos neoliberais ainda mais taxativos à população, e que trouxe novos arranjos de adscrição da APS. Ficava, então, a cargo do gestor local a estruturação das eq. SF, ou melhor, o que realmente ocorreu foi a paulatina desestruturação das eq. SF e NASFs –AB, já que estava “liberada” essa inversão que aponta para a desassistência estatal, em detrimento da mercantilização da assistência à saúde.

Como consequência desse movimento, considerando a insuficiência da quantidade de profissionais e a qualidade do serviço ofertada, gerou-se barreiras muito concretas para o acesso populacional à SF em uma verdadeira ofensiva para destruição do SUS como direito de todos na universalidade e integralidade e como dever do Estado (MOROSINI et al, 2018).

No atual governo municipal, iniciado em 2021, a Estratégia Saúde da Família retomou novo fôlego. Novas unidades foram inauguradas ou passaram por renovação estrutural, e, no ano de 2022, as equipes encontram-se completas em sua maioria. O NASF-AB também experimenta o retorno à expansão, já que todas as unidades de saúde da APS da área programática 5.1 têm uma equipe NASF-AB de referência. Porém, a expansão das equipes da saúde da família mostra-se desproporcional ao quantitativo das equipes NASFs-AB no que tange a sua responsabilidade sanitária, pois a Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 estabelece que o NASF 1 esteja vinculado no mínimo a oito equipes de saúde da família e, no máximo, a 15 equipes (BRASIL, 2011).

Diante desse desenvolvimento desproporcional equivalente entre as equipes NASFsAB e as eq.ES, identifica-se, ainda, como pontos de desafios e melhorias: a estrutura física das unidades de saúde, bem como os equipamentos e insumos inerentes à atuação dos profissionais das equipes NASFs-AB, como, por exemplo a quantidade ainda insuficiente de salas e computadores específicos ao NASF-AB. Esta ausência de referência estrutural resulta em situações de constrangimento e desrespeito. Também são sinalizados como pontos de desafios e melhorias, o monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas por esta equipe no que

se refere às variáveis relacionadas a recursos financeiros concedidos às unidades e às eq.SF que não contemplam às equipes NASFs-AB, apesar estarem inseridas nas condicionalidades postas para que as equipes ESFs atinjam os indicadores de qualidade estabelecidos pela gestão pública (SES-RJ, 2021).

### **4.3 A FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA EM ÂMBITO NACIONAL**

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) estabelece e cria a ficha específica de Notificação de Violência, ou a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada. Contemplada por normas técnicas do MS através de portarias e priorizadas pela política de saúde, encontra-se como linha de cuidado de atenção à saúde. Essas normas técnicas estabelecem protocolos de conduta de atendimento, acolhimento e rede, no âmbito municipal, estruturados pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) /MS (BRASIL, 2015).

Até 2006, antes da implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), a comunicação de violência era feita em fichas individuais por segmentos e com informações limitadas. Era preciso acessar diversos sistemas de informação, tais como: o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) e os boletins de ocorrência policial ou pesquisas específicas de formas segregadas, sem interligação (BRASIL, 2015).

A partir da implantação do sistema, foi possível veicular todos os entes, serviços e equipamentos, como também foi ampliado o público objeto de notificação, que passaria a atingir pessoas em todos os ciclos de vida, unificando todas as informações que naquele momento ocorriam de forma diversa e independente pelos estados brasileiros. Até então, cada estado e município fazia de forma desarticulada o controle e a consolidação dos dados e, quando ocorria a ação de consolidá-los, era por meio manual. (BRASIL, 2015).

O Sistema de Vigilância é dividido em dois componentes:

- 1) a notificação contínua (VIVA Contínuo/SINAN), que capta dados da violência interpessoal/autoprovocada em serviços de saúde, e;
- 2) Vigilância Sentinela (VIVA Inquérito), por meio de pesquisa por amostragem, a partir de informações sobre violência em unidades de emergência e urgência (esta pesquisa, a partir do ano de 2011, passou a ser trienal).

Este sistema de informação tem como instrumento de coleta, respectivamente:

- a) a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, onde se realiza o registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e
- b) a Ficha de Violência e Acidentes em Serviços de Sentinela de Urgência e Emergência, registrada em sistema EpiInfo (BRASIL, 2015).

A captação dos dados se dava a partir de um questionário específico, elaborado pela equipe técnica da SVS/MS. A Ficha de Notificação de Violência foi inserida no SINAN como agravo a partir de 2009, corroborando com a expansão do VIVA. Este processo se deu de forma gradual e com a adesão dos estados e municípios, que seguiram a estrutura estabelecida pela Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), com as prioridades já definidas no processo de implantação do VIVA (BRASIL, 2015, p. 14).

No ano de 2011, a Portaria nº 104 definiu as terminologias em legislação nacional, emitindo a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo território nacional. Esta portaria definiu que a Ficha de Notificação de Violência passasse a integrar a Lista de Notificação Compulsória (LNC), no item 45, como agravo, e inseriu a Violência doméstica, sexual e/ou outras violências, no anexo 01 (BRASIL, 2011).

Com a padronização da ficha de notificação para todo território brasileiro, pelo VIVA, deu-se a inserção da violência como agravo à saúde. Tal inserção objetivou fornecer subsídios para as pesquisas e levantar dados dos procedimentos utilizados, dos meios usados na agressão, de informações sobre o provável autor da agressão, dos locais de maior incidência da violência, das motivações da violência, dentre outros aspectos. Consolidar estas informações é uma forma de contribuir para o levantamento dos dados epidemiológicos que caracterizam geograficamente a extensão da violência (LIMA, 2012).

No que diz respeito à notificação de violência referente à população LGBTQIA+, sabe-se que não havia captação de dados referentes ao monitoramento pelos equipamentos estatais neste período. Os mecanismos de captação e monitoramento dos dados sobre violência a esta população, ou seja, de indicadores que pudessem gerar dados analíticos e políticas de enfrentamento, só adentram a ficha após o ano de 2015 – o que, em si, já é um dado de saltar os olhos, já que a ausência de dados invisibiliza o fenômeno politicamente, figurando os casos de violência desta natureza, quando apurados, apenas como “fatos isolados”.

Da mesma forma, essa mudança foi capaz de transferir o olhar à questão da violência contra a população LGBTQIA+, que era voltado apenas às questões relativas às IST's

(Infecções Sexualmente Transmissível), como se apenas existisse essa dimensão nas relações sociais da vida de pessoas LGBTQIA+ (DUARTE, 2014).

A implantação da Portaria nº 1.271 em 06 de junho de 2014 revogou a Portaria 104/2011, objetivando atualizar o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, com a liberação da versão do SINAN 5.0, que alterou a ficha de notificação sobre violência doméstica, sexual, tentativa de suicídio e outras violências, e estabeleceu a notificação imediata (em até 24 horas) para os casos de violência sexual e tentativa de suicídio (BRASIL, 2014).

Esta portaria também propiciou a inclusão de dados específicos de marcadores de violência LGBTQIA+ como: o nome social, a orientação sexual e a motivação da violência (homo/lesbo/transfóbica). Esta Portaria buscava atender ao disposto da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, no âmbito da promoção da equidade (BRASIL, 2014).

Fica ratificado aí que a Ficha de Notificação de violência deve ser utilizada para a notificação de qualquer caso suspeito ou confirmado de:

- a) violência doméstica/intrafamiliar,
- b) Violência sexual,
- c) violência autoprovocada,
- d) tráfico de pessoas,
- e) trabalho escravo,
- f) trabalho infantil,
- g) tortura,
- h) intervenção legal e
- i) violência homofóbica contra mulheres e os homens em todas as idades.

Nos casos de violência extrafamiliar/comunitária, serão objetos de notificação às violências contra crianças e adolescentes, mulheres, idosos, pessoas com deficiência, indígenas e a população LGBTQIA+ (BRASIL, 2016).

A Portaria nº 1.271 reitera que a notificação das violências vem ao encontro de atender à demanda de notificação ao público objeto de notificação (criança e adolescente, idoso e mulher), conforme a obrigatoriedade legal, que vem a ser fruto das lutas contínuas por direitos e uma vida sem violência. Além disso, tende a transvesalizá-la com as diversas políticas públicas que avançam na efetivação dos princípios do SUS e nas demais políticas de inclusão e justiça social (BRASIL, 2014).

Como em destaque, no âmbito de proteção à mulher, no enfrentamento à violência doméstica e familiar fere os direitos universais contra a mulher, na Lei nº 11.340 (Lei Maria da Penha), de 07 de agosto de 2006, *que cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres neste tipo de situação.*

Esta lei passou por uma reformulação foi atualizada pela Lei 13.641, de 03 de agosto de 2018, incluindo a relação homoafetiva nos casos de violência doméstica, citado no Título II, Capítulo I, parágrafo único que cita: “As relações pessoais enunciadas neste artigo independente de orientação sexual” (Lei Maria da Penha, 2006).

A Lei Maria da Penha é uma lei multidisciplinar, intersetorial e transversal a outras leis de proteção vigentes no Brasil. Como ocorreu com os demais segmentos, é uma lei fruto da luta por direitos e igualdade de gênero, advindo dos movimentos sociais, movimentos feministas com amplitude nacional e internacional, iniciados principalmente nos anos de 1960, ainda no período ditatorial (BRASIL, 2018).

A Portaria em análise ressalta a distinção entre o ato de notificar e o ato de registrar, sendo a notificação compulsória e a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sob a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, cuja periodicidade ocorra de modo imediato ou semanal (BRASIL, 2014).

Para registro da notificação de violência interpessoal e autoprovocadas no SINAN 5.0, utiliza-se o código genérico “Y09- agressões por meio não especificado”, da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Cid 10. Vale salientar que a ficha de notificação é única para todos os tipos e naturezas de violências (BRASIL, 2014).

No art. 4º, detalha o procedimento para os casos de tentativa de suicídio e violência sexual, onde a notificação é imediata, não podendo ultrapassar o prazo de 24 horas, no âmbito municipal, e deve seguir o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS.

Ressalta-se, a respeito do preenchimento, que este deve ser realizado pelo profissional de saúde responsável que prestou o primeiro atendimento. A notificação imediata é importante para a organização dos serviços e redes a fim de garantir o acesso às medidas de prevenção dos agravos resultantes da violência sexual e da tentativa de suicídio em tempo oportuno, resguardando a qualificação da atenção à pessoa em situação de violência e seus familiares.

Este procedimento deve articular intimamente com a rede a oferta da assistência imediata (BRASIL, 2014).

No artigo 6º, estabelece-se que a notificação compulsória também será registrada em sistema de informação em saúde e seguirá o fluxo de compartilhamento entre esferas de gestão do SUS, estabelecido pela SVS/MS.

O VIVA, ao publicar o material Instrutivo com orientações para o preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (versão 15.06,2015), em 2015, tem por objetivo subsidiar os profissionais que atuam nas unidades/serviços notificadores quanto ao preenchimento da ficha, como também conceituar a definição de caso de violência, para fins de notificação da seguinte forma:

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/ intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação às violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT. (BRASIL, 2015).

A Portaria 1271, de 06 de junho de 2014, é revogada pela Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, e aborda diversos conceitos, dentre eles, o Agravado, como:

...qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada.

Para efeito de notificação de violência, o MS adota conceito, tipologia e natureza da violência, como

...o uso intencional de força física ou poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (BRASIL, 2015 apud OMS. 2002).

Relacionado à tipologia, o MS corrobora com a OMS quando estabelece os três grandes grupos segundo quem comete o ato violento: a violência contra si mesmo (autoprovocada ou auto infligida); violência interpessoal (doméstica e comunitária); e violência coletiva, todas já foram detalhadas em tópicos anteriores (BRASIL, 2015).

Porém, em relação à natureza da violência, o MS apresenta um quantitativo maior, em consonância com a OMS, que está na Violência Física; Sexual; Psicológica, e as violências envolvendo Privação ou Negligência. O MS apresenta, ainda, como natureza da violência, a

Tortura; o Tráfico de Pessoas; a Violência Financeira; o Trabalho Infantil e a Intervenção Legal (BRASIL, 2015).

A Ficha de Notificação tem como premissa instrumentalizar a coleta de dados epidemiológicos, destinados a subsidiar o planejamento, o monitoramento, a avaliação e a execução de políticas públicas integradas e intersetoriais, visando a redução da morbimortalidade decorrente das violências. Além disso, é um instrumento de promoção da saúde e da qualidade de vida. Na observância destes dados, cabe ao ente governamental investir na prevenção e nos cuidados por parte do sistema de saúde através de políticas sociais de proteção, buscando minimizar seus efeitos (BRASIL, 2005).

No que tange ao papel do profissional de saúde, cabe a ele a ação de notificar eventuais casos de violência a fim de desencadear ações de proteção, acolhimento e acompanhamento às vítimas e familiares. Ampliar a discussão sobre a notificação em função de gerar dados epidemiológicos para determinar investimentos em pesquisas e equipamentos de vigilância e assistência (GONÇALVES, 2002).

Neste sentido, a APS já realiza a vigilância epidemiológica quando embutida na rotina das atividades desenvolvidas por todos os membros da equipe de saúde que, muitas vezes, não é percebida. Quando realiza a visita ao recém-nascido e a puérpera para assegurar a saúde da mãe, da pessoa que amamenta e do bebê, por exemplo, estimula à amamentação e dá suporte a eventuais necessidades de ambos que não estejam sendo providas pela família seja por falta de recursos ou de orientação; quando acompanha uma pessoa que gesta em situação de alto risco, pode evitar possíveis complicações, tais como, agravos à saúde da pessoa que gesta e do feto, evitando também a morte, procedimento que acontece visando não gerar indicadores negativos. Sendo assim, compreendemos que o ato de notificar é um ato de proteção e cuidado (GOMES, 2015).

#### **4.4 A NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

O enfrentamento da violência pela Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro tem um protocolo de conduta apresentado no Plano Municipal de Saúde (PMS), de 2014-2017. A partir do representativo de dados no item 1.1-das condições de saúde, subitem 1.1.2- das morbidades, no eixo sobre acidentes e violência, que retrata a implantação no ano de 2006, da

Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) tem como propósito a avaliação do impacto dos agravos no perfil da mortalidade da população (SMS, 2013, p. 26).

A assistência está compilada nas orientações existentes no Guia de Referência Rápida, no segmento da Carteira de Serviços, na relação de serviços prestados na AP à Saúde (2011), para que os profissionais se situem quanto aos seguintes itens:

- A atenção às situações de violência que demandam articulação da rede de serviços existentes;
- A gestão em rede deve contemplar a participação ampla e democrática e a inclusão social das pessoas em situação de violência;
- Sensibilização dos profissionais e dos usuários dos serviços de saúde sobre a temática violência;
- Identificação de lideranças locais e profissionais com o perfil de multiplicadores voltados à prevenção da violência. (SMSDC, 2011).

Na SMS-RJ, a violência, ao ser identificada e qualificada, gera mecanismos de interação e integração, sendo estabelecidos núcleos e grupos de apoio do nível central (sede da prefeitura) à rede local (APS). Como marco de organização da rede de proteção na cidade, foi regulamentado o Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências (NPSPV), instância coordenadora e promotora de ações colegiadas e intersetoriais para o enfrentamento da violência, ratificado pela Resolução 1.507, 20 de outubro de 2009, o que viabilizou a implementação da ficha de Notificação da violência, adotada pelo MS

Da mesma forma, os Grupos Articuladores Regionais (GAR), instituídos pela Resolução 3.14/2016, que os estabeleceu em cada região de saúde da cidade, e tem por função não apenas ao tratamento da violência como agravo à saúde, mas também ampliar e monitorar o trabalho diante da complexidade da tratativa *in loco* nos territórios por meio de um trabalho em rede e coletivo entre gestores, técnicos e parceiros na intervenção e enfrentamento e cuidado da situação de violência.

Quanto ao tema da Ficha de Notificação, no que tange a seu preenchimento, registre-se que a APS-RJ segue o mecanismo de preenchimento pelo profissional técnico/equipe que identificou/atendeu a situação de violência nas unidades públicas ou privadas de saúde (SMSRJ, 2021).

Por sua vez, com a implantação e ampliação da ESF nos territórios, o *modus operandi* trouxe novas demandas e, consigo, a violência como objeto de intervenção nos territórios. A

prevenção das violências vem acontecendo através de ofertas de ações de promoção em grupos educativos nas unidades de saúde, consultas coletivas, e ações nas escolas.

As situações de violência que antes eram veladas, restritas às residências, passam a fazer parte dos objetos de intervenção das equipes de saúde da família. Conhecer as características do território e o estilo de vida da população adstrita legitima a atuação da ESF por estar alocada "estrategicamente" no local de residência (BRASIL, 2015).

As notificações referentes à área programática 5.1 seguem o fluxo de encaminhamento pelas unidades de saúde pública ou privada, devendo a ficha de notificação ser preenchida em duas vias: uma via fica na unidade notificadora e a outra é escaneada e encaminhada ao Departamento de Vigilância em Saúde (DVS), localizados nas unidades CMS Dr<sup>a</sup> Waldyr Franco e CMS Masao Goto. Este departamento digitaliza os dados no banco central de dados de vigilância do município do Rio de Janeiro. O GAR, que fica disposto na Coordenação de Área Programática (CAP), é o responsável pela extração dos dados georreferenciados e por encaminhar o consolidado através da planilha de violência para as unidades de saúde.

A SMS-RJ é responsável pela implantação da vigilância contínua de violências, que abrangem a digitação, consolidação, análise dos dados, disseminação das informações e envio das bases para as respectivas Secretarias de Estado de Saúde (SES) e, posteriormente, ao MS (BRASIL, 2015).

O município do Rio de Janeiro instituiu o Decreto nº 35816 de 28 de junho de 2012, que estabelece, no âmbito municipal, a atuação da Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual (CEDS) para a inclusão de medidas de conscientização, prevenção e combate à violência motivada por homofobia. No seu artigo 1º, declara que a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) informará à CEDS sobre as ocorrências de violência sofridas por pessoas LGBTQIA+ motivadas por homofobia na rede de saúde no âmbito municipal, público e privado, com o repasse de todos os detalhes do fato, local de ocorrência e as providências adotadas.

Em seu 2º artigo relata que cabe ao CEDS acompanhar e dar apoio à vítima com medidas de averiguação, atuação nos limites de sua competência, e eventuais encaminhamentos que se fizerem necessários para a garantia de respeitabilidade das orientações sexuais e identidades de gênero.

A Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual tem por objetivo articular com as pastas do governo municipal ações em prol da comunidade LGBTQIA+. A CEDS realiza a interlocução com as secretarias e os aparelhos da Prefeitura também pela educação permanente

sobre a temática LGBTQIA+, leis específicas, informação qualificada às unidades de saúde, e intersetorial.

O Plano Municipal apresentou dados sobre a violência em escala crescente de 2009 a 2012, demonstrando o avanço do preenchimento das Fichas de Notificação de violência por idade da população objeto de notificação:

- a) criança e adolescente,
  - em 2009 foram 37 notificações,
  - em 2010 foram 356 notificações;
  - em 2011 foram 1321 notificações;
  - em 2012 foram 1904 notificações;
- b) a população adulta (aqui não houve separação por gênero),
  - em 2009 foram 50 notificações;
  - em 2010 foram 370 notificações;
  - em 2011 foram 466 notificações;
  - em 2012 foram 11008 notificações;
- c) a população idosa
  - em 2009 foram 3 notificações;
  - em 2010 foram 28 notificações;
  - em 2011 foram 58 notificações;
  - em 2012 foram 152 notificações (SMS-RJ, 2013).

Este cenário entre os anos de 2009 a 2012 não evidencia as violências Lgbtfóbicas, motivadas por orientação sexual e identidade de gênero - informações que em sua maioria são subtraídas no ato do preenchimento da ficha. A coleta de dados ligados a estes marcadores ainda está em processo de ampliação a partir da incorporação do uso da ficha de notificação, na última versão 5.0. (SMS-RJ, 2013).

Devido à ainda inconclusa ou insuficiente incorporação da Ficha de Notificação e, mais ainda, de sua não aplicação adequada em casos de violência oriunda de discriminação e preconceito por gênero e orientação sexual, ainda não se tem dados disponíveis para pesquisa, o que nos leva a questionar o quanto estes episódios de violência LGBTQIA+fóbica estão subnotificados.

Apesar de ter passado mais de uma década da obrigatoriedade da notificação, a realidade da subnotificação reforça a necessidade do aprofundamento através de EPS, como

agregador de aprendizagem entre o profissional de saúde e a execução do serviço ao usuário do SUS (SMS, 2013, p. 26).

Além disso, como já mencionado, alguns profissionais relatam “insegurança” ao oferecer o atendimento à população LGBTQIA+, levando estes profissionais a acionarem o NASF-AB no momento da assistência, principalmente os profissionais assistentes sociais e psicólogos, diante desta demanda, e através da EPS a assistência qualificada em atendimentos que gerem equidade.

Neste mesmo documento a SMS-RJ reconhece que, em se tratando da violência LGBTQIA+fóbica, os dados estão aquém de representar a realidade da violência vivida por esta população, havendo ainda muito a ser feito para garantir os direitos desta população.

Para combater a violência Lgbtfóbica, deve-se combater o preconceito e promover políticas públicas balizadas na cultura de respeito à livre orientação sexual e identidade de gênero. Para tanto, a Prefeitura do Rio de Janeiro criou, em 2011, a CEDS-Rio, como já mencionado acima (SMS-RJ, 2013, p. 26).

Sobre a população LGBTQIA+, deve-se ampliar a discussão e o entendimento acerca das questões que permeiam a vida destes, enquanto potenciais vítimas de situações de violência interpessoal, autoprovocadas, extracomunitária e demais violências, sobretudo violências em decorrência do heteropatriarcado. A inexistência de dados de pesquisa acerca desse grupo social, em si, demonstra ser um dado prioritário que embasa estudos e pesquisas contemporâneas e legaliza a violência sistêmica contra essa população.

#### **4.5 A VIOLÊNCIA LGBTFÓBICA**

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2011) discute os efeitos da violência Lgbtfóbica, na população LGBTQIA+ que é exposta a situações diversas de vulnerabilidade geradas por preconceito e discriminação, levando-as em direção à marginalização e à exclusão do acesso a serviços socioassistenciais.

Esta política e as demais são fruto da luta dos movimentos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais junto à organismos que exigem, por meio de leis, o norteamento ao enfrentamento da violência, e que estabeleça eixos para desenvolver estratégias de coleta, processamento e análise dos dados para monitorar, avaliar e difundir os

indicadores de saúde e de serviços para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, no que tange a vigilância, prevenção e atenção à saúde (BRASIL, 2013).

No que diz respeito à notificação de violência referente à população LGBTQIA+ como citado anteriormente, não havia captação de dados referentes ao monitoramento pelos equipamentos estatais. A ausência de mecanismos de coleta e monitoramento dos dados sobre violência a esta população, ou dados quando gerados eram ligados aos espaços de IST's/AIDS (DUARTE, 2014).

A PNSILGBT aponta para ações e propostas no que se refere à qualificação da violência por orientação sexual e identidade de gênero, legitimando como determinantes em saúde. Tem-se nestes marcadores a inserção de dados no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), por meio de articulação com a SVS, para dar visibilidade à violência sofrida pela população LGBT (BRASIL, 2013).

Neste processo de pesquisa acadêmico sobre a análise da violência Lgbtfóbica notamos que a população LGBTQIA+ encontra-se, por vezes, invisibilizada, pela própria violência institucional e estrutural que muitos usuários relatam sofrer ao acessarem unidades de saúde no município do Rio de Janeiro. Apesar da inserção formal da ficha de notificação esta pauta ainda se encontra pouco presente no cotidiano institucional.

Faz-se necessário inserir a população LGBTQIA+ nas linhas de cuidado e ter os princípios e diretrizes de universalidade e equanimidade do SUS resguardados por todas as equipes técnicas de saúde e não apenas por alguns profissionais tocados pela estranheza da “pouca demanda” assistencial nas unidades de saúde. A instituição de políticas públicas de intervenção por meio de leis, decretos e portarias, por si só, não se faz suficiente para o entendimento dos profissionais e da sociedade como um todo em relação à vulnerabilidade das pessoas LGBTQIA+. Exige-se também o envolvimento profissional através das políticas públicas.

A falta de dados retrata uma estatística que não é exclusiva apenas ao Brasil, faz parte da realidade enfrentada por toda população LGBTQIA+ espalhada pelo mundo. A vergonha e o medo de registrar as denúncias por parte das vítimas e seus familiares, ou a falta da qualificação do preenchimento adequado para notificação e registro da violência Lgbtfóbica por parte dos profissionais que prestam a assistência direta são elementos determinantes para essa subnotificação (BRASIL, 2010).

O ato de não notificar impossibilita a descrição das condições de saúde da população LGBTQIA+ que, por sua vez, vão impedir a construção de indicadores de saúde. Tal ação de negligência dos profissionais resulta na invisibilidade sistêmica dessa população, agravando

sua vulnerabilidade, que exige respostas dos órgãos públicos de forma efetiva e urgente (BRASIL, 2010).

Quando os organismos de Defesa dos Direitos Humanos apresentam relatórios onde constam baixos índices de violência Lgbtfóbica, os movimentos sociais denunciam a invisibilidade ou tentativa de atenuar a violência por parte do Estado. Isto também ocorre em alguns tribunais que tentam desconfigurar recorrentemente os crimes de ódio por crimes instrumentais, como roubo seguido por morte, ou crimes passionais, não ratificando a prevalência da violência Lgbtfóbica ou, ainda, criminalizando este segmento por sua própria vitimização (BRASIL, 2010).

Sobre a realidade da subnotificação da violência Lgbtfóbica, a Organização dos Estados Americanos (OEA) emitiu diversas Resoluções em documentos como “Direitos Humanos, Orientação Sexual e Identidade de Gênero” entre os anos de 2009 a 2014. Nestes documentos, demandava aos Estados Membros ingressar em acordos sobre a necessidade de prevenir e investigar os crimes contra as pessoas Lésbicas, Gays, bissexuais, Trans e Travestis e Intersexo (LGBTI) e julgar os responsáveis; produzir dados sobre esta violência, capacitar os agentes públicos, e demais orientações, pois, entende-se que estes também são fatores de ausência, ou registros precários que geram mais violência e certeza da impunidade (CIDH, 2015).

Por mais que seja ampliado, discutido, debatido sobre o Direito Humano ser igual a todos, encontramos internalizadas, no cotidiano das instituições, sejam elas privadas ou públicas, uma certa “ética profissional” em profissionais não qualificados, ou que desconhecem as leis de equidade, e ainda confundem as noções de orientação sexual e gênero, além de reproduzirem valores morais de um senso comum conservador e desumanizante próprio do heteropatriarcado.

O Dossiê Trans de 2021 denuncia que, mesmo com a existência do crime de ódio, enquadrado no crime de preconceito contra a população LGBTQIA+, o enfrentamento contra a violência Lgbtfóbica não aconteceu satisfatoriamente. Fato que se comprova no levantamento de dados dos estados, que reforça a omissão destes em não reconhecer o problema da violência Lgbtfóbica. A resposta esperada seria criar políticas públicas que norteariam instituições públicas e privadas, e seus profissionais no que se refere à execução da política junto ao usuário, reconhecendo todas as condições da violência vivida (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2021).

Essa omissão de dados se reflete nas estatísticas legais bem como nas instituições governamentais que, devido ao não reconhecimento da violência, leva ao não acolhimento, portanto, à não efetivação da denúncia formal por parte da vítima. É uma realidade que

perpassa as políticas de segurança pública, de assistência social, de saúde e toda a sociedade. No já mencionado Dossiê Trans de 2021, percebe-se nitidamente, por exemplo, que o Estado se exime da responsabilidade de pautar políticas de segurança para essa população. Não acessar informações dos movimentos sociais para gerar tais dados, tampouco levá-los, é a maior demonstração de descaso com essa população. (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2021).

Para entender o movimento LGBTQIA+ é necessário entender como a luta está posta, inicialmente, a partir da representatividade das siglas LGBTQIA+. O site Fundo Brasil relata que o uso da sigla LGBTQIA+ é uma escolha alinhada aos posicionamentos político e social que defendem a diversidade de gênero, orientação sexual e expressão de gênero e, ainda, busca a representatividade e direitos para essa população. Ademais, as siglas demonstram a luta por mais igualdade e respeito à diversidade. Desse modo, cada letra carrega, em si, a representatividade de luta de um grupo. E se faz importante reconhecer cada parte dessa sigla e qual a sua representatividade:

**L=** Lésbicas (são mulheres que sentem atração afetiva/sexual pelo mesmo gênero, ou seja, outras mulheres).

**G=** Gays (são homens que sentem atração afetiva/sexual pelo mesmo gênero, ou seja, outros homens).

**B=** Bissexuais (diz respeito aos homens e mulheres que sentem atração afetivo/sexual indistintamente pelos gêneros masculino e feminino. Ainda segundo o manifesto, a bissexualidade não tem relação direta com poligamia, promiscuidade, infidelidade ou comportamento sexual inseguro).

**T=** Transgênero (diferente das letras anteriores, o T não se refere a uma orientação sexual, mas a uma identidade de gênero. São também chamadas de “pessoas trans”, elas podem ser Transgênero - homem ou mulher, travesti - identidade feminina, ou pessoa não-binária, que se compreende além da divisão “homem e mulher”).

**Q=** Queer (pessoas com gênero “Queer” são aquelas que transitam entre as noções de gênero, como é o caso das drag queens. A teoria queer defende que a orientação sexual e identidade de gênero não são resultado da funcionalidade biológica, mas de uma construção social).

**I=** Intersexo (A pessoa Intersexo está entre o feminino e o masculino. As suas combinações biológicas e desenvolvimento corporal = cromossomos, genitais, hormônios etc. - não se enquadram na norma binária tradicional no que costuma considerar masculino ou feminino).

A= Assexual (assexuais não sentem atração sexual por outras pessoas, independente do gênero. Existem diferentes níveis de assexualidades e é comum essas pessoas não verem as relações sexuais humanas como prioridade.

+ = (o símbolo de “mais” no final da sigla aparece para incluir outras identidades de gênero e orientações sexuais que não se encaixam no padrão cis-heteronormativo, mas que não aparecem em destaque antes do símbolo.

O mesmo site, “Fundo Brasil”, informa que, a título de ilustração, além dessas siglas representadas atualmente, há algumas vertentes que indicam que a sigla completa seria composta por Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Questionando, Intersexuais, Curioso, Assexuais, Aliados, Pansexuais, Polisssexuais, Familiares, 2-espíritos e Kink (LGBTQQICAPF2K+). Este movimento age reivindicando igualdade social, seja por meio da conscientização das pessoas contra a bifobia, homofobia, lesbofobia e transfobia, seja através da luta contra a criminalização em ser LGBTQIA+, que ainda é uma realidade em muitos países, sendo passível de morte.

A definição de gênero ocorre a partir da identificação biológica ao nascer: se nasce homem ou mulher. Tal definição está assentada sobre um pressuposto “natural” estruturado socialmente. Ou seja, somos construídos culturalmente pelo que nos cerca, somos socialmente formados, baseados na diferença entre masculino e feminino, que é gerada desde antes do nascimento, quando se relaciona identidade de gênero ao sexo biológico, e passamos a ser doutrinados, ou melhor, adestrados, a compreender e aceitar única e exclusivamente o binarismo (macho/fêmea), e levados a ter uma performance “adequada ao gênero (JESUS, 2012).

A autora refere, ainda, que o sexo é biológico e o gênero é social, sendo o último construído a partir do contexto cultural. O gênero não é definido pelo órgão sexual que se sustenta, e sim por autopercepção a partir da performance expressada.

Contudo, a autora Berenice Bento (2012) revela que a população está inserida num contexto de sociedade regida por um modelo hegemônico heteronormativo, que retrata um sistema binário (masculino versus feminino), advinda de uma concepção naturalizada, na qual é imposta uma constituição dos sujeitos a partir de uma natureza construída sexualmente e ligado ao sexo biológico que é determinado ao nascer.

Diante do exposto pela autora Berenice Bento, a hegemonia heteronormativa é o que dita qual o sexo, identidade de gênero e orientação sexual que se deve performar, ainda, submetido por saberes da medicina e das ciências psi, que caracterizava as pessoas que transitavam pela binaridade e reivindicava o seu reconhecimento social a partir da sua

identificação. Assumir a polissemia LGBTQIA+ é o motivo que inflama a violência de caráter Lgbtfóbico.

Esta violência coloca o Brasil como o país que mais mata pessoas LGBTQIA+ no mundo. O Dossiê Trans apresenta o mapa da violência LGBTQIA+ no Brasil, apontando o Brasil como país líder no número de assassinatos de pessoas trans no mundo (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2021).

A realidade de transitar entre gêneros foi interpretada, na sociedade ocidental, como doença mental, caracterizada como conflito com as normas de gênero estabelecida por uma sociedade heteronormativa. Nesse sentido, qualquer desvio aos padrões estabelecidos, pode ser refletido nos altos índices de homicídios e suicídios referentes a esta população.

Ao se desnaturalizar a identidade de gênero e estabelecer as disputas nos espaços políticos, cria-se uma das estratégias em transformar e incorporar o insulto Lgbtfóbico como elemento identitário, em uma luta contra hegemônica heterocentrista e pela diversidade de gêneros, orientações, despatologização e descriminalização. Isto passa de uma situação de transtorno para uma questão de adaptação à identidade de gênero (BENTO, 2012).

Nas palavras de Bento:

Na contemporaneidade, as pessoas transexuais não são as únicas que rompem e cruzam os limites estabelecidos socialmente para os gêneros. As/os travestis, os Transgênero, as *drag kings* são exemplos que desfazem a relação simplista vagina feminino e pênis-masculino. Transexualidade, travestilidade, transgênero são expressões identitárias que revelam divergências com as normas de gênero uma vez que estas são fundadas no dimorfismo, na heterossexualidade e nas idealizações (BENTO, 2012).

No espaço sócio-ocupacional da saúde, espaço este no qual me encontro, em que há a correlação de poder, o serviço público ofertado encontra profissionais cujos olhares e juízo de valor parecem ser permeados por normativas de um mundo dividido por vagina-mulheres feminino e pênis-homem-masculino.

Percebe-se no cotidiano do trabalho o quanto alguns profissionais não sabem abordar e se sentem perdidos ao atender este público cujos corpos atravessam a linha da binaridade e solicitam a assistência às suas necessidades de gênero expressadas e não expressadas (BENTO, 2012).

Bento menciona que, no período entre os séculos XVIII e XIX, o conceito de gênero baseado em cientificidade ganhou forma a partir do interesse em diferenciar homens e mulheres e destacar a superioridade “macho” sobre a fragilidade da mulher. Nesse contexto histórico, social, cultural e político, distinguem-se os afazeres e papéis adequados a homens e

mulheres no que tange à construção cultural da divisão social do trabalho, e por sua vez, o posicionamento político bem como outras performances gênero centradas como: gestos, atitudes, vestimentas, estéticas corporais, etc. Tais normativas são determinadas atreladas a um conjunto de conceitos e categorias estruturantes da sociedade como patriarcado, sexismo e misoginia, que anunciam o feminino e tudo que se relaciona a ele como inferior, especificamente os corpos que transitam pela binaridade.

Já em suas utilizações contemporâneas, a utilização do termo “gênero” (tradução livre de “gender”) advém das produções teóricas das feministas americanas brancas, que expunham as distinções sociais baseadas no sexo. O que os estudos feministas dos anos de 1980 e essas mulheres reivindicavam em suas lutas eram a derrubada do heterocentrismo a partir de uma disputa de poder onde o gênero feminino, o ser mulher, estava atrelado à categoria do órgão genital de nascimento natural. (SCOTT, 1988).

Gênero e orientação sexual são dimensões independentes entre si, não havendo uma norma para a orientação sexual (que se refere ao desejo erótico-afetivo por alguém). Se essa conduta ou atração se direciona a uma pessoa do mesmo sexo, denomina-se orientação homossexual; se é por alguém do sexo oposto, denomina-se heterossexual; se por ambos os sexos, de bissexual. Sexo, gênero e orientação sexual se construíram historicamente de forma linear e direta (RIOS; PIOVESAN, 2001).

A construção da concepção de direitos humanos é fundamental para se entender e resgatar a essência humana em sua dignidade humana, tal como a conhecemos hoje. A partir do processo colonizador (europeu), estabelecido por países escravocratas entre os séculos XV e XIX (OLIVEIRA, 2021), negou-se por séculos os Direitos Humanos.

O Brasil foi o último país do mundo a encerrar o regime escravocrata, “libertando os escravos”, em 1888: havia se tornado uma república “livre”. Porém, o Brasil demoraria muitos anos para se livrar de suas marcas de origem enquanto um país fundamentado pela exploração escrava, onde os negros e índios eram tratados pessoas sem dignidade humana uma vez que não eram considerados humanos pelo colonizador (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005).

Cabe ressaltar aqui que apenas os brancos e seus descendentes eram pessoas submetidas às leis, o restante da população era submetido à hegemonia branca e eurocêntrica.

A dimensão de “Direitos Humanos” adentra a percepção de “conquista de direitos” no Brasil a partir da década dos anos de 1930, quando começa a tomar forma, a intervenção estatal na vida diária da população, principalmente a população operária. Datam-se do início da era concorrencial industrial (NETTO, 2011).

O Estado buscando amenizar as desigualdades sociais, geradas pela exploração do capital e sob sua governabilidade dar respostas às necessidades reivindicadas pela classe trabalhadora ao mesmo tempo que não se distancia do controle hegemônico da classe burguesa. Por sua vez, a política social tem o intuito de não resolver as expressões da questão social, mas sim, em refrear os primeiros sinais do movimento socialista / comunista que se apresentava na época (NETTO, 2011)

O direito humano é natural a espécie humana, é igualitário, os mesmos direitos são iguais e universais, são acessíveis a todos. São indisponíveis, inalienáveis e inegociáveis (OLIVEIRA, 2021).

A cultura que se criou em torno deste processo explorador, fincou colunas profundas enraizadas em perspectivas racistas, misóginas, sexistas e patriarcalistas. De superioridade do homem branco europeu sobre a população que aqui se formava. Este homem branco era o detentor da propriedade privada, da mulher, dos filhos, assim sendo, compunha a família tradicional (pai, mãe e filhos) (OLIVEIRA, 2021).

A luta iniciada anos de 1960 pelos movimentos sociais, num Brasil ditatorial, começa a reivindicar o reconhecimento dos direitos sociais de segmentos de populações vulneráveis e socialmente discriminados como mulheres, negros, a população LGBT, entre outros. A população LGBT por questões de gênero, orientação e expressão sexual, e organizados em coletivos, sai às ruas na exigência por direitos à cidadania, na luta contra a opressão e injustiça, causados pelo poder hegemônico com bases patriarcais, sexistas e misóginas (OLIVEIRA, et al., 2019).

A luta pela cidadania foi transformada ao longo da história e hoje é denominado movimento político LGBTQIA+, formado por grupos de movimentos sociais que tinham na mesma bandeira, a afirmação sexual e a luta contra o preconceito em meio aos movimentos culturais (FACCHINI, 2003).

O balançar de uma bandeira LGBTQIA+, que nos dias de hoje é mundialmente reconhecida, diz sobre “uma bandeira” que representa a luta pela reivindicação da condição básica, inerente a qualquer ser humano, vivenciar a condição comum de liberdade e igualdade, extensiva a todos os seres humanos, respaldada pela carta magna (BRASIL, 2010).

No início da década de 1980, o Brasil vive a efervescência dos movimentos sociais, após o esfriamento da era ditatorial. Período no qual ocorre o fortalecimento da luta pelos direitos humanos de gays, lésbicas, travestis, transgênero e bissexuais (GLTB). Desde então, a força do ativismo vem firmando seu lugar de fala, através de momentos políticos, acadêmicos, entre outros, além de eventos comemorativos, cuja intenção é dar visibilidade às

manifestações políticas, com exigências de implementação de políticas públicas (BRASIL, 2004).

Para Facchini (2003), o movimento homossexual se divide em três fases, que ela denomina por ondas, trago a reflexão sobre a segunda onda, que foi o período mais relevância no cenário político ocorrido na segunda metade dos anos de 1980, sinalizando a dificuldade de uma política identitária homossexual no Brasil e a necessidade de incorporar reivindicações, durante a assembleia constituinte, de termos que garantissem direitos igualitários.

Assim, o grito por direitos humanos passa a ecoar e ser reproduzida, por sujeitos que antes eram considerados vítimas, e passam a se articular politicamente e terem papel ativo na constituição de direitos (OLIVEIRA, 2021).

No entanto, a Constituição Federal não incluiu a discriminação por orientação sexual. Retratou em seu artigo 3º como objetos fundantes da República Federativa do Brasil, no inciso IV *promover o bem de todos, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação*, e no artigo 5º

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes; ...

Venturi (2010), na coletânea Direitos Humanos: Percepções da Opinião Pública: análises de pesquisa nacional infere que mesmo a um cenário de deposição dos direitos, não impede o advir de novos direitos, para a população vulnerável, na maioria das vezes, senão em todas às vezes, à custa de muitas perdas e na contramão da binaridade, lutar pelo direito constituído o tornando um direito legitimado, irreversível, constitucional imerso no contexto de democracia (BRASIL, 2010).

Para uma sociedade que tem no corpo miscigenado caracterizado culturalmente, o corpo dito sexuado, e por sua vez que se reveste de inteligibilidade através de aceites dos padrões naturais já estabelecidos. Tal como o único lugar aceito para o feminino é o corpo da mulher, e para o masculino é o corpo do homem. Entretanto, na transexualidade, a população LGBTQIA+ reafirma que não está condicionada a seguir tais padrões compulsórios, e se coloca a lutar, como tal (OLIVEIRA, et al., 2019).

A partir do grito da população LGBTQIA+ que se organiza politicamente, e buscar atingir os órgãos internacionais que elaboraram leis, políticas públicas e instrumentos de proteção legal que abordem tal reconhecimento como direito humano (Oliveira, et al., 2019).

Entende-se que há uma dicotomia, entre uma parte inserida nos padrões normativos positivos aceitos no âmbito social-cultural, e, por sua vez, goza de direitos e legalidades livres de preconceito e discriminação, mas qual parte é essa?

Pelo pressuposto dado será a parte heterossexista. No entanto, para haver um positivo deve haver o outro lado negativo, que destoa do padrão, que se entende não igual, sobrando ao que se refere diferente, neste caso, o oposto, vulnerável e marginalizado é a população LGBTQIA+.

Na exigência do reconhecimento vai além do reconhecimento entre pares, mas se baseia no reconhecimento que se dá no campo das ideias, no cenário político, onde resultará em produção científico-jurista politizada, onde o direito é protagonizado pelo que o representa, em sua maioria homens brancos (CAETANO; RAUPP; MACHADO, 2012).

A essa população LGBTQIA+ que vivencia a realidade da vulnerabilidade, é imposta o silêncio, a violência e, por fim, a morte pela existência de uma intolerância em nome de uma cultura heteronormativa hegemônica. Enquanto se aguarda as respostas e ações de proteção estatais (BRASIL, 2004).

Em 2002, o governo brasileiro, apresentou a segunda versão do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), contendo uma seção com quinze ações a serem adotadas pelo governo. Ações para o combate à discriminação por orientação sexual, e para sensibilizar a sociedade para a garantia de direitos à liberdade e à igualdade de gays, lésbicas, travestis, Transgênero e bissexuais (BRASIL, 2004).

Em 2003, o Governo Federal criou a Comissão temática permanente para receber denúncias de violações de direitos humanos, com base na orientação sexual. E, em novembro do mesmo ano, o Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCDD) criou o Grupo de Trabalho destinado a elaborar o Programa Brasileiro de combate à Violência e a Discriminação a GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual, que objetiva prevenir e reprimir a discriminação com base na orientação sexual, garantindo ao segmento GLTB o pleno exercício de seus direitos humanos fundamentais (BRASIL, 2004).

No ano de 2004, o Governo Federal lançou o Programa de Combate à Violência e a Discriminação contra GLTB (Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais) e de Promoção da Cidadania de Homossexuais. Este programa tornou-se uma das bases fundamentais para ampliação e fortalecimento do exercício da cidadania no Brasil, fruto da articulação entre os movimentos sociais e o governo, o Programa Brasil Sem Homofobia (BRASIL, 2004).

Este programa visou efetivar o compromisso pactuado no Plano Plurianual - PPA 2004-2007, no âmbito do Programa Direitos Humanos, Direitos de Todos, na ação denominada

Elaboração do Plano de Combate à discriminação contra Homossexuais. Com o objetivo de promover a cidadania de gays, lésbicas, travestis, transgênero e bissexuais, a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação homofóbicas, respeitando a especificidade de cada um desses grupos.

Para atingir o objetivo do Programa, foram elaboradas diferentes ações:

1. Apoio a projetos de fortalecimento de instituições públicas e não governamentais que atuam na promoção da cidadania homossexual e/ou no combate à homofobia.
2. Capacitação de profissionais e representantes do movimento homossexual que atuam na defesa de direitos humanos.
3. Disseminação de informações sobre direitos, de promoção da autoestima homossexual;
4. Incentivo à denúncia de violações dos direitos humanos do segmento GLTB.

O Programa Brasil Sem Homofobia possui como princípios:

- A inclusão da perspectiva da não-discriminação por orientação sexual e de promoção dos direitos humanos de gays, lésbicas, Transgêneros e bissexuais, nas políticas públicas e estratégias do Governo Federal, a serem implantadas (parcial ou integralmente) por seus diferentes Ministérios e Secretarias.
- A produção de conhecimento para subsidiar a elaboração, implantação e avaliação das políticas públicas voltadas para o combate à violência e a discriminação por orientação sexual, garantindo que o Governo Brasileiro inclua o recorte de orientação sexual e o segmento GLTB em pesquisas nacionais a serem realizadas por instâncias governamentais da administração pública direta e indireta.
- A reafirmação de que a defesa, a garantia e a promoção dos direitos humanos incluem o combate a todas as formas de discriminação e de violência e que, portanto, o combate à homofobia e a promoção dos direitos humanos de homossexuais é um compromisso do Estado e de toda a sociedade brasileira.

Este Programa de combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da cidadania de Homossexuais, “Brasil sem Homofobia”, objetiva promover a cidadania à população LGBTQIA+, a partir da equidade de direitos e do combate a à violência motivada por discriminação homofóbica (BRASIL, 2004).

No tocante, enquanto houver cidadãos, cujo seus direitos fundamentais não sejam respeitados por questões relativas à discriminação seja por orientação sexual, racial, etnia, idade, credo e gênero, tem esse Programa de governo a contribuição em avança na construção de um país de direito (BRASIL, 2004).

No cenário internacional, na universidade Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonésia, entre os dias 6 e 9 de novembro de 2006, ocorreu uma reunião com uma junta de 29 eminentes especialistas, de 25 países, onde adotaram por unanimidade os Princípios de Yogyakarta sobre a aplicação da Legislação de Direitos Humanos em relação à Orientação Sexual e Identidade de Gênero (Princípios, 2007).

Estes especialistas partiram do viés do Direito Universal dos Direitos Humanos, no 1º princípio, *“Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Os seres humanos de todas as orientações sexuais e identidades de gênero têm o direito de desfrutar plenamente de todos os direitos humanos”* (ONU, 2007). Eles também evidenciam no 2º princípio:

Todas as pessoas têm o direito de desfrutar de todos os direitos humanos livres de discriminação por sua orientação sexual ou identidade de gênero, todos e todas têm direito à igualdade perante à lei e à proteção da lei sem qualquer discriminação, seja ou não também afetado o gozo de outro direito humano. A lei deve proibir qualquer dessas discriminações e garantir a todas as pessoas proteção igual e eficaz contra qualquer uma dessas discriminações.

A discriminação com base na orientação sexual ou identidade de gênero inclui qualquer distinção, exclusão, restrição ou preferências baseadas na orientação sexual ou identidade de gênero que tenha o objetivo ou efeito de anular ou prejudicar a igualdade perante à lei ou proteção igual da lei, ou o reconhecimento, gozo ou exercício, em base igualitária, de todos os direitos humanos das liberdades fundamentais. A discriminação baseada na orientação sexual ou identidade de gênero pode ser, e comumente é agravada por discriminação decorrente de outras circunstâncias, inclusive aquelas relacionadas ao gênero, raça, idade, religião, necessidades especiais, situação de saúde e status econômico.

Na XIII Conferência Nacional de saúde realizada em Brasília, novembro de 2007, com a temática “Saúde e Qualidade de vida, política de Estado e Desenvolvimento” encontramos no Eixo I – Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento:

31 - Desenvolver ações intersetoriais de educação em direitos humanos e respeito à diversidade, efetivando campanhas e currículos escolares que abordem sociais, o enfrentamento às discriminações em diversos âmbitos, os Estatutos da Criança e do Adolescente e do Idoso, entre outros, além de implementar políticas específicas de enfrentamento das desigualdades de gênero, de orientação sexual, raça, etnia e necessidades especiais, garantindo o controle social e o acesso aos benefícios de seguridade social pelas instituições governamentais.

37- Garantir respeito e atenção à diversidade e às necessidades especiais de grupos populacionais específicos na atenção integral à saúde, propiciando espaços para debates sobre as diferenças, com o objetivo de identificar e superar atitudes discriminatórias e favorecer a inclusão social, considerando o preconceito como atitude que contribui para o agravamento do processo saúde-doença.

38- Assegurar a gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis (GLBTT) o acesso equânime, respeitoso e de qualidade aos cuidados e serviços de saúde nas três esferas de governo, inclusive na abordagem de soropositivo ao HIV e às doenças sexualmente transmissíveis (DST). Reconhecer as temáticas que envolvam a

orientação sexual e as suas consequências sobre as concepções e práticas da saúde, da inclusão de item sobre livre expressão sexual nos formulários, da inclusão dos recortes raciais, geracionais, de gênero e livre expressão sexual na política de educação permanente, da sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos deste público e da implantação de grupos de promoção à saúde da população GLBTT nas unidades de saúde e saúde da família, contemplando as especificidades regionais e a efetivação da Portaria MS/GM nº 675/2006, revogada pela Portaria nº 1820, de 13 de agosto de 2009.

Em 2008, o Governo Lula convoca a I Conferência GLBT, em 2009, lança o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e de Direitos Humanos LGBT com o objetivo geral em orientar a construção de políticas públicas de inclusão social e de combate às desigualdades para a população LGBT, primando pela intersectorialidade e transversalidade na proposição e implementação dessas políticas. No mesmo ano, criou-se a Coordenação Geral de Promoção dos direitos LGBT no âmbito da SEDH.

Em 2010 criou-se o conselho Nacional Contra à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. No ano de 2011, no disque 100, ocorre a inclusão do módulo de atendimento homofobia/LGBT. Em 2011, a presidenta Dilma convoca a II Conferência LGBT e recomenda o reconhecimento igualitário no que tange à orientação sexual, como também no eixo da saúde: Diretriz 2 – Inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero na Política de Educação Permanente no SUS e na Política para o Controle Social, com participação dos trabalhadores, Conselhos e LGBT, com ênfase no combate a lesbo-homo-bi-transfobia, racismo, capacitismo, machismo, sexismo, misoginia e na promoção da saúde LGBT.

Diante deste cenário político emergido pelos ventos dos direitos humanos, direitos sociais, no ano de 2011, se institui “a Política Nacional Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travesti e Transexuais (PNSILGBT), no âmbito do SUS, com o objetivo geral de promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades, da violência, e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo” (BRASIL, 2013, p. 20).

Como já citado, é uma política norteadora, que surge como respostas às demandas de uma população estigmatizada e invisibilizada nos serviços de saúde estabelecendo não só as normas, mas a partir da letra da Lei, em reconhecer os direitos LGBTs como direitos humanos, portanto, direitos civis que neste caso abrange o acesso à saúde de qualidade e livre de violência.

A PNSILGBTT visa garantir como ferramenta de enfrentamento das discriminações de gênero e orientação sexual a partir do eixo da EPS aos profissionais, para desmistificar e

desconstruir a assistência repleta de juízo de valores carregados de preconceito que venham agravar as condições de saúde desta população em situação extrema de vulnerabilidades. Os LGBTQIA+, partem de uma realidade de não acesso ao serviço de saúde, em contraponto aos números de violência que têm colocado o Brasil em primeiro lugar como o país que mais mata LGBTQIA+ no mundo (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2021).

As narrativas frente a violência sofrida pela população LGBTQIA+ e a assistência na saúde pública a este segmento objeto de notificação, busca a reflexão sobre “Saúde e Direitos LGBTQIA+”, sendo porventura, uma população que tem seus dados subnotificados, seja por políticas públicas de saúde que recai no binarismo compulsório e legitimado pela heteronormatividade, por sua vez, resultam em informações precárias que não oferecem uma proteção, ou promoção. A violência sofrida pela população LGBTQIA+ compreende-se por atos violentos, que busca desfigurar a personalidade humana, mortes brutais, e os levam diretamente ao óbito. Os movimentos LGBTQIA+ reivindicam políticas públicas de ação e efeito, as ações diretas a população LGBTQIA+ (BRASIL, 2016).

Apesar do aparato legal que regulam à assistência à saúde da população LGBTQIA+, há ocorrência de falta ou ausência de práticas norteadoras de promoção e prevenção destinada a esta população no cotidiano da AP, como também as causas e consequências do atendimento de alguns profissionais de saúde que revelam comportamentos discriminatórios e preconceituosos.

Encontramos na PNSILGBTT a sinalização desta realidade e, esta lei visa estimular as capacitações para todas as variantes do atendimento assistencial, principalmente nas situações de violência (BRASIL, 2013).

A política traz à luz a temática da violência Lgbtfóbica e pôr, em pauta, a subnotificação de violência, sobre os marcadores de identidade de gênero e orientação sexual, é evidenciar que tais dados se tornam condicionantes e determinantes do processo cuidado de saúde. A motivação da violência Lgbtfóbica são dados que apresentam dificuldades de serem encontrados nos sistemas de informações do SUS, seja por não serem levantados diante da vítima LGBTQIA+ no ato do atendimento pelo profissional de saúde, que aponta para o despreparo ou constrangimento ao preencher a Ficha de Notificação.

Para tanto, foi deliberado a partir da 13ª Conferência Nacional de Saúde em 2007, quando foi atribuído ao SUS, a qualificação destas variáveis, como: nome social (33); de orientação sexual (36); identidade de gênero (37); a motivação (55) com a opção de ocorrência no subitem (02) homofobia/ lesbofobia / bifobia / transfobia, dados a serem preenchidos na Ficha de Notificação (PINTO et al., 2020, p.3).

Porém, só em 2013, dois anos após a PNSILGBTT, a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República lançou o “Sistema Nacional de Promoção de Direitos e Enfrentamento à violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais” (Sistema Nacional LGBT). Na ocasião, foi apresentado o II Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil. Por sua vez, o MS anunciou a obrigatoriedade da notificação de casos de violência motivada por homo/lesbo/transfobia. Por meio do VIVA/ SINAN (BRASIL, 2013).

A Ficha de Notificação passou por reformulação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação / SINAN no ano de 2014, quando ampliou o objeto de notificação a violência por motivação Lgbtfóbica, incluindo as informações acerca da identidade de gênero, orientação sexual e o campo para o nome social (BRASIL, 2014).

Estes dados eram negligenciados pelos profissionais de diversos equipamentos assistências que não reconheciam a violência Lgbtfóbica, e resultaram em lacunas e na manutenção da transfobia estrutural, conceito aqui empregado, contemplando todas as pessoas LGBTQIA+, não só a ficha exige uma obrigatoriedade em ser preenchida como também todos os campos. Haja vista, as informações produzem indicadores para o monitoramento e elaboração de políticas de planejamento de ações de prevenção e enfrentamento Lgbtfóbico (RIBEIRO; SILVA, 2018).

A partir da literatura utilizada, pressupõe-se que alguns profissionais de saúde são norteados pela perspectiva heteronormativa que, apesar da existência da Política Nacional Integral de Saúde LGBTQIA+, uma política pública que versa pela equidade, ainda parece ser desconhecida pela maioria dos profissionais de saúde. Este desconhecimento gera dificuldades na sua implementação e no seguimento às suas diretrizes, ocasionando na desumanização do serviço de saúde e agravando as situações de violência.

Esta realidade pode ser causa-consequência da restrição de acesso aos serviços de saúde, do afastamento dessa população, premissa da violência institucional como agravante, afirma-se a necessidade da EPS, em consonância às diretrizes desta lei, propondo atendimento equânime e a adequação no preenchimento da ficha de notificação (PINTO et. al, 2020, p.9).

Os autores afirmam ainda que a violência contra a população LGBTQIA+ são por vezes letais, com frequência não chegando à assistência à saúde, e sim, aos equipamentos de proteção (delegacias). E nestes equipamentos não há devida notoriedade ao preenchimento da Ficha de Notificação resultando nas subnotificações, que representam um problema e desafio potencial à saúde pública. Ressaltando que não há trocas de informações sobre os dados das situações de violência entre os equipamentos (PINTO et. al, 2020, p.3).

Segundo Fernandez (2010) na coletânea Direitos Humanos: Percepções da Opinião Pública: análises de pesquisa nacional diante deste cenário, vale a compreensão sobre a origem dessa violência, que se cogita da possibilidade de uma gênese. Quando se há uma origem que se possa fundamentar a violência Lgbtfóbica. Partindo da análise de conjectura social heteronormativa, da construção da identidade, que é fruto das relações de poder. Contudo, a orientação sexual encontra-se no processo contínuo entre identificar-se ou diferenciar-se, que por sua vez pode variar entre a invisibilidade à visibilidade dependendo do contexto e das circunstâncias sociais envolvidas (BRASIL, 2010).

Entre os anos de 2014 e 2015 foram emitidas as Resoluções 11 e 12 do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD-LGBT). A primeira estabelece os parâmetros para a inclusão nos boletins de ocorrência emitidos por autoridades policiais em território nacional os itens: orientação sexual, identidade de gênero e nome social. A segunda estabelece parâmetros para a garantia do acesso e da permanência de pessoas travestis e transexuais nas instituições de ensino.

Nos últimos anos, os organismos nacionais e internacionais de Direitos Humanos têm relatado o crescimento das violências motivadas por Lgbtqia+fóbia, e como estes estão sujeitos a diversas tipologias de violência e a discriminação por ódio, em consequência da orientação sexual, identidade ou performance de gênero. Estes organismos de defesa inferem estas violências e discriminações com violação dos direitos humanos tais como são reconhecidos internacionalmente (CIDH, 2015).

A Lgbtfobia é o termo usado para abarcar todas as formas de violência contra pessoas LGBTQIA+, porém esta compreensão não é uniforme entre os diversos equipamentos e movimentos sociais. A motivação principal para as violências cometidas contra pessoas LGBTQIA+ é o preconceito em relação à identidade de gênero ou à orientação sexual que a população LGBTQIA+ expressa. A tipologia mais reconhecida é a homofobia pelo movimento homossexual.

A violência Lgbtfóbica ainda não é reconhecida como crime, está equiparada ao crime de racismo, à categoria de crimes de ódio, que por sua vez, oculta a verdadeira face da violência que vitimiza essa população (BRASIL, 2010).

A Constituição Federal de 1988 institui o Estado Democrático de Direito e tem como um de seus fundamentos a Dignidade Humana, no inciso III. Mas como legitimar este fundamento? Para Oliveira, o tema está relacionado ao livre arbítrio e à crença de que as

pessoas devam ser tratadas e aceitas independentemente de suas escolhas, respeitando sua singularidade e subjetividade. (OLIVEIRA, 2021).

Cabe, ainda, a esse fundamento associar os conceitos da autonomia e da cidadania, como ratificado pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III), em 10 de dezembro de 1948. Em seu artigo 1º “*todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade*”. (ONU, 1948).

Em cenário recente, no Supremo Tribunal Federal (STF) no dia 13/06/2019, no Mandado de Injunção nº 4733, o relator Ministro Edson Fachin equipara a homofobia e a transfobia ao crime de racismo, assim sendo, todos os ataques serão previstos como racismo, não prescrevendo e sendo punidos por prisão inafiançável, relativo às violências físicas e verbais, enquanto se espera por uma legislação específica de Lgbtfobia pelo Congresso Nacional, de forma ampla, legítima e constitucional.

No mesmo documento supracitado, infere-se o conceito de racismo que ultrapassa os aspectos relevantes ao biológicos ou fenótipos e atinge a negação da dignidade e da humanidade de grupos vulneráveis. O atraso da não legalidade em legitimar a violência Lgbtfóbica como crime corrobora com a necessidade da criação de lei específica que proteja a população LGBTQIA+ em exercer seus direitos de expressão da orientação sexual, e diversidade de gênero.

Fica registrado pelo STF a omissão legislativa em tipificar a discriminação por orientação sexual ou identidade de gênero. A Lgbtfobia ofende o sentido mínimo da justiça que indica, diante das lutas dos movimentos sociais, organizações nacionais e internacionais, como a sociedade civil e a população LGBTQIA+, ao que se refere ao sofrimento e a violência dirigida à população LGBTQIA+, como se uma pessoa não fosse digna de viver a igualdade que está posta em nossa carta magna.

E como tal, a existência de leis que emitam aos perpetradores, às instituições públicas e privadas, organizações de qualquer cunho que expressem seus juízos de valores contra o direito maior e constitucional, a liberdade de expressão seja de qual forma for. E aplique punições severas, para que tais atos sejam extirpados da sociedade.

Ainda no que tange a não qualificação como crime Lgbtfóbico, a autora Jaqueline de Jesus relata sobre as violências físicas, psicológicas e simbólicas que são constantes, de acordo com a organização internacional *Transgender Europe*, no período de três anos entre 2008 e 2011, trezentas e vinte e cinco pessoas trans foram assassinadas no Brasil. A maioria das

vítimas são mulheres transexuais e travestis. Até meados de 2012, segundo levantamento do Grupo Gay da Bahia (GGB), noventa e três travestis e transexuais foram assassinadas (Jesus, 2012).

Partindo da premissa que a violência se dá no meio das relações interpessoais, como já foi apresentado aqui, estabelecida e aceita culturalmente no tempo e no espaço pelas sociedades vigentes. Segundo alguns autores, a violência torna sua forma mais cruel na dimensão estrutural e institucional. Dimensões onde se dá a invisibilidade dessa população que vive sob a égide da heteronormatividade compulsória, com o misto da falta ou inexistência de qualificação profissional.

No que diz respeito, a violência institucional local onde está população procura refúgio e suporte, a violência é perpetrada por profissionais, que deveriam ser responsáveis por protegê-las, cabendo aos gestores que deveriam coibi-las tanto imediatamente, quanto a longo prazo através da EPS. Considerando esta omissão por parte destes gestores que não interferem nestas situações, pode resultar em violência física ou morte destes usuários (Almeida, 2016).

A violência estrutural incide sobre a população de minoria social, negra e favelada impondo sobre ela decisões histórico-econômicas e sociais, agudizando sua vulnerabilidade. E esta violência por vezes, aparece naturalizada.

Nos leva a refletir qual o papel do setor saúde, enquanto profissionais o que temos com isso? Não estamos à parte, agudizamos as consequências dessa violência ou nos alienamos e não exercemos o papel de cuidador.

É ratificado pela OMS, 2002 que a violência é um problema de saúde pública, porém este conceito é recente, então como profissional de saúde não me limito a prática de executante terminal, como citado por Netto, 2011. O serviço à população exige que a minha intervenção profissional seja ética, como dos demais colegas, atuantes na promoção e prevenção da violência, como citado por Minayo, 2006.

A intervenção específica do setor saúde, nesse sentido, deve ser feita para reduzir e eliminar as desigualdades em saúde, ampliar o acesso e a qualidade da atenção. Porém, no âmbito da cidadania, os profissionais deveriam se engajar nos processos políticos de transformação social. (MINAYO, 2006, P. 35).

A violência estrutural, em seu caráter relacional com bases sexistas e homofóbicas, possui várias formas-limites de manifestação, como a violência de gênero, que vai além da imposta sobre o sexo feminino, mas abrange toda esfera que se refira ao universo feminino. Pessoas que ousam expressar características que não estejam alinhadas ao sexo biológico, mulheres “masculinizadas”, homens “afeminados”, pessoas trans como um todo, (sejam estes

trans femininos - que biologicamente são homens, ou trans masculinos - que biologicamente são mulheres). Todos os estes carregam em si o estigma da feminilidade e o peso do número exponencial da violência (ALMEIDA, 2016).

Estes estigmas são responsáveis pela *causa mortis* de centenas de dezenas de pessoas que contradigam a imposição heterossexista binária. Seus perpetradores podem ser seus parceiros íntimos, seus familiares, seus conhecidos, desconhecidos ou mesmo agentes do Estado. O mito de que a violência lgbtqia+fóbica é cometida exclusivamente pelos próprios parceiros sexuais ou afetivos de pessoas LGBTQIA+ tem como função desumanizar o grupo e se esquivar da responsabilidade pela elaboração de políticas públicas estruturais que atinjam a toda a sociedade. Aceitar tal insinuação seria corroborar com a lógica que diferencia as pessoas LGBTQIA+ como “outros” em relação aos “nós” e que considera que os problemas desses “outros” são criados por eles mesmos e “nós” não temos nada a ver com isso – quando têm.

Ser dissidente é desafiar a ordem social, que exige que os corpos respondam entre anatomia e gênero que se fundamenta na heteronormatividade imposta por uma sociedade branca, hetero, e que está submetida a uma violência sexista, homotransfóbica e misógina em suas possíveis variações, tanto na violência estrutural, urbana, doméstica e institucional geradas pelo um sistema capitalista (ALMEIDA, 2016).

O sistema capitalista, através do seu mercado de trabalho discriminador, gera um exército industrial de reserva que impulsiona estes corpos dissidentes de forma compulsória ao trabalho sexual, como consequência da privação de direitos sociais e econômicos necessários à reprodução social ou subsistência. Para Almeida, essa violência se constituiu de forma longitudinal, ao longo de décadas. Essa população estigmatizada, levada ao isolamento, sofre com diversas naturezas de exclusão, além do mercado de trabalho. Essas violências se dão no espaço escolar, comunitário, religioso, familiar, público, judiciário, militar entre outros (ALMEIDA, 2016).

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, essa é a máxima posta na Constituição Federal de 1988, no artigo 196 estabelece o SUS, que em 1990 é regulada pela Lei 8080 com o objetivo de formular e implementar políticas públicas que garantam o acesso universal, igualitário e equitativo à saúde pública. Um acesso livre de discriminação, violência e qualquer tipo de maus tratos. Porém a realidade experimentada pela população LGBTQIA+ foge ao escrito supracitado.

Vale a reflexão sobre direito e saúde, reconhece-se que a saúde é um direito social, presente no tripé da Seguridade Social que abarca a Assistência Social, Previdência Social e a

Saúde que é universal, equânime e integral. A saúde é um direito inalienável, e, portanto, não pode ser transformado em mercadoria, e desta forma, tornar-se inacessível aos que mais necessitam. Portanto, configura-se um direito constitucional e inegociável (OLIVEIRA, 2021).

Cabe registrar que o acesso aos serviços de saúde segundo relatos dos usuários, encontramos representados em suas falas, em sua maioria é regido por discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, por parte dos profissionais da saúde; quando recusam examiná-los através do toque, ou utilizam precauções excessivas, negligenciam suas queixas, profissionais que emitem cunho religioso em seus discursos durante os atendimentos. Contudo, apresenta a fragilidade dos profissionais quanto ao processo de implementação instrumentalizada por leis existentes (DUARTE, 2018).

Há também um fator determinante percebido no cotidiano do trabalho, é o entrave ao acesso dessa população, a demora das regulações entre os entes federados, no que tange o processo transexualizador. Que atualmente está sendo por volta de dois anos e meio a três anos, no estado do Rio de Janeiro. Este processo deixa de ser um processo de acesso para ser objeto opressor e disparador de automedicação hormonal de origem ilícitas que prejudicam a saúde, podendo levar à morte.

Sobre esta conduta profissional, no que retrata a prática discriminatória é perceptível em alguns profissionais quando estes oferecem assistência a partir do viés heteronormativo, que permeia a centralidade da cultura biologicista. E desta forma constitui uma barreira à população LGBTQIA+, quando está se encontra invisibilizada ao primeiro acesso, desde da porta de entrada da instituição (CARDOSO; FERRO, 2012).

Esta população que é tema desta dissertação, apreende-se que a agudização de sua vulnerabilidade é uma constante pelo serviço de saúde, e se tornam determinantes de saúde pelos fatores acima já citados. A diversidade e especificidades exigidas devem ser observadas pelos profissionais que estão na ponta.

Os profissionais de saúde possuem precários conhecimentos ou nenhum acerca da população LGBTQIA+, entre as formações, titulações, cursos de extensão, que muitos possuem, dificilmente se encontra a formações a respeito da temática LGBTQIA+, apesar de já citado neste estudo, há oferta de formação sobre a saúde LGBTQIA+ nas diversas universidades públicas do país. A PNSILGBT institui em suas bases a EPS no tocante a sensibilização dos profissionais de saúde às especificidades da população LGBTQIA+ (DUARTE, 2018).

Recebo relatos das dificuldades dos profissionais quando realizo EPS sobre a temática da violência, o preenchimento da Ficha de Notificação, o desconhecimento ou as confusões sobre o nome social, identidade de gênero e ou orientação sexual, os profissionais referem ainda as dificuldades na abordagem a população LGBTQIA+, surge a necessidade de desmistificar os mitos perpetuados ao longo da história da sociedade. A AB é estabelecida pelo MS como a primeira porta de acesso, e deve-se garantir a longitudinalidade deste acompanhamento. Considerando a missão do SUS na promoção e prevenção da saúde, numa saúde universal, integral e equânime.

Como tal, este estudo buscou analisar as notificações dos casos de violência em relação à população LGBTQIA +, no território adstrito a duas clínicas de saúde da família, no Rio de Janeiro. E a percepção da identificação da violência sobre esta população pelos profissionais de saúde de nível superior da ESF e do NASF-AB.

## **5- METODOLOGIA**

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado em duas clínicas da família da Área de Planejamento 5.1, do município do Rio de Janeiro. A pesquisa qualitativa buscou responder às questões da realidade social dos sujeitos, a partir de suas perspectivas, incluindo as relações sociais (MINAYO, 2010). Este tipo de pesquisa está relacionado aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências e a forma de compreensão da realidade (POPE; MAYS, 2009). Neste caso, o estudo analisou o processo de notificação dos casos de violência em relação à população LGBTQIA+ no território adstrito a duas Clínicas de Saúde da Família da Área Programática 5.1, no município do Rio de Janeiro, na perspectiva dos profissionais de nível superior da ESF e do NASF-AB.

### **5.1 LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi realizado na Área de Planejamento 5.1, formada por 10 bairros: Bangu; Jardim Sulacap; Magalhães Bastos; Realengo; Padre Miguel e Senador Camará; Campo dos Afonsos; Deodoro; Gericinó e Vila Militar, conforme apresentado na Figura 1.

Segundo informe do painel da Secretária de Promoção de Saúde Atenção Primária de Vigilância de Saúde (SUBPAV), a cobertura populacional estimada é de 671.041, estando 65,29 % coberta pela ESF. A Área de Planejamento da 5.1 possui no total 32 unidades de saúde, sendo 16 clínicas da família; 11 Centros Municipais de Saúde (CMS). Conta com 150 equipes saúde da família; um (01) Consultório na Rua (CNAR); 52 equipes de saúde bucal; 15 núcleos NASF; dois (02) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um (01) Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPSI), e uma Casa de Parto, uma (01) maternidade e um (01) hospital geral (01) (SUBPAV/Otics Rio, 2022).

As Clínicas da Família, para fins de identificação neste estudo, foram nomeadas como CF1 e CF2. Ambas estão localizadas em sua maior abrangência o bairro de Realengo, mas contempla também os bairros de Padre Miguel, Magalhães Bastos e Bangu, na zona oeste da cidade, no qual o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do bairro encontra-se na posição 89, com dados de 0,803, numa relação que compreende 126 posições entre bairros. Em relação ao Índice do Desenvolvimento Social encontra-se na posição 116 num ranking entre 158 bairros da cidade (SMU, 2008).

A CF1 mantém seu funcionamento de 2ª f à 6ª f, das 07 hs às 18 hs, e no sábado, das 07 hs às 12 hs. É composta por 08 equipes completas de saúde da família, incluindo oito enfermeiros, cinco médicos, 12 técnicos de enfermagem, 47 agentes comunitários de saúde, cinco agentes de vigilância em saúde, três cirurgiões dentistas, três auxiliares e um técnico de saúde bucal, um farmacêutico e dois técnicos de farmácia. Conta também com três auxiliares administrativos, quatro profissionais da limpeza e quatro porteiros. Os serviços de ultrassonografia e raio X de algumas clínicas da família tem a CF1 como referência. Além disso, possui uma população cadastrada de 26.588, segundo dados do último Relatório de Gestão *Accountability*, de 2022.

A CF1 oferece serviços como: consultas clínicas, enfermagem, odontologia, exames preventivos e laboratoriais, acompanhamento de doenças crônicas transmissíveis (HIV e Aids, tuberculose e hanseníase) e doenças não transmissíveis (hipertensão, diabetes), acompanhamento de puericultura, pré-natal, saúde da criança e do adolescente, da mulher, do homem, e do idoso. Ademais, conta com Programa Saúde na Escola (PSE) que realiza atividades coletivas de promoção e prevenção em saúde na escola, e o (PACAS), que faz o acompanhamento da população com hipertensão, diabetes e outras necessidades, realizando atividades físicas coletivas, lazer e cultural.

Apresenta o perfil sociodemográfico entre os níveis de estratificação social que variam de famílias e indivíduos com condições socioeconômicas mais favoráveis até famílias em

extrema miséria Apesar da infraestrutura urbana, ainda há locais com esgoto a céu aberto e ruas sem asfalto. A área de abrangência se concentra nos bairros de Bangu, Padre Miguel e Realengo (SMS-RJ, 2022).

Já a CF2 encontra-se localizada também em Realengo, com seu território de maior abrangência, mas inclui também uma parte do bairro de Magalhães Bastos. Sua população de abrangência é de 21.662, apresentando o total de 20.561 pessoas cadastradas. A CF2 funciona de 2ª f à 6ª f, das 07 hs às 18 hs, e no sábado, das 07 hs às 12 hs. É composta por 06 equipes completas de saúde da família, incluindo 6 enfermeiros, e cinco médicos, 11 técnicos de enfermagem, 36 agentes comunitários de saúde, 5 agente de vigilância em saúde, dois cirurgiões dentistas, dois auxiliares de saúde bucal e 01 técnico de saúde bucal, 01 farmacêutico e 01 técnica de farmácia. Conta com 3 auxiliares administrativos, 4 profissionais de auxiliar de serviços gerais e 4 porteiros-vigilância. Os serviços e ofertas de saúde são padronizados pelas unidades de saúde (SMS-RJ, 2022).

Apresenta o perfil sociodemográfico entre os níveis de estratificação social que variam de famílias e indivíduos com condições socioeconômicas mais favoráveis até famílias em extrema miséria. A CF2 abrange as comunidades do Batam, Fumacê e Batanzinho. O perfil das moradias, em sua maioria compostas por casas e apartamentos, de posse própria e localizada em área urbana, no geral com acesso à rede elétrica, coleta de lixo, água potável e esgoto tratado.

Apesar áreas pontuais de extrema miséria, como o prédio “Espinha”, um prédio de quatro andares que foi invadido pela população local e fora de área, que se apresenta sem condições de saneamento básico, estrutura predial com risco iminente de desabamento, insalubre, e periculosidade com a presença do tráfico. Atualmente, o único serviço que atua neste local é a saúde, os demais equipamentos de proteção e assistência social intervêm de forma indireta, sem entrar no local (SMS-RJ, 2022).

A unidade de saúde sofre com a atuação do tráfico no território, que expõem os usuários e funcionários a riscos. A unidade conta com um processo de segurança interna que é acionado quando o território está sob conflito policial ou entre facções, chamado de “acesso”. Ambas as CFs contam com o suporte do Conselho Tutelar e de quatro equipamentos da Assistência Social, sendo três Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e um Centro de Referência de Assistência Social Especializada (CREAS), além de algumas Organizações Não Governamentais (ONGs).

Ambas as CFs contam com o apoio matricial da mesma equipe NASF-AB, no modelo NASF-AB tipo 1, composto por 1 assistente social, uma fisioterapeuta, e uma fonoaudióloga,

estas categorias com carga horária de 30 horas semanais, e uma nutricionista, uma psicóloga e um profissional de educação física estas categorias com carga horária de 40 horas semanais.

Estes profissionais atuam de forma integrada e articulada com os demais profissionais da ESF, tendo a corresponsabilidade no acompanhamento de saúde da área adstrita e articulação em rede.

Figura 1. MAPA da Área Programática 5.1



FONTE: google maps, 2022.

## 5.2 TÉCNICAS E FONTES DE COLETA DE EVIDÊNCIAS

Para a coleta de evidências primeiramente foi realizada uma análise documental sobre as notificações da violência na população LGBTQIA+, incluindo Portarias, Leis, Normativas e Decretos. A seguir, no quadro 01, seguem os principais documentos que foram analisados.

Quadro 1 - Levantamento Documental do Estudo, 2005 a 2018

<b>TIPO DOCUMENTAL</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>	<b>ANO/FONTE</b>
Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violência – Brasília.	Instrumento orientador da atuação do setor saúde no contexto de enfrentamento às situações de violência. Adota como expressão desses eventos a morbimortalidade devida ao conjunto das ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde e demandam atendimento nos serviços de saúde.	2005 Ministério da Saúde
Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde Família	Dispõe sobre as diretrizes e do processo de trabalho do NASF bem como suas atribuições	2010 Ministério da Saúde
Nota Informativa- Notificação de Violência Interpessoal/ Autoprovocada - GM/MS nº 1271/ 2014 e SINAN versão 5.0	Altera a Ficha de Notificação de Violência SINAN, incluindo os campos nº 31, nome social, campo 34, orientação sexual, campo 35, identidade de gênero e campo 53, a motivação da violência (por Lgbtfobia), e dá Orientações sobre a notificação de violência doméstica, sexual, tentativa de suicídio e outras violências.	2014 Ministério da Saúde
VIVA. Instrutivo - Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada.	Publica o documento para qualificar a notificação e conseqüentemente, as informações destinadas a subsidiar o planejamento, o monitoramento, a avaliação e a execução de políticas públicas integradas e intersetoriais visando a redução da morbimortalidade decorrente das violências, e promover a saúde, a cultura de paz, a equidade de vida, de forma efetiva.	2015 Ministério da Saúde
Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais	Esta política reafirma o compromisso do SUS em promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.	2013 Ministério da Saúde

Fonte: elaborada pela autora com base em documentos do Ministério da Saúde de 2005, 2010, 2013, 2014 e 2015.

Também foi realizada análise do sistema de informação de violência encontrado no TABNET, aplicativo desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que disponibiliza informações que servem para subsidiar análises objetivas de situação sanitária para a tomada de decisões no âmbito da SMS-RJ, no período de 2013 a 2022.

Por último, foi aplicado um questionário semiestruturado, de forma auto responsiva, com os profissionais de saúde de nível superior integrados na ESF das duas clínicas selecionadas, a saber, Médicos, Enfermeiros, Odontólogos, além dos profissionais do

NASFAB da AP 5.1, incluindo Psicóloga, Assistente Social, Fisioterapeuta, Nutricionista e Profissional em Saúde Educador Físico.

A escolha dos profissionais de saúde teve como critérios de seleção a atenção ao usuário, segundo o parâmetro da carteira de serviço da SMS-RJ, e/ou a responsabilidade pela realização da notificação. Foram observados os seguintes critérios para a inclusão dos profissionais no estudo: ser profissional de nível superior atuante na ESF ou no NASF-AB, e que se encontrasse no local de trabalho durante a coleta de dados. Foram excluídos os profissionais que se encontravam em licença médica ou de férias. Estimou-se um número aproximado de 10 a serem entrevistados: dois médicos, dois enfermeiros e um psicólogo, um assistente social, um dentista, um nutricionista, um fisioterapeuta, e um profissional em saúde de educação física.

Para a coleta foram utilizados roteiros de: a) análise documental; b) análise do sistema de informação, e c) questionário semiestruturado. No questionário foram explorados os seguintes tópicos: perfil social (gênero, idade, profissão e tempo de experiência na ESF); conhecimento sobre o protocolo de acolhimento dos casos de violência contra a população LGBTQIA+; realização de ações de acolhimento e atendimento dos casos de violência identificados, notificação da violência; e utilização dos fluxos da rede intersetorial para encaminhamentos.

O questionário visou compreender como se realizam as ações da notificação de violência da população LGBTQIA+, se os profissionais identificam as situações de violência nessa população, e quais desdobramentos são realizados. Identificando os aspectos facilitadores e dificultadores do enfrentamento da violência Lgbtfóbica.

O roteiro visou explorar também sugestões de temas para ações de EPS que visem fomentar o conhecimento sobre o tema LGBTQIA+ entre profissionais de saúde.

Os questionários foram aplicados (data) na unidade de saúde, garantindo a liberdade de participação na pesquisa. Os dados pessoais foram preservados, sendo os questionários codificados por números, garantindo a confidencialidade dos participantes. Os questionários foram aplicados em uma sala, garantindo a privacidade, e seguindo os protocolos de proteção e distanciamento social decorrentes da pandemia de Covid-19.

A aplicação do questionário seguiu o protocolo da Resolução nº 466/2012, com base no respeito à dignidade humana, após realizado o esclarecimento sobre a pesquisa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os profissionais foram convidados a participar de forma voluntária, sem prejuízo de suas atribuições diárias.

Na matriz de informação (Quadro 2), encontra-se sistematizado cada um dos objetivos do estudo, com as respectivas técnicas de coleta de evidências, o tipo de instrumento empregado para a técnica selecionada, as fontes de evidência, ou seja, de onde saiu a informação necessária para responder ao objetivo proposto, assim como o tipo de análise que foi utilizado com as técnicas e fontes selecionadas.

Quadro 2 – Matriz de Informação

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Técnicas de coletas</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Fonte</b>	<b>Análise</b>
Descrever os dados de notificação de violência à população LGBTQIA+, na APS do município do Rio de Janeiro, no período de 2015 a 2020	Análise do sistema de informação	Roteiro de análise	Tabnet do município	Triangulação e complementação
Caracterizar a percepção dos profissionais de saúde sobre o que entendem como notificação de violência	Questionário semiestruturado	Roteiro semiestruturado	Profissionais de saúde	
Descrever os fatores que facilitam ou dificultam a identificação da violência pelos profissionais de saúde na população LGBTQIA+	Análise documental	Roteiro de análise documental	Portarias, leis, normativas, decretos, relatórios das EPS aplicadas às equipes ESF.	

FONTE: A autora, 2022.

### 5.3 ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada uma análise de conteúdo temático dos tópicos abordados no questionário e dos documentos (Bardin, 1992), utilizando como referencial conceitual a temática da violência e da notificação. As categorias analíticas tais como: identificação dos casos de violência, o acolhimento, o manejo e o acompanhamento das situações de violência, assim como a articulação com a rede que surgiram a partir da leitura dos documentos e das informações que emergiram dos questionários.

A análise metodológica foi realizada por meio de triangulação de técnicas e fontes de evidências. A triangulação se refere ao uso de diferentes técnicas e fontes no sentido de gerar achados que sejam convergentes em relação a um mesmo fenômeno (busca de concordância). (Pope e Mays, 2009). Implica, desse modo, analisar as ações de notificação da violência da população objeto de notificação, e tendo como objeto de estudo, a população LGBTQIA+, a partir da perspectiva dos diferentes atores entrevistados e dos documentos analisados.

A complementaridade, por sua vez, envolveu o uso de diferentes técnicas e fontes para descrever as diferentes faces de um mesmo fenômeno, neste caso as ações de notificação da violência infligida à população LGBTQIA+, permitindo elucidar e ter uma visão mais abrangente das informações coletadas (Steckler et al., 1992). As diferentes fontes podem fornecer múltiplas perspectivas do objeto em estudo permitindo que as informações se complementam.

#### **5.4 ASPECTOS ÉTICOS**

Para a condução desta pesquisa foram seguidos os protocolos da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, e das Resoluções Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012 e 510/2016 que tratam dos aspectos éticos em pesquisa com seres humanos. Os aspectos éticos foram observados em todas as etapas da pesquisa, em especial na fase da coleta de dados que foi realizada por meio de questionário semiestruturado com os profissionais de saúde, incluindo o manejo de informações e materiais documentais.

Considerando que os entrevistados são trabalhadores de duas clínicas da família, houve o risco de constrangimento do profissional e a possibilidade de serem identificados por meio de suas falas. No intuito de minimizar tal risco os resultados foram apresentados de maneira agregada, garantindo o anonimato e a confidencialidade das informações. Os entrevistados foram identificados com códigos. A aplicação do questionário ocorreu em local reservado na unidade de saúde, em horário fora de expediente, a fim de não prejudicar as atividades no setor.

A pesquisa também seguiu a Resolução CNS nº 580 de 22 de março de 2018, que prevê resolução complementar tratando das especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS. Segundo o parâmetro estabelecido no artigo 5º da resolução citada, os procedimentos da pesquisa não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, para tanto a pesquisa foi realizada fora do horário do expediente profissional mais favorável

ao participante. Além disso, em consonância com o artigo 6º da mesma lei, que estabelece que a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não devem interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, em conformidade com este artigo, a pesquisa foi realizada fora da carga horária de trabalho do profissional de saúde participante, para não prejudicar seu processo de trabalho e à assistência à população.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a estratégia de compartilhamento e divulgação dos resultados, assim como os benefícios indiretos de sua participação. Foi reforçada a importância da confidencialidade dos dados obtidos. Também foi abordado os possíveis riscos da pesquisa, que inclui a possibilidade de identificação do participante, ou mesmo o constrangimento ou desconforto mediante a leitura das perguntas e respostas que foram realizadas, tomando-se as medidas para amenizar a ocorrência destas situações. A pesquisadora se colocou disponível para qualquer informação sobre a pesquisa, por meio do telefone ou e-mail constante no TCLE, previamente assinado.

Para fins de segurança de acordo com a Resolução nº 466 / 2103, dos Aspectos Éticos, V- v. e respeitando o art. 9º da Resolução CNS nº 510/ 2016 refere em seu inciso VI cabe ao participante ser indenizado pelo decorrente da pesquisa, pelas vias judiciais por parte do pesquisador, do particionador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, ainda por via extrajudicial conforme previsto no código civil Lei nº 10406, de 2002, nos arts. 927 a 954.

O TCLE aborda os aspectos éticos de proteção às pesquisas com seres humanos, respeitando a dignidade humana, seguindo a resolução nº 196: *“II.11 - Consentimento livre e esclarecido - anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa”*.

Foi solicitada a anuência formal da AP5.1 para a realização do estudo nas duas clínicas da família envolvidas, mediante assinatura do profissional responsável. E aprovação dos comitês de ética da FIOCRUZ e da SMS-RJ sob código: CAAE .55708722.4.0000.5240 e 55708722.4.3002.5279.

## 5.5 DESCRIÇÃO DA REALIZAÇÃO DO ESTUDO PILOTO

O piloto do estudo foi realizado nos dias 09 e 10 de fevereiro de 2022 com o intuito de testar os instrumentos de coleta de informações em relação à sua viabilidade e compreensão. Isso permitiu aprimorá-los antes de entrar na etapa da pesquisa propriamente dita. Foram aplicados o questionário a quatro profissionais de saúde de nível superior atuantes no NASFAB, entre eles: nutrição, psicologia, fisioterapia e profissional de educação física. Tais participantes aparecem, ao longo da análise, como números em sigilo na identificação. Os questionários foram aplicados no consultório de uma CF, fora do horário de expediente do trabalho, com duração de aproximadamente 30 minutos, não tendo havido interrupções.

Tais participantes, de um modo geral, não sinalizaram dificuldades no entendimento das perguntas. Contudo, apontaram dúvidas na compreensão do conceito de gênero. Apenas no participante identificação 2, cuja formação profissional mais dialoga com este tema, foi capaz de dar sugestões no roteiro, tais como no subitem 2.2, onde identificou uma repetição de termos, e no item 4, relativo à marcação de campos atuais LGBTQIA+. Além disso, foi a participante que mais contribuiu com indicação de temas para a EPS.

A participante (3) apresentou-se como a que no momento mais compreendia o que representa o conceito de Ampliado (A) da sigla NASF, ficando evidente sua participação generalista e atuante em todas as linhas de cuidado prioritário pela SMS-RJ.

A participante (1) apresentou pouco ou nenhum envolvimento com a temática, apesar do extenso tempo de serviço no Núcleo, relatando, contudo, que não é acionada com a devida frequência enquanto profissional do NASF para a assistência a essa população.

A participante (4), é uma iniciante neste processo de trabalho do NASF. Portanto, apresentou pouco conhecimento sobre o tema da violência da população LGBTQIA +.

Ao realizar o piloto foi possível, portanto, visualizar se as questões abordadas estavam claras e objetivas, ou se gerariam dúvidas, se o tempo disposto de em torno de 20 - 30 minutos seria suficiente para que o profissional se colocasse à disposição para contribuir com a pesquisa.

No piloto foram elencadas dúvidas, pois para algumas participantes, não habituadas com o termo gênero, identificou-se dificuldades em definir a resposta, só sendo possível após o esclarecimento conceitual do termo. Foram identificadas também perguntas com sentidos repetidos, sendo possível a alteração para a aplicação do instrumento definitivo.

A aplicação do instrumento possibilitou esclarecer dúvidas sobre a temática da violência abordada e, desta forma, ser ajustado e refinado para a realização real da sua aplicação. Foi possível identificar que o roteiro contempla todas as questões que se pretende explorar na pesquisa. Permitiu também desvelar a percepção da violência sofrida pela população LGBTQIA+, como estes casos de violência chegam nas demandas, e/ou se chegam, assim como se os casos que chegam são notificados e se é seguido o protocolo do fluxo de acolhimento com os devidos encaminhamentos.

## 6 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção os resultados e a discussão estão organizados de modo a responder a cada um dos objetivos específicos.

### 6.1 DADOS DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA À POPULAÇÃO LGBTQIA+ NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO DE 2013 A 2022

Para especificar a pesquisa em ocorrência, foi acessado o TABNET, que é um tabulador genérico de domínio público que permite organizar dados de forma rápida conforme a consulta que se deseja tabular. Foi desenvolvido pelo DATASUS para gerar informações das bases de dados do SUS.

A obtenção dos dados de notificação de violência foi obtida no site da SUBPAV, na área exclusiva para profissionais, no dia de acesso em 03 de agosto de 2022. Foram utilizados os seguintes filtros: ano de notificação, todos os meses de notificação, frequência, área de ocorrência e AP, bairro de ocorrência, orientação sexual, motivação da violência (homofobia/transfobia), e a natureza da violência. Foram encontrados os dados abaixo representados em tabelas.

Tabela 1 – Notificação de violência interpessoal/Autoprovocada na AP 5.1, segundo motivação, período de 2013 a 2022

MOTIVAÇÃO	ANO										TOTAL
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Homofobia / transfobia	0	0	0	5	5	1	2	3	11	3	30

Fonte: A autora, com base em dados extraídos de Tabnet (SINAN-RJ, 2022).

Na tabela 1 observa-se que no período de 2013 a 2022 foram notificados 30 casos de violência por homofobia/transfobia. Houve um aumento exponencial em relação aos casos ocorridos em 2020, para os casos ocorridos no ano de 2021. Para o Grupo Gay da Bahia

(GGB), no Relatório de 2021, esse aumento se deve a omissão por parte dos organismos públicos em não estabelecer mecanismos para gerar e monitorar dados quantitativos a respeito da violência Lgbtfóbica, quando infere:

Sobre a coleta de dados dos homicídios e suicídios registrados, saltamos de 237 para 300 mortes violentas, um aumento de 8%, parte destas oscilações se devem à ausência do esforço dos órgãos de segurança pública em monitorar tais mortes, como parte de ações de implementação de políticas públicas de contenção do avanço da violência e da criminalidade homotransfóbica em solo brasileiro. (GGB, 2022).

Correlacionado à justificativa do aumento, a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) constata que o aumento foi motivado pelo projeto de governo atual, como vemos a seguir:

O projeto de governo autoritário, patriarcal, negacionista, anticientífico, anti-direitos humanos, anti-gênero, anti-LGBTQIA+ coloca um desafio ainda maior quando vemos o aparelhamento das instituições do estado, o fortalecimento de correntes alinhadas com ideologias fascistas que unem a base bolsonarista no executivo e no legislativo, nos estados e municípios, e avança no judiciário, ... (BENEVIDES, 2022).

A ANTRA ainda denuncia que a partir do discurso de ódio que se espalhou pelas redes sociais, e pela omissão dos estados e municípios em não reconhecer a violência específica Lgbtfóbica gerada pela ausência dos marcadores como orientação sexual e/ou identidade de gênero. Faz com que a ocorrência dessas violências seja vista como atos dolosos, acidentes de trânsito, furtos seguidos de morte, e não como fonte de violência Lgbtfóbica. E as vítimas fatais desta violência são as travestis e as pessoas trans (BENEVIDES, 2022).

O mesmo documento chama a atenção para a subnotificação que é uma realidade que revitimizava, e destituiu os direitos primários desta população, atualmente na SMS-RJ vem reforçando a utilização dos marcadores raça-cor, no entanto, os marcadores orientação sexual, identidade de gênero e nome social são sub-registrados ou potencialmente autorrespondido pelo profissional de saúde. A estes marcadores deveria eleger a mesma graduação de exigência para caracterizar e gerar propostas de cuidado integral e políticas públicas à população LGBTQIA+.

A ausência de monitoramento governamental provoca a falta de registros sobre a população LGBTQIA+ e dificulta a busca por informações que possam traçar os perfis sociodemográficos, étnicos e epidemiológicos. Estes dados poderiam subsidiar, principalmente, os relevantes aos impactos da violência Lgbtfóbica e qualificar ao acesso à saúde, que são causas-consequências da invisibilidade a esta população, aprofundando sua

vulnerabilidade, como citado no Dossiê Trans: “A invisibilização continua junto ao apagão e a subnotificação” [...] “Discurso de ódio, gera crime de ódio” (BENEVIDES, 2022).

A dificuldade em achar dados sobre a violência Lgbtfóbica produz a invisibilidade de forma implícita e explícita, agudizando ainda mais, uma assistência que já se encontra deficiente às lésbicas, ao gay efeminado, aos trans e travestis. Vivenciar o estigma da discriminação por orientação sexual pode agravar o sofrimento mental (Ferreira, 2017).

Ainda sobre este viés, a SMS-RJ em maio de 2022, apresentou os dados de monitoramento da violência interpessoal/autoprovocada, violência sexual e autoprovocada entre os anos de 2012 e 2022. Foram utilizados os seguintes marcadores de notificação de violência: mês, ano; residentes no Rio de Janeiro; ciclo de vida; sexo biológico; raça/cor; por ano e AP. Neste relatório não foram inseridos os marcadores sobre orientação sexual, identidade de gênero e a motivação da violência.

Para o GGB em seu relatório infere que o ente governamental hierarquizado em todas as esferas, ao não estabelecer a captação de dados e seus monitoramentos, negam políticas públicas básicas de proteção e intervenção específicas à população LGBTQIA+, e a lança a própria sorte, neste caso, sorte de morte como os dados a seguir:

Números chocantes, um homicídio ou suicídio de 13 LGTI+ a cada 29 horas, salientando que tal mortandade representa tão somente a ponta de um iceberg de ódio e sangue, já que nossas cifras são subnotificadas dada a inexistência de estatísticas criminais governamentais (GGB,2022).

Entre os anos de 2013 a 2015 não havia os quesitos que pudessem caracterizar a violência Lgbtfóbica na Ficha de Notificação. Vale ressaltar que os marcadores (identidade de gênero, orientação sexual e motivação da violência por homofobia e transfobia foram implantados na Ficha de Notificação de violência como Agravo à saúde a partir de 2014, mas a implantação destes quesitos ocorreu na ficha da versão 5.0 em 2015, como já citado anteriormente.

Ao buscar dados comparativos encontramos o Relatório de Violência Homofóbica no Brasil: ano 2013, emitido pela Secretaria Especial de Direitos Humanos Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos no ano de 2016, que apresentou o quantitativo de 185 notificações de violência contra a população LGBTQIA+, no município do Rio de Janeiro.

Em 2014, o GGB apresentou o Relatório de Assassinato de LGBT no Brasil, e informou que no município do Rio de Janeiro ocorreram 12 assassinatos de pessoas LGBTQIA+, e na região sudeste, o município do Rio de Janeiro encontrava-se em terceiro como o estado mais

violento, apresentando 12.12% dos casos na região. No relatório do ano de 2015 não houve alteração dos dados sobre o município do Rio de Janeiro.

No entanto, a partir do consolidado sobre a violência Lgbtfóbica apresentada pela SMS-RJ ocorridos entre os anos de 2015-2022, relativos a dados parciais de violência interpessoal e autoprovocada por motivação homo/lesbo/bi/transfobia foram 408 notificações, e orientação sexual a maioria foi contra homossexuais (239) (SMS –RJ, 2022).

Quanto à violência interpessoal e autoprovocada, e motivada por identidade de gênero (trans/lesbo/bi/homofóbica), 24 eram mulheres trans, 22 travestis e 13 homens trans.

Quanto à violência interpessoal/autoprovocada na população LGBTQIA+, no período, em relação à orientação sexual foram registradas 1.746 notificações entre homossexuais e 559 bissexuais.

Quanto à identidade de gênero, foram 218 registros de violência contra transexuais, sendo 111 mulheres trans e 76 homens trans, e 99 travestis. Informa ainda que entre 2017 e 2019 houve destaque para as notificações contra travestis em 2020 e 2022 (SMS –RJ, 2022).

Soares e colaboradores (2021) reforçam com os dados de sua pesquisa que o estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2009 e 2017 contabilizou 1,7% das ocorrências de violência contra a população LGBT, ficando em terceiro lugar entre os estados do Sudeste.

A SMS-RJ, em 2022, apresentou os dados sobre a violência motivada por homofobia/transfobia ocorridos no ano de 2021, que vem a ser todo tipo de violência motivada e praticada em razão da orientação ou identidade de gênero (homofobia, lesbofobia, bifobia e transfobia).

Retrata os seguintes índices: violência motivada por orientação sexual contra homossexuais (315); bissexual (139), em relação à violência motivada por identidade de gênero–travestis (13); transexuais (47), para estes quesitos ocorre pelo menos uma notificação por dia (SMS-RJ, 2022).

Apesar da realidade da subnotificação, os entes federativos vêm instituindo portarias que norteiam os profissionais de saúde a legitimar estas informações, como a inclusão dos quesitos de orientação sexual e de identidade de gênero, assim como os quesitos de raça/cor, nos prontuários eletrônicos e clínicos, na Ficha de Notificação de violência SINAN e nos demais documentos de identificação e notificação do SUS (BRASIL, 2017).

Tabela 2 – Notificação de violência Interpessoal/Autoprovocada, por motivação de homofobia/transfobia, e orientação sexual (homossexual), na AP 5.1, por residentes do bairro de Realengo, segundo natureza, período de 2013 a 2022

Natureza	Ano										
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Física	0	0	0	2	1	1	2	2	5	1	14
Psicológica	0	0	0	1	1	0	0	0	2	1	5
Autoprovocada	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	3
Sexual	0	0	0	0	1	0	0	1	2	1	5
Outra	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	3
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>30</b>

Fonte: Tabnet do SINAN-RJ, 2022

Com relação à natureza, quase metade dos casos notificados no período foi de ordem física, seguido por psicológica e sexual (Tabela 2). Pinto et al (2020) consolida os achados nesta pesquisa quando afirma que a violência física foi o tipo de agressão mais comum entre todos os ciclos de vida, seguido pela violência psicológica e a violência sexual o tipo mais notificado entre adolescentes. Não foram encontrados casos notificados quanto à orientação bissexual.

Em consonância com os dados achados o Dossiê Trans refere que os crimes de ódio em sua maioria a violência são de natureza física e seguem métodos repetitivos com golpes e artefatos que levam ao óbito das vítimas, com crueldade, intencionalmente tende a desfigurar a sua condição humana, tais como: apedrejamento, facadas, pauladas, atropelamento intencional, corpo queimado, tiros, homicídio doloso e ocultamento do corpo (BENEVIDES, 2022).

Por sua vez, a SMS-RJ (2022), retrata que a violência interpessoal/autoprovocada tem a maior incidência na residência, a violência sofrida por homossexuais ocorre em 62% dos casos, em bissexuais (70%), à travestis e transexuais (49%). Achados que corroboram com os dados apresentados no relatório do GGB (2021) quando informa que o local de maior incidência da violência contra a população LGBTIQIA+ no Brasil em 2021 foram a residência (casa, apartamento, quitinete, banheiro, quintal de casa, em frente à casa, varanda, quarto e casa de ex-namorado, atingindo o quantitativo de 110 casos, na porcentagem de 36,67%, no universo dos 300 casos ocorridos.

Perante o exposto, requer a reflexão quanto ao papel de atuação da Estratégia Saúde da Família como porta preferencial de entrada aos níveis de saúde e coordenadora do cuidado, especificamente nos casos de violência Lgbtfóbica, que se encontra reproduzida nos territórios, locais de cobertura da Estratégia Saúde da Família, mas, como identificar a violência, se o profissional não identifica a pessoa vítima da violência? (SANTOS et al., 2019).

## **6.2 ENTENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

A pesquisa de campo foi realizada no período de 17 de maio a 02 de junho de 2022. Responderam ao questionário um total de 13 pessoas, sendo cinco profissionais do Núcleo de Ampliado à Saúde da Família (NASF- AB), entre eles: fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, psicólogo e profissional de educação física.

O tempo de experiência dos profissionais ESF e NASF-AB variou entre 06 meses a 17 anos de atuação na Estratégia Saúde da Família. Foram também entrevistados quatro profissionais da enfermagem; três médicos. Também participou um cirurgião-dentista cuja atuação é de aproximadamente seis anos.

Segundo a identificação de gênero, três participantes declararam serem do gênero masculino, e os demais se consideraram do gênero feminino. Para alguns profissionais foi necessário explicar os conceitos de gênero e orientação sexual, pois apresentaram dúvidas e desconhecimento acerca dos conceitos. O quadro 3 representa a quantificação dos participantes da pesquisa, como também a classificação por categoria profissional, o tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF), e suas identificações de gênero.

Quadro 3- Identificação dos Participantes da Pesquisa

<b>EQUIPE</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>TEMPO DE ATUAÇÃO NA AP</b>
<b>NASF</b>	Fisioterapeuta	01	12 anos
	Assistente social	01	07 anos
	Nutricionista	01	04 anos
	Psicóloga	01	03 a 07 meses
	Profissional de Educação Física	01	02 a 06 meses
<b>ENFERMAGEM</b>	Enfermeiro	04	09 anos
			04 anos
			03 anos
			06 meses
<b>MÉDICA</b>	Médico	03	17 anos
			16 anos
			03 anos
<b>ODONTÓLOGA</b>	Dentista	01	06 anos
<b>GÊNERO</b>			
<b>MULHER CIS</b>		<b>HOMEM CIS</b>	
10		03	

FONTE: a autora, 2022.

Foram levantadas diferentes questões junto aos profissionais de saúde entrevistados, como a identificação, suas atribuições de demandas relacionadas à violência da população LGBTQIA+, conhecimento do protocolo de atendimento nas situações de violência, preenchimento da Ficha de Notificação do SINAN e conhecimento sobre os campos compreendidos na Ficha de Notificação, em especial os quesitos relevantes ao nome social, identidade de gênero, orientação sexual e motivação da violência.

Noutra dimensão abordou-se sobre o conhecimento da rede intersetorial que se apreende ao CT, CRAS e CREAS e intrasetorial composta pela Rede Psicossocial (CAPS,

CAPSI, Ambulatório de Saúde Mental e Psiquiatria). Por último, abordou-se as sugestões temáticas para EPS para os profissionais.

Sobre o protocolo de atendimento nos casos de violência intrafamiliar e autoprovocada, a SMS-RJ estabelece a utilização de um protocolo para utilização no atendimento de casos suspeitos ou confirmados de violência. A maioria dos entrevistados declarou conhecê-lo, mas o tipo de descrição variou. As principais respostas giraram em torno de acolhimento, notificação e encaminhamento para a rede intersetorial (CRAS, CREAS, Defensoria Pública, Conselho Tutelar) e intrasetorial (CAPS, CAPSI e Ambulatório de psicologia e psiquiatria) via profissionais do NASF-AB. A palavra acolhimento, contudo, foi a mais mencionada pelos entrevistados.

Os profissionais da equipe NASF-AB no que tange a esta questão sinalizaram conduzir os casos de violência segundo o protocolo exigido. Ainda que esse eixo seja vinculado ao serviço social e a psicologia, na ausência destas categorias na equipe, faz-se necessário que os demais possam conduzir os casos junto às equipes de saúde da família. Porém, a compreensão que a temática da violência é transversal às demais categorias, e necessita ir além do discurso, como é percebido nas descrições a seguir:

Acolhimento e escuta caso a psicóloga e assistente social estejam acolhendo, acolhemos juntas. Desde o acolhimento recebemos o caso, levamos para a equipe para marcar o matriciamento do caso, e daí vamos às redes de apoio para trazer melhor desenrolar do caso” (fisioterapeuta).

A categoria profissional de educação física mencionou ter conhecimento sobre a notificação, mas não descreveu: (...), o profissional psicólogo referiu “*nos casos de violência sexual com penetração realizar os procedimentos de profilaxia e teste rápidos em até 48 horas*” O profissional do Serviço Social colocou que procede com o “*Acolhimento, atendimento qualificado e sigiloso, profilaxia e SINAN*”. Cabe ressaltar que segundo a Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes do MS e orienta solicitar os exames laboratoriais de contracepção de emergência, como também realizar a profilaxia das DST/AIDS e Hepatite B, com medidas específicas nas primeiras 72 horas e não em até 48 horas como colocado pelo profissional psicólogo (BRASIL, 2015).

Aproximadamente a metade dos entrevistados (06) sinalizaram a importância de realizar o procedimento da profilaxia, ou seja, as ações de prevenção pós-exposição às ISTs. O enfermeiro (2) descreveu que “*Não conhece a fundo, sabe que tem o acolhimento, preencher*

o SINAN nos casos de violência, e os casos que necessitam ser notificados em 24 hs e a profilaxia”. O médico (2) referiu conhecer o acolhimento, profilaxia, preenchimento do SINAN e a necessidade de acionar o NASF-AB. Somente um profissional, o dentista relatou não conhecer as atividades vinculadas ao protocolo.

Os profissionais do NASF-AB expressaram que quando o atendimento ocorre de forma integrada, por exemplo, entre as equipes de SF, de saúde bucal e NASF-AB, é mais fácil identificar e conduzir uma situação de violência. Foi trazido como exemplo por um dos participantes uma situação discutida numa reunião de equipe ESF/NASF-AB. A enfermeira descreveu o caso de uma criança que frequentemente estava em atendimento em demanda livre, apresentando lesões na pele, sendo levantado pela assistente social que poderia ser uma situação de violência somatizada. Ao realizar a consulta compartilhada entre a assistente social, a psicóloga e a enfermeira constataram que a criança vivia em uma situação de violência doméstica, com o genitor agredindo física e psicologicamente a genitora na sua frente. O caso foi monitorado, a criança e os responsáveis foram acompanhados pelos profissionais da ESF e do NASF-AB.

A violência se configura como fenômeno vivenciado nas relações sociais, e tem sua maior predominância estatisticamente no meio doméstico/familiar. Isto vem a exigir uma abordagem multidisciplinar, e cabe aos profissionais oferecer a estrutura de apoio às vítimas, seguindo boas práticas no que se refere a intervenção direta e o acionamento à rede (MINAYO, 2006).

Na fala dos profissionais das equipes de enfermagem e médica ficou mais evidente o conhecimento sobre o protocolo e a condução do caso suspeito de violência. O enfermeiro (1) descreveu: “Abrir o SINAN, escuta qualificada, matriciamento com o NASF”. Outro acrescentou com a necessidade de encaminhamento para a rede. Percebe-se que nas equipes de saúde da família o apoio matricial do NASF-AB nos casos de violência é um espaço legitimado de discussão e suporte.

Como sinalizado por Patrocínio et al (2015), o NASF-AB é uma proposta implantada pelo governo federal na perspectiva de ampliação do escopo da assistência da unidade básica que visa oferecer o matriciamento e fortalecer as resolutividades a partir das dimensões assistenciais e pedagógicas de intervenção de cuidado apresentadas pelas equipes.

A equipe médica apresentou conhecimento sobre os procedimentos e protocolos preconizados pelo manual de guia rápido que institui o atendimento nos casos de violência intrafamiliar e autoprovocada. Este material é disponibilizado pela SMS, que cita as condutas, os procedimentos de profilaxia, pré e pós exposição aos IST's. Estas equipes sinalizaram o

preenchimento da Ficha de Notificação/SINAN, e nos casos que necessitam de articulação intersetorial ou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), relataram deixar a cargo da equipe do NASF-AB, tal como descrito nos registros a seguir:

(...) conheço o guia rápido de notificação” e o acionamento à rede fica a cargo do NASF. (Médico 1).

(...) conheço sobre o acolhimento, profilaxia, preenchimento do SINAN, e acionar o NASF. (Médico 2).

(...) acolher com o NASF, se possível, notificação, prevenção pré-pós exposição de IST's e encaminhamento a emergência caso necessário. (Médico 3).

A narração da equipe técnica (enfermagem e médica) quando se refere ao apoio matricial remete ao trabalho que tem sido realizado nas clínicas, local desta pesquisa. Nos últimos quatro anos a equipe do NASF-AB tem preconizado a EPS inserida na realidade destas unidades. É importante destacar que as equipes passam por um processo de renovação intermitente, ocorrendo a saída de profissionais que já haviam sido capacitados, e a chegada de novos funcionários, a maioria sem experiência de atuação na Estratégia de Saúde da Família.

Os processos de Educação Permanente, realizados entre 2020 e 2021, envolveram os temas da Violência e da Ficha de Notificação, além da continuidade das EPS que ocorrem sistematicamente durante as reuniões de equipe ESF e NASF.

No ano de 2022 foram realizadas atividades de EPS sobre violência e um debate intersetorial com a participação dos Conselho Tutelar, CREAS, CRAS, Educação, e Sociedade Civil. Essas atividades convergem com o que recomenda a OMS, em seu relatório sobre violência. Nele, a instituição destaca que a violência interpessoal deve ser tratada intersetorialmente, com questões ligadas à saúde, justiça, desenvolvimento e gênero (OMS, 2014).

Nessa conjuntura, tal como sinalizado por Silveira et al (2022), a AP/ Estratégia Saúde da Família aparece como coordenadora do cuidado, pois cabe a ela a proposta de atuação através da promoção, prevenção e reabilitação de saúde, junto aos seus profissionais, articulada a rede e a sociedade civil, possibilitando a discussão, a proposição de ações conjuntas e na reflexão sobre o reflexo do impacto da violência.

Quando se abordou as sugestões temáticas para EPS sobre a População LGBTQIA+ para os profissionais, prevaleceram em maior quantidade de sugestões, os seguintes temas: a abordagem no acolhimento, esclarecimento sobre os conceitos de identidade de gênero e orientação sexual e, as siglas, conhecimentos acerca das políticas públicas e sobre violência.

A EPS é um instrumento qualificador para os profissionais de saúde, e através da construção do diálogo dentro e fora da rede de saúde, visa o fortalecimento da intersetorialidade, numa abordagem interdisciplinar e de ação coletiva e horizontal. A EPS estimula também a realização de ações conjuntas com os demais órgãos públicos, projetando assim, a promoção em saúde. As transformações ocorridas na política de saúde da AP elencaram a Estratégia Saúde da Família como o lugar ideal para a legitimação da EPS, lugar onde se transita a diversidade de profissionais em variadas especializações, espaço concreto de troca de experiência e saberes (BARBOSA et. al., 2019).

Foi indagado o que os profissionais fazem quando se identifica uma situação de violência. Esta questão apresentou três etapas: notificação, acesso à rede e o atendimento interdisciplinar. Se o profissional as realizava em sua totalidade ou não. Em relação aos cinco profissionais pesquisados da equipe NASF-AB, dois referiram realizar as três opções; três profissionais referiram acessar a rede intersetorial; todos informaram que realizam atendimento interdisciplinar, e dentre os cinco, apenas um informou notificar, às vezes.

A seguir, apresentam-se as falas dos profissionais do NASF-AB em relação à conduta diante da suspeita ou confirmação de uma situação de violência:

Realiza as 3 opções (notificação, encaminha e atendimento interdisciplinar (Fisioterapeuta).  
 Realiza as 3 opções (notificação, encaminha e atendimento interdisciplinar (Assistente Social).  
 Atendimento interdisciplinar (Nutricionista).  
 Notifica, às vezes, encaminha para a rede e atendimento interdisciplinar (Psicólogo).  
 Atendimento interdisciplinar (Profissional de Educação Física).

Diante desses registros percebe-se ser um desafio a apreensão da Ficha de Notificação como um instrumento de trabalho para todos os membros do NASF-AB. Deve-se destacar que a notificação de violência tem como objeto de notificação às populações vulneráveis, tais como crianças e adolescentes, pessoas idosas, mulheres para todos estes segmentos existe uma exigência legal, sendo a comunicação obrigatória por parte dos profissionais de saúde, educação, segurança, estabelecido por Leis, Estatutos e Portarias. Como o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), Lei nº 8069/ 1993; a lei nº 10.778/ 2003 violência contra mulher; o Estatuto da Pessoa Idosa, Lei nº 10. 741/ 2003. Vale ressaltar que esta exigência é fruto de movimentos sociais, que vão além destes citados, temos ainda a população LGBTQIA+ que é o centro desta pesquisa, como os segmentos quilombolas, indígenas, pessoas com deficiência (BRASIL, 2016).

Cabe aos profissionais que atuam com o fenômeno da violência aprenderem, bem como introjetarem em suas práticas, a importância do preenchimento da Ficha de Notificação e a sua relevância para a instituição de políticas públicas de enfrentamento às situações de violência. Entende-se que a Ficha de Notificação possibilita a inserção de dados no sistema e seu monitoramento, apresentando a realidade epidemiológica que poderá se converter em políticas públicas, e equipamentos de apoio às vítimas e suas famílias. A isso, possibilita traçar o perfil das vítimas e dos perpetradores, os locais de ocorrência, principais vítimas e idades com maior incidência e a possibilidade de levantar outros dados (RIBEIRO; SILVA, 2018).

Na equipe de enfermagem apenas um participante, entre quatro, informou não ter realizado as opções ofertadas, alegando o curto tempo de atuação na Estratégia, e ainda não ter tido este tipo de atendimento em sua demanda. Os demais já realizaram as três opções colocadas. A equipe médica é unânime em afirmar a realização das três etapas. Já o dentista referiu apenas realizar o atendimento interdisciplinar.

Pode-se observar que do total de 13 participantes, oito informaram que preenchem a Ficha de Notificação, três nunca atenderam casos de violência em geral, e um refere às vezes preencher. A equipe NASF-AB, que tem em sua proposta matriciar as equipes de saúde da família, foi a que apresentou relatos de não preenchimento da ficha. Já os profissionais pertencentes às equipes de saúde da família afirmaram preencher, com exceção de um enfermeiro (4) e do dentista que declararam nunca terem atendido. Haja vista a Ficha de Notificação de violência doméstica / intrafamiliar e autoprovocada ter sido inserida no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), desde 2009 pelo MS, e orienta o preenchimento compulsório nos casos de suspeita ou confirmação da violência pelos profissionais de saúde.

Ribeiro e Silva (2018) citam que a forma de gestão e organização do trabalho pode ser um favorecedor da fragmentação, pela divisão de tarefas por categoria e ocasionar em subnotificação. O que pode ser percebido na equipe do NASF-AB, quando divididos em eixos temáticos e por vinculação de afinidades por categorias, pode resultar na não compreensão da Ficha de Notificação para registro epidemiológico de violência e continuidade do cuidado. Assim, o NASF-AB como proposta de matriciamento e articulação em rede, é partícipe e deve se materializar no enfrentamento e combate às situações de violência através do apoio matricial que configura o suporte técnico, a assistência clínica compartilhada ou individual, e como dimensão pedagógica através das EPS (ALMEIDA; MEDINA, 2021).

Observa-se frente aos registros apresentados que notificar não é uma prática internalizada por todos os profissionais, quando na verdade a violência deveria fazer parte da

agenda de serviços. Esta observação está em consonância com os autores Ribeiro e Silva (2018) que constata evidências no descompasso entre o proposto por políticas públicas, que normatizam a obrigatoriedade do preenchimento da Ficha de Notificação compulsória nos casos de suspeita ou confirmação de violência seja preenchida pelos profissionais de saúde.

A partir do colocado pelos autores a equipe NASF-AB com o intuito de fomentar a importância e qualificar o preenchimento da Ficha de Notificação, realiza EPS continuamente com as equipes saúde da família durante as reuniões gerais, as reuniões de equipe ESF e NASF-AB quando é monitorada a planilha de violência, enviada pelo GAR às equipes ESF e NASF-AB para a discussão de casos e elaboração do PTS, e nas atividades coletivas de atendimento à comunidade.

Ainda neste viés, sobre o conhecimento da Ficha de Notificação, a maioria dos participantes da pesquisa informaram conhecer e usar todos os campos inseridos. Apenas dois entrevistados, um que pertence à equipe NASF-AB (fisioterapeuta), e o outro que pertence à equipe ESF (dentista) relataram não terem conhecimento de todos os campos.

O MS reconhece a questão de gênero e orientação sexual como marcadores de agravo à saúde e como determinante social da saúde, fazendo urgência que o SUS seja universal, integral e com equidade (DUARTE, 2018).

Em relação ao conhecimento sobre a rede intersetorial e a RAPs, o serviço social e a psicologia apresentaram conhecimento aprofundado acerca das redes, haja visto estas categorias estarem ligadas por afinidades à área deste segmento responsável pela intersetorialidade nos casos psicossocial e violência. Estes eixos são estabelecidos pela coordenação no nível central na SMS-RJ e seguido pelas áreas programáticas locais.

Neste segmento as categorias de serviço social e psicologia respondem juntamente pelo eixo temático psicossocial e prevenção da violência. De certa forma, espera-se também que o NASF-AB se matricie, isto é, que se faça educação permanente intra núcleo. Assim sendo, caso venha a ocorrer a ausência ou vacância de alguma categoria, as demais se tornem referências e acessem a linha de cuidado na CAP.

Constatou-se a partir da análise dos dados coletados no questionário que a equipe NASF-AB e, sua maioria referiu conhecimento sobre o manejo do protocolo e articulação em rede. O profissional de educação física relatou conhecimento médio da rede como transcrito de sua fala: “*conhecimento médio sobre os encaminhamentos e notificações intersetoriais*”.

Para as equipes de saúde da família de um modo geral, o acionamento da rede fica a cargo do NASF-AB:

Contato direto para a discussão de caso por telefone e através do NASF com a psicóloga e assistente social. (Enfermeiro 1).  
Conhecimento de forma razoável, a articulação com a rede é realizada a partir do acionamento do NASF. (Enfermeiro 3).  
Inicia a discussão com o NASF e este aciona a rede externa. (Médico 1) Apenas aciono a partir do NASF. (Médico 2).  
Conheço os serviços através do contato com os profissionais do NASF, não tenho um conhecimento aprofundado. (Médico 3).

Encontram-se ratificados no Caderno 39 a inferência que o NASF-AB favorece maior articulação da rede de serviços na rede de saúde e intersetorial. O apoio matricial, como o próprio nome diz, visa apoiar as equipes de saúde da família no suporte às resoluções e fomentar a integração entre redes (BRASIL, 2014).

Vale frisar que a premissa de interlocução com as redes de apoio não está restrita ao NASF-AB mesmo sendo este configurado para tal, mas também à relevante importância das equipes de Saúde da Família, que são referência no território a se comprometerem e realizarem esta interlocução entre as redes.

A rede fortalece o vínculo entre os serviços e equipamentos, o trabalho entre rede visa se complementar e criar estratégias de enfrentamento às situações de violência, por mecanismos como as reuniões de equipe, os eixos de discussões de saúde mental e da infância que conta com a participação do CAPS e CAPSI, ainda incluem outros equipamentos como o CREAS, o CRAS, a Educação, Defensoria Pública, as Instituições de Acolhimento, Conselhos Tutelar, Ongs, representantes da coordenação da área, como também representantes do nível central da secretaria. A rede de cuidado extrapola quando necessário os limites territoriais, estes equipamentos juntos e interligados geram mecanismo de proteção e enfrentamento às situações de violência (BRASIL, 2014).

Para Melo et al. (2018), a AB básica como coordenadora do cuidado tem por função a elaboração do PTS e organizar o fluxo da RAS, sendo o ponto articulador entre os níveis de atenção no que consiste a referência e contrarreferência. Porém, apesar de todo esforço implicado pela AB, falhas na comunicação ocorrem, e desta forma o NASF-AB, além de articulador entre as equipes de saúde da família também se torna referência na articulação inter e intrasetorial para discussão de casos que exigem uma intervenção multisetorial e multidisciplinar.

### 6.3 FATORES QUE FACILITAM OU DIFICULTAM A IDENTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA POPULAÇÃO LGBTQIA+

Foram identificados cinco fatores facilitadores por parte dos profissionais de saúde:

- 1) a escuta qualificada;
- 2) a utilização da Planilha de violência da CAP (instrumento norteador que consolida os casos de violência pertencentes à unidade);
- 3) a oferta de serviços em saúde integral;
- 4) a ocorrência dos Ciclos de Debate com o tema LGBTQIA+ para os profissionais da APS, na SMS-RJ; e
- 5) as diretrizes para a abrangência do cuidado à saúde da população LGBTQIA+ disponível na Carteira de Serviços da Atenção Primária- SMS-RJ.

Quanto à escuta qualificada, a equipe NASF-AB relatou que a realiza e sinalizou a importância em ter um olhar mais aprofundado para esta população nos quesitos relevantes ao direito ao sexo seguro. Alguns afirmaram que esta não é uma demanda representativa, e/ou, não identificada como uma frente de trabalho, mas, quando surge algum atendimento, oportuniza o debate e a sensibilização quanto ao preconceito. Nas palavras dos técnicos:

Sempre que eu posso eu debato sobre o assunto, né! Quando tem situações que os pacientes trazem, né! Eu falo sobre a questão do preconceito e tudo. Mas não é uma frente direta do meu trabalho. (Psicólogo).

Trabalhar com educação em saúde e conscientização. (Profissional de Educação Física).

A equipe de enfermagem declarou que a escuta qualificada contribui com o acolhimento, possibilitando apreender as dificuldades e necessidades apresentadas.

Um outro facilitador, relatado pela equipe de enfermagem, é a realização da busca ativa nos casos inseridos na planilha de violência da CAP, que é compartilhada entre as equipes ESF / NASF-AB. Esta planilha refere-se ao relatório consolidado dos casos de violência ocorridos no município do Rio de Janeiro e atendidos pelas unidades de saúde pública e privada e pelos equipamentos de assistência de atendimento à violência, como as Salas Lilás. As Fichas de Notificação são encaminhadas ao setor de vigilância em saúde, consolidadas nesta planilha e enviadas às equipes de saúde da família e ao NASF-AB para o monitoramento e acompanhamento dos usuários.

Sobre a oferta de serviços, a equipe de enfermagem referiu sobre a disponibilidade de testes rápidos, preservativos e dos demais serviços em saúde com a lógica da integralidade.

A equipe médica contribui com atendimento e orientações.

O dentista referiu não ter contribuição efetiva a esta população.

Patrocínio e colaboradores (2015) consideram a APS como modelo de tecnologia leve, de baixo custo e regionalizada, com a potencialidade de atuar em diversas linhas de cuidado.

Na SMS-RJ ocorrem ciclos de debates que reúnem diversos profissionais de todas as áreas de atuação e de todas as APs para a discussão ampliada sobre alguns segmentos da saúde, entre eles a população LGBTQIA+, sendo um facilitador para a identificação da violência para a AP 5.1 e todas as demais.

Um outro fator facilitador são as diretrizes para a abrangência do cuidado à saúde da população LGBTQIA+ disponível na Carteira de Serviços da Atenção Primária- SMS-RJ, que traz a categorização das ações elencadas como essenciais, estratégicas e ampliadas.

Segundo a SMS-RJ, a utilização da categorização se faz necessária pelo tamanho da rede, pela heterogeneidade das necessidades de saúde em cada local e pelas características dos profissionais que a compõem. Também permite uma estratégia de avaliação dos serviços de saúde, a definição dos critérios de seleção de profissionais e a proposição de um plano estruturado de educação em APS (SMS, 2021).

Quanto ao segmento da população LGBTQIA+, traz diretrizes que norteiam os profissionais que tenham:

Olhar diferenciado para populações invisibilizadas, os profissionais das unidades de Atenção Primária têm a responsabilidade de realizar abordagem com respeito à autodeclaração de identidade de gênero das pessoas, garantindo um olhar interseccional para populações vulnerabilizadas. No cotidiano das ações, é fundamental que os profissionais de saúde da APS compreendam que, além da boa prática clínica, a produção do cuidado em saúde envolve o compromisso com a redução das iniquidades sociais, que é indissociável da interação das pessoas dentro de suas relações sociais de gênero, raça e classe social. É fundamental advogar pelas pessoas que cuidamos e promover atenção integral à saúde de LGBTQIAP+, ... eliminando qualquer discriminação e o preconceito institucional nos encontros clínicos com pessoas, famílias e comunidades. Além disso, é importante considerar o território como espaço vivo e dinâmico, com potencial para transformar realidades e sensível à determinação social do processo saúde-doença, contribuindo para a redução das desigualdades e iniquidades em saúde, com vistas à consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. (SMS, 2021).

Quanto aos fatores dificultadores, foram identificados oito fatores:

- 1) a não identificação da violência Lgbtfóbica como demanda representativa;
- 2) a dificuldade na abordagem do acolhimento;
- 3) o preconceito dos profissionais em relação à população LGBTQIA+;

- 4) a não utilização dos quesitos de identidade, orientação e nome social;
- 5) a fila de espera longa para os procedimentos de hormonoterapia, redesignação sexual e mastectomia no nível secundário;
- 6) o desconhecimento acerca das políticas públicas de saúde para a população LGBTQIA+;
- 7) a dificuldade do profissional de identificar essa população, diante de sua identidade de gênero e orientação sexual; e
- 8) a baixa qualificação profissional para a assistência específica às demandas LGBTQIA+.

Quanto a não identificar a violência Lgbtfóbica como demanda representativa, apenas um profissional do NASF, o psicólogo, relatou já ter realizado atendimento de violência Lgbtfóbica: “eu atendo violência Lgbtfóbicas, mas não é com tanta frequência. A demanda que chega ainda é muito pouca”. (Psicólogo).

Entre as equipes de enfermagem e de médicos de saúde da família, três relataram ter atendido casos de violência Lgbtfóbicas. Neste aspecto, Silveira e colaboradores (2022) consideram que as unidades básicas têm a premissa da realização dos primeiros atendimentos, por estarem no território de moradia dos usuários. A APS possui profissionais articulados e pautados no conhecimento técnico e prático, mostrando potencial para a abordagem nas situações de violência e para o reconhecimento da violência para que não resulte na sua subnotificação como no descrito a seguir:

... as redes de atenção à saúde são fundamentais no que diz respeito à promoção da saúde, já que os profissionais que a compõem se mostram à dianteira nos mais diferentes casos que lhe surgem, a exemplo dos casos de violência. Isso porque sua atuação é decisiva e, dependendo da sua adequação e qualidade, podem contribuir para a prevenção, atenção e desenvolvimento de estudos acerca do problema. (SILVEIRA et al, 2022).

Outro fator considerado foi a dificuldade na abordagem ao acolhimento. Alguns profissionais sentem constrangimento ao realizar perguntas que envolvam os marcadores de gênero e orientação sexual, como citado pelo enfermeiro: “Por vergonha e desconhecimento de muitos em preencher a ficha do cadastro e na ficha do atendimento, no prontuário eletrônico do Cidadão (PEC) que solicita informações como: nome social”. (Enfermeiro).

Neste sentido, a PNSILGBTT determinou a alteração no Sistema de Informação em Saúde para a AB – SISAB (e-SUS AB). A partir da versão 1.3.0, a Ficha de Cadastro Individual conta com um campo para o nome social no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), como

também nas abas de atendimento informações sobre a orientação sexual. Estes dados vão além de meros aspectos informativos, mas se contextualizam em conquistas da população LGBTQIA+, pois ter dados implica em políticas públicas mais eficazes, focadas em suas necessidades (DUARTE, 2018).

O profissional de enfermagem (3) descreve o seguinte relato: “Uma população estigmatizada sofre culturalmente por conta de suas questões e reflete no serviço de saúde. Por mais que haja um avanço, por causa da demanda do atendimento, o ritmo de produção, estraga a qualidade do serviço”. (Profissional de enfermagem). A fala de um dos participantes da equipe de enfermagem (3) contextualiza os estigmas e rótulos direcionados a esta população.

Existe também a justificativa de uma sobrecarga por excesso de demanda, sinalizada como um obstáculo a uma assistência de qualidade, como visto na fala de um dos médicos: “Geral têm dificuldades, a dificuldade em abordar, oferecer os serviços e orientar sobre direitos” (Médico 2).

Uma abordagem especializada torna o acolhimento uma prática ética, pois é no acolhimento que se faz a alquimia, a troca de forma empática entre usuário e profissional de forma horizontal e humanizada, como norteado pela Carta dos Direitos dos Usuários em 2009.

Outro fator que surgiu como dificultador foi o preconceito dos profissionais em relação à população LGBTQIA+, que predominou em diversas respostas. O preconceito foi citado seis vezes, seguida da discriminação e do acolhimento. Para a equipe NASF-AB a população sente medo de ser vítima de preconceito, como no relato do fisioterapeuta (*“medo de sofrer preconceito”*); na fala do nutricionista (*“dificuldade no acesso e no acolhimento, mentalidade julgadora de muitos profissionais”*), e ratificado na fala do profissional de educação física (*“medo de sofrer preconceito”*).

O preconceito, profissionais não sabem conduzir o atendimento por seus juízos de valores. (Médico 1).

Ainda existe preconceito dos próprios funcionários da área, que acabam expondo os pacientes, além de ambulatórios de referências superlotadas, com filas que demoram anos e retardam o acompanhamento. (Médico 3).

Santos (2019) evidencia que a orientação heteronormativa compulsória é um fator determinante na dificuldade de acesso à atenção à saúde e contribuiu para internalização da discriminação e preconceito por parte dos profissionais em saúde. Em consonância com a Política Nacional de Saúde Integral LGBTT, destaca a identidade de gênero e orientação sexual como determinantes sociais de saúde, como também todas as formas de discriminação

por homofobia que a lei compreende a lesbofobia, transfobia e travestifobia, que devem ser consideradas determinação social de sofrimento e de doença (BRASIL, 2013).

Como outro dificultador foi identificada a não utilização dos quesitos de identidade de gênero, orientação sexual e nome social. Um profissional do NASF-AB, o fisioterapeuta, declarou: “não utilizo os quesitos”. Por outro lado, o enfermeiro (1) citou: “sim, quando caracterizado na pessoa”. Lazari (2015) infere em sua análise que as desigualdades ainda existem no serviço de saúde, principalmente no que tange a utilização do nome social, abrangendo ainda os marcadores de gênero e orientação sexual.

Observa-se no cotidiano do serviço o constrangimento do profissional de saúde em abordar e utilizar o nome social do usuário. Por mais que existam leis que garantam a promoção e a proteção à saúde, elas não são efetivadas no dia a dia por alguns profissionais de saúde.

Perante o relato de um participante da equipe de enfermagem (1) que citou: “sim, quando caracterizado na pessoa”, ele pode identificar a pluralidade sexual e de gênero no usuário que performa a identidade, porém, as pessoas LGBTQIA+ que não expressam a identidade, nem a orientação em comportamentos estereotipados, estes então, passam despercebidas pelos serviços (SANTOS, 2019).

Diante da importância que estes marcadores representam na qualidade de vida desta população, ter sua orientação e identidade de gênero levantados no momento do cadastro e preenchidos no sistema de informação é um direito e um dever do profissional de saúde fazê-lo. Um profissional da equipe NASF-AB apresentou a seguinte resposta:

Utilizo sim, os quesitos de gênero, orientação sexual e nome social. Eu sempre procuro perguntar se tem algum nome social e qual é. Oriento que pode ser colocado no sistema da clínica. Pergunto também se é binário ou não binário. Se tem a questão do artigo preferencial.

Com este objetivo, em 2014, o MS emite a Nota Técnica nº 18 orientando gestores e operadores do sistema de cadastramentos que a informação do nome social deve constar no cartão do SUS, amparado no Decreto nº 8.727/16, que dispõe sobre a obrigatoriedade do nome social no âmbito da administração pública federal direta e indireta, autarquias e fundação.

Ainda, como fator dificultador, encontra-se a manutenção da integralidade, quando temos a longa fila de espera por procedimentos de hormonização através do Ambulatório de saúde trans, no qual será direcionado a assistência para a redesignação sexual e mastectomia em nível secundário.

Lionço (2009) afirma que, sob o ponto vista médico, ao se tratar destes procedimentos, a pessoa trans pertencente a um determinado gênero (masculino/feminino), encontra-se em

dissidência com o sexo biológico atribuído ao nascer, busca na tratativa terapêutica de redesignação sexual, adequar-se sexo identificado.

O mesmo profissional acima citado referiu problemas de referenciamento para alguns procedimentos e que ainda não é de conhecimento dos profissionais a regulação:

Eu acredito que a dificuldade em atendimento em saúde é que a gente ainda não tem muito recurso, por exemplo para a hormonização, a gente ainda não consegue escoar essa demanda. Tem uma fila muito grande para os locais que fazem esse procedimento, a maioria dos médicos das unidades não sabem, não tem conhecimento, não fazem. Eu acredito que a gente não consegue ofertar dentro das necessidades deste público, entende, as questões relacionadas à saúde de uma forma de fato integral.

Na fala acima apresentada, se faz necessário discutir sobre princípios e diretrizes do SUS quando representada a falta de acesso, da integralidade e da longitudinalidade ao nos referirmos à fila de espera para estes procedimentos. A expectativa para o primeiro atendimento está em torno de dois a três anos. Dar a resolubilidade para o escoamento das demandas referente a estes procedimentos, haja vista terem se tornado o grande gargalo e, entrave para o nível secundário atender em sua totalidade.

Atualmente, a regulação destes procedimentos faz a população LGBTQIA+ ser direcionada para o Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE), e mais recentemente, em 2022, para o Hospital Universitário Pedro Ernesto, são os locais de referência via SER, no estado do Rio de Janeiro.

Lionço (2009) já sinalizava que era inegável o avanço conquistado, que representa e legitima os direitos sexuais da população transexual, mas urge por parte do poder público criar estratégias para acelerar o andamento da fila e multiplicar novos locais que possam atender à demanda atualmente engessada dessa população no que tange adequar-se ao corpo no qual se identifica.

Como dificultador também foi identificado o desconhecimento dos profissionais acerca das políticas públicas de saúde para este segmento. Alguns dos entrevistados se referiram à ausência de políticas públicas de saúde e se mostraram surpresos ao saber da existência dessas normativas.

Como referido por um dos participantes do NASF-AB:

Acredito que seja pelo fato da gente não ter tantas políticas, direcionadas de fato para este público em relação à saúde, né? A gente ainda precisa avançar muita coisa e acredito, também, que possa ter alguma coisa aos próprios LGBTQIA+ no sentido de é ter receio do preconceito, acho que é isso.

Fatores como desconhecimento das leis agudizam o preconceito e a discriminação e acabam por limitar o acesso dessa população aos serviços de saúde. Guimarães (et al, 2020), em pesquisa realizada com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, em um município da região sudeste do Brasil, relatam que, quando questionados aos profissionais de saúde a respeito da PNSILGBTT e como estes classificavam seu conhecimento sobre a política, 70% classificaram como conhecimentos nulos, que corroboram com os achados deste estudo.

Outro fator é a dificuldade do profissional em identificar essa população.

Dois participantes afirmaram haver uma limitação do profissional nesta identificação, como vemos no relato de um participante da equipe de enfermagem (3), que converge com a resposta do profissional dentista quando relatou a dificuldade de identificação desta população quanto a sua identidade de gênero e orientação sexual: “Não acho que haja uma baixa inserção aos serviços, o que acho que há uma dificuldade do profissional ao identificar a população diante de sua identidade de gênero e orientação sexual” (enfermeiro 3).

Dois entrevistados destacam a dificuldade do profissional em identificar a população frente à sua identidade de gênero e orientação sexual, ou o contraposto, quando ocorrem situações de Lgbtfobia institucional, ao narrarem a ocorrência de atendimento recusado por causa da orientação sexual e de gênero.

A equipe médica apresenta relatos de episódios vividos por esta população, como a recusa profissional: “Recebo pacientes que relatam que foram maltratados e tiveram seus atendimentos recusados por causa da orientação sexual, e que sofrem preconceitos pela sua performance” (Médico 1).

Santos (2019) expõe a diferença entre as pessoas cis-heterossexuais e a população LGBTQIA+. Segundo os autores, esses precisam assumir publicamente, afirmando-se em suas orientações sexuais e identidades de gênero, tanto para si quanto para sua família, amigos, colegas de trabalho, em todos os contextos que estiverem inseridos a sua dissidência. Ao mesmo tempo, enfrentam a heteronormatividade compulsória, endógena numa sociedade machista, sexista e misógina, em que os papéis são estabelecidos a partir do nascimento pelo sexo biológico.

Como último fator dificultador foi ressaltado a baixa qualificação profissional.

O profissional de Educação Física relatou o “despreparo profissional em acolher e o preconceito”. Guimarães (et al, 2020) destacou em sua pesquisa que os profissionais têm dificuldades em distinguir o conceito orientação sexual do conceito identidade de gênero. Durante o trabalho de campo foi possível observar a dificuldade de alguns profissionais na

compreensão de alguns conceitos vinculados à temática LGBTQIA+, como o entendimento do termo gênero, orientação sexual e identidade.

## **7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esta dissertação teve como objetivo analisar a percepção dos profissionais de saúde acerca do processo de notificação de violência, incluindo os fatores que facilitam ou dificultam a identificação da violência da população LGBTQIA+. Buscou problematizar como as ações de EPS promovidas pelo NASF-AB poderiam aprimorar as ações dos profissionais e favorecer a identificação das situações de violência contra a população LGBTQIA+ e o preenchimento da Ficha de Notificação.

Sendo assim, foi possível perceber, a partir da pesquisa realizada junto aos profissionais de saúde de nível superior da ESF e do NASF-AB, que a questão da violência na população LGBTQIA+ ainda é velada para alguns profissionais, seja pela dificuldade de não perceberem as suas consequências no usuário durante a assistência, ou ao assistirem uma situação de violência, não a identificarem. Para alguns profissionais, a violência ainda não representa uma demanda relacionada às suas atribuições. Sendo assim, observou-se que notificar não é uma prática totalmente internalizada pelos profissionais de saúde.

A temática da violência cabe à transversalidade, isto é, um trabalho multiprofissional e interdisciplinar. As equipes ESF e NASF-AB se tornam corresponsáveis pela vigilância em saúde junto às famílias adstritas. No que se refere ao ato de notificar a violência, cabe o entendimento que ao notificar, se amplia o cuidado e se estabelece a rede, ratificando alguns dos atributos da APS, como a coordenação do cuidado e a longitudinalidade.

Referente à assistência à população LGBTQIA+, foram achados fatores que facilitam ou dificultam a identificação de violência pelos profissionais. Foi possível identificar que o conhecimento sobre o protocolo de atendimento, o acolhimento multidisciplinar e o encaminhamento à rede intersetorial apresentavam-se como claros entre os profissionais. Porém, não foi unânime a prática do procedimento em sua totalidade.

Alguns realizavam os atendimentos interdisciplinares, outros o acolhimento e, em sua maioria a articulação entre redes ficava a cargo do NASF-AB, principalmente com os profissionais assistente social e psicologia, em função da afinidade temática profissional, e ratificada pelo eixo psicossocial e de prevenção das violências. A partir deste eixo, busca-se intensificar o debate sobre as formas de prevenção da violência, o preenchimento da Ficha de

Notificação e a utilização dos requisitos que determinam a orientação sexual, a identidade de gênero e a motivação da violência, a partir das ações da EPS.

O NASF-AB, apesar de sua potência junto à ESF, no que se refere à informação e formação dos profissionais para este tema em relação à população LGBTQIA+, representado como objeto de notificação, não explora suficientemente as ações de EPS. Estas poderiam dinamizar e aprimorar as ações profissionais que levem à identificação das situações de violência, o acolhimento, o trabalho intersetorial e a manutenção do cuidado.

Como limitações deste estudo, é importante destacar que realizar um mestrado profissional trabalhando ativamente na ponta do serviço foi algo desafiador, pois dificultou em alguns momentos a dedicação necessária. Como dificultadores, a realização do trabalho de campo no período pandêmico, devido à sobrecarga dos profissionais de saúde, inclusive dos setores de vigilância da SMS-RJ, o que impossibilitou uma maior troca de informações.

Destaco como desafio a vivência acadêmica, sobretudo minha trajetória em um ensino público fragilizado, apesar do meu esforço em responder as exigências acadêmicas, foi uma tarefa árdua. Contudo, me posiciono num lugar de resistência, fazendo história para que outras mulheres da favela possam ir além donde eu consegui chegar.

## 8. RECOMENDAÇÕES

Nesta seção são sugeridas algumas recomendações de iniciativas que possam servir para novas pesquisas ou ações positivas ao enfrentamento da violência Lgbtfóbica e sua notificação.

Faz-se necessário refletir, analisar, reforçar e cobrar do Estado leis de combate e de enfrentamento à Lgbtfobia. Para legitimar direitos e acesso é preciso desenvolver atividades de implantação de captação e monitoramento de dados para a avaliação sociodemográfica pelos profissionais que estão na linha de frente, estimulando o registro qualificado dos quesitos de orientação sexual, identidade de gênero e motivação da violência por Lgbtfobia nas fichas de Notificação de violência e nos prontuários, como dados obrigatórios.

Outra recomendação baseia-se em buscar a qualificação profissional, sendo importante dar continuidade às pesquisas sobre a temática da violência e seus desdobramentos sobre a Ficha de Notificação como estratégia para dirimir a subnotificação, e oportunizar a assistência do cuidado integral para à população. Ainda, poder-se-ia inserir esta temática nos currículos dos cursos de graduação da área da saúde.

Cabe também, como indicação, ações de EPS para os colaboradores atuantes na APS em torno da população LGBTQIA+. Estas visariam sensibilizar os profissionais acerca das especificidades deste grupo, com ações assistenciais livres de estigmas e rótulos, para além do binarismo IST's / AIDS, ademais, ofertar a assistência integral voltada à eliminação do preconceito da população por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território.

Ao final do processo de qualificação, a unidade de saúde que qualificou os profissionais poderia receber o título de "Unidade amiga da população LGBTQIA +". Isto permitiria dar visibilidade a esta população, inserindo-a em todas as atividades ofertadas na APS, sendo usuários transversais a todas as linhas de cuidado, podendo garantir a longitudinalidade do cuidado. Ao mesmo tempo, valorizaria a própria unidade de saúde e seus profissionais

Outra incitação seria tornar a assistência à violência transversal às demais categorias profissionais inseridas no NASF-AB, com aplicação de EPS, fóruns, seminários, e discussão da linha de cuidado intra núcleo.

Também se sugere a formação de grupos de educação em saúde com a população LGBTQIA+ adstrita ao território para atividades de compartilhamento de informações sobre direitos sociais, controle social, entre outros temas de interesse.

Outro aspecto a ser recomendado é a atenção à utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) como prática de um registro clínico consolidado. A importância da completude cadastral com o reconhecimento dos marcadores de gênero e de orientação sexual como determinantes e condicionantes de saúde se fazem necessários para a condução do monitoramento, avaliação e desenvolvimento no cuidado.

Como também os desdobramentos ocorrentes à saúde dos usuários em transgêneros, transexuais e as travestis, no tocante à realização de ultrassonografias que, atualmente no PEC, não são permitidas por causa da opção de gênero masculino, não respeitando as especificidades da transição de gênero. Adiciona-se ainda, a impossibilidade da completude cadastral ao que tange ao registro civil, quando no registro civil de um/a filho (a) a informação de duas mães ou dois pais no PEC atual só aceita a informação de um pai e uma mãe.

Além disso, inclusive seria interessante criar um grupo temático intersetorial (saúde, assistência social e educação e sociedade civil) entre os níveis primário e secundário, para equacionar questões como a acessibilidade entre os serviços de saúde primário e secundário como o ambulatório de saúde trans, e os procedimentos ofertados como a hormonização, redesignação sexual, mastectomia entre outros.

Dessa forma, materializar-se-ia o fluxo do processo transexualizador entre os níveis, tais como quais os exames necessários no momento do cadastro e o acompanhamento multiprofissional do usuário que se encontra na fila de espera do SER.

A sugestão para a criação deste grupo temático encontra-se em conformidade com a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, no artigo 6º, quando infere as competências municipais, no que tange a articulação com outros setores de políticas sociais, incluindo instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de melhoria das condições de vida da população LGBT.

## REFERÊNCIAS

ACCOUNTABILITY. **Seminário de Gestão Accountability**. CF Antônio Gonçalves, agosto de 2022.

ALMEIDA. Erika Rodrigues de; MEDINA. Maria Guadalupe. A gênese do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na agenda da atenção primária à saúde brasileira. *In: CAD. SAÚDE PÚBLICA*. Fundação Carlos Chagas, Rio de Janeiro, 2021.

ALMEIDA. Guilherme Silva de. Diversidade de gênero, violência e a importância de uma compreensão ampliada do tema. *In: Anais do XVI ENPESS*, 2016.

BARBOSA, Julia Saraiva de Almeida Barbosa; CRUZ. Marly Marques da; ESPOSTI, Carolina Dutra Degli; FERREIRA Lorena. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *In: SAÚDE DEBATE*, Rio de Janeiro, V. 43, nº 120, 2019.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, 1992.

BENTO. Berenice Alves de Melo. **O que é Transexualidade**. (Coleção Primeiros Passos). 2ª edição São Paulo; Brasiliense, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. **RESOLUÇÃO Nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. **Código Civil**. Lei nº 10406, de 2002.

BRASIL. **12ª Conferência Nacional de Saúde**: Conferência Sérgio Arouca: Brasília, 07 a 11 de dezembro de 2003: Relatório Final/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde- Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Brasil Sem Homofobia**: Programa de Combate à violência e a discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Conselho Nacional de Combate à Discriminação/ Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/01**. Publicada no DOU nº 96, seção 1E de 18/05/01. Ministério da Saúde, Secretaria em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. **Impactos da violência na Saúde dos brasileiros**. Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância em Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Lei Maria da Penha**. Lei 11.340 de 07 de agosto de 2006.

BRASIL. **13ª Conferência Nacional de Saúde**. "Saúde e qualidade de vida: política de Estado e desenvolvimento". Brasília (DF), de 14 a 18 de novembro de 2007.

BRASIL. **Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Diretrizes do NASF:** Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Direitos Humanos:** Percepções da Opinião Pública: análises de pesquisa nacional / organização Gustavo Venturi Secretaria de Direitos Humanos. Presidência da República. Brasília, 2010.

BRASIL. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.** Estabelece que o NASF 1 esteja vinculado no mínimo a oito equipes de saúde da família e no máximo a 15 equipes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Portaria nº 104, 25 de janeiro de 2011.** Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **RESOLUÇÃO Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. **Decreto nº 35816 de 28 de junho de 2012.** Estabelece a atuação da Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual para inclusão de medidas de conscientização, prevenção e combate à violência motivada pela homofobia. Brasília, 2012.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.** Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Portaria nº 766/2013.** Cria, no âmbito da Secretaria de Direitos Humanos, o Sistema Nacional LGBT e atribui-lhe as funções de incentivar e apoiar a instalação de Conselhos e coordenadorias LGBT nos âmbitos Estadual, Distrital e Municipal. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Nota Técnica nº 18/2014.**, Orienta gestores e operadores do sistema de cadastramentos que a informação do nome social deve constar no cartão do SUS. Ministério da Saúde. Brasília, 2014.

BRASIL. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1271 de 06 de junho de 2014.** Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **VIVA:** Instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. 2ª ed. Brasília - DF, 2015.

BRASIL. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.** Brasília, 2005. BRASIL. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Brasília, 2015.

BRASIL. **Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência.** Brasília, 2015.

BRASIL. **Norma técnica atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios.** Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Secretaria de Políticas para as Mulheres/PR. 1ª ed. Brasil, 2015.

BRASIL. **VIVA: Instrutivo - Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília - DF, 2015.

BRASIL. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016.** Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. **Relatório de Violência Homofóbica no Brasil: ano 2013.** Secretaria Especial de Direitos Humanos, Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Brasília de 2016.

BRASIL. **RESOLUÇÃO nº 510, de 07 de abril de 2016.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasília, 2016.

BRASIL. **VIVA: instrutivo de violência interpessoal e autoprovocada/** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, - 2. Ed. – Brasília, Ministério da saúde, 2016.

BRASIL. **Decreto nº 8.727/16.** Dispõe sobre a obrigatoriedade do nome social no âmbito da administração pública federal direta e indireta, autarquias e fundação. Brasília, 2016.

BRASIL. **VIVA: Instrutivo de notificação de violência.** 2ª edição. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Brasília, 2016.

BRASIL. **Ministério Público e os direitos de LGBT: conceitos e legislação.** Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, Ministério Público do Estado do Ceará. – Brasília: MPF, 2017.

BRASIL. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 02, de 28 de setembro de 2017.** LGBT: adequação dos sistemas de informação em saúde. Ministério da Saúde Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social Coordenação Geral de Apoio ao Controle Social, à Educação Popular em Saúde e às Políticas de Equidade do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **RESOLUÇÃO nº 580, de 22 de março de 2018.** Regulamenta o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências. Brasília, 2018.

BRASIL. **Lei no 11.340, de 03 de abril de 2018**. Altera a Lei 11.340 (Lei Maria da Penha), para tipificar o crime de descumprimento de medidas protetivas de urgência. Brasília, 2018.

BRASIL. **Nota Técnica Nº 3/2020**. Define o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2020.

CAETANO Nadir. HENRIQUE; RIOS, Roger Raupp; MACHADO. Paula Sandrine. Diversidade Sexual: políticas e igualdade de direitos. *In: ATHENA DIGITAL. REVISTA DE PENSAMENTO E INVESTIGACION SOCIAL*, vol. 12, num. 3, noviembre, 2012.

CARDOSO, Michelle Rodrigues; FERRO, Luís Felipe. Saúde e População LGBT: Demandas em Questão. *In: PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO*. 2012.

DAHLBERG. Linda L. KRUG. Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. *In: CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA*, 2007.

**Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH)**. Genebra, 10 de dezembro de 1948.

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

BENEVIDES, Bruna G. (Org). **Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021**. Brasília: Distrito Drag, ANTRA, 2022

DUARTE. Marco José de Oliveira. Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania LGBT em cena. *In: TEMPORALIS*. Brasília, ano 2014. n. 27. jan. / jun 2014.

DUARTE, Marco José de Oliveira. Violência, Saúde e Direitos LGBT: análise crítica sobre itinerários e percursos. *In: Anais do ENPESS*, 2018.

FACCHINI. Regina. Movimento homossexual no Brasil: recompondo um histórico. *In: CADERNOS AEL*. v.10, n 18/19, Campinas, 2003.

FERREIRA, Breno de Oliveira; PEDROSA, José Ivo dos Santos; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do. Diversidade de Gênero e Acesso ao Sistema Único de Saúde. *In: REVISTA BRASILEIRA EM PROMOÇÃO DA SAÚDE*, 2017.

GOMES, Elaine Christine de Souza. **Conceitos e ferramentas da epidemiologia**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2015.

GONÇALVES Hebe Signorini, Ferreira Ana. Lúcia. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *In: CAD. SAÚDE PÚBLICA*. 18: 315-19. Fundação Carlos Chagas, Rio de Janeiro, 2002;

GUIMARÃES, Nilo Plantiko. SOTERO, Rafaela Lírio. COLA, João Paulo. ANTONIO Suzana. GALAVOTE, Heletícia Seabelo. Avaliação da Implementação da Política Nacional Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil. *In: RECILIS – REV ELETRON INF INOV SAÚDE*, 2020.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 17.ed. São Paulo: Cortez, 2005.

INTER-AMERICAN COMMISSION ON RIGHTS. **Violência contra pessoas lésbicas, gays, bissexuais, trans e Intersexo nas Américas**. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. 2015.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre Identidade de Gênero: Conceitos e Termos**. Guia Técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais Transgêneros, para formadores de opinião. 2ª Edição - revista e ampliada. Brasília. Dezembro, 2012.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Homofobia: identificar e prevenir**. Editora Lea Carvalho - 2. ed. -Rio de Janeiro: Metanoia, 2015.

LAZARI, Alan Henrique de; SILVA, Marcelo da; OKAMOTO, Alex Rodrigo de Cerqueira; VIEIRA, Tereza Rodrigues; DACESARO, Maria da Neves; OLIVEIRA, Magda Lucia Felix de. Políticas Públicas para LGBT: nome social em foco. *In: IXEPCC – ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA UNICELULAR VC*. Novembro, 2015.

LESSA, Jordhan. **Quem somos?** 2018.

\_\_\_\_\_. O preconceito está matando meu irmão. Publicado originalmente em 28 de setembro de 2022. *In: Instagram: @jordhanlessa*. Disponível em: <https://www.instagram>. Acesso em 28 set. 2022.

LIMA, Jeanne de Souza. **Análise da implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro**. 2012.

LIONÇO, Tatiana. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transsexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *In: PHYSIS REVISTA DE SAÚDE COLETIVA*, Rio de Janeiro, 2009.

MENDES, Áquilas; MELO, Marina Alves; CARNUT, Leonardo. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *In: CADERNO SAÚDE PÚBLICA*. Fundação Carlos Chagas. Rio de Janeiro, 2022.

MELO, Eduardo Alves. SILVA, Atila Mendes da. LIMEIRA, Rosana. Dez anos dos Núcleos de Apoio da Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. *In: SAÚDE DEBATE*. Rio de Janeiro. V 42. Número especial, setembro de 2018.

MINAYO. Maria Cecília de Souza. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2006.

\_\_\_\_\_; SOUZA, Edinilsa. Ramos de. **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva**. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, IV (3): 513-531, nov. 1997-fev. 1998.

\_\_\_\_\_. MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. (Orgs.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29. ed- Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MOROSINI, Maria Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *In: SAÚDE DEBATE*. Rio de Janeiro. V. 42, nº 116, jan-mar, 2018.

NETTO, José Paulo. 1947. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 8. ed. - São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_ **Ditadura do Serviço Social: Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64.** 16ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

OLIVEIRA, José Marcelo Domingos de; MOTT, Luiz (Orgs). **Mortes violentas de LGBTQ+ no Brasil:** relatório 2021 1. ed. Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia, 2022.

OLIVEIRA, Maria Helena Barros; VIANNA, Marcos Bissieriam Vieira, SCHÜTZ, Gabriel Eduardo; TELLES, Nair; FERREIRA, Aldo Pacheco. Direitos Humanos, justiça e saúde: reflexões e possibilidades. *In: Saúde Debate.* V. 43, 2019.

OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Direitos Humanos e Saúde: reflexões e possibilidades de intervenção / Maria Helena Barros de Oliveira, Nair Teles e Rubens Roberto Rebelo Casara – Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2021.

OMS. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde.** Organização Mundial de Saúde, 2002.

OPAS. **Resolución XIX:** Violência y Salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington: Opas: 1993.

OPAS. **Salud y Violência:** Plan de Accion Regional. Organización Panamericana de la Salud. Washington: Opas: 1994.

PATROCÍNIO, Shirley Soares da Silva; MACHADO, Cristiani Vieira; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. *In: SAÚDE DEBATE.* Rio de Janeiro, v 39. 2015.

PEREIRA, Edson Oliveira; FERREIRA, Breno de Oliveira; AMARAL, Gabriella Sorgatto do; CARDOSO, Camila Vital; LORENZO, Cláudio Fortes Garcia. Unidades Básicas de Saúde em Teresina-PI e o acesso da população LGBTQ: o que pensam os médicos? *In: TEMPUS, ACTAS DE SAÚDE COLET.* Brasília, 2017.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

PINTO, Isabella Vitral; ANDRADE, Silvana Suely de Araújo; RODRIGUES, Leandra Lofego; SANTOS, Maria Aline Siqueira; MARINHO, Marina Melo Arruda; BENÍCIO, Luana Andrade; CORREIA, Renata de Barros. POLIDORO, Mauricio; CANAVESE, Daniel. Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. *In: Revista Brasileira de Epidemiologia.* n. 23, 2020.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2009. 172p.

**Princípios de Yogyakarta:** princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Tradução Jones de Freitas. Jul. 2007. Disponível em: &lt;[http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/gays/principios\\_de\\_yogyakarta.pdf](http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/gays/principios_de_yogyakarta.pdf)&gt;. Acesso em 10 jul. 2022.

**RELATÓRIO Anual de Assassinatos de Homossexuais no Brasil relativo a 2014.** GGB. 2014.

**RELATÓRIO Anual de Assassinatos de Homossexuais no Brasil relativo a 2015.** GGB. 2015.

RIBEIRO, Rivelino Ubirajara Pontes; SILVA, André Luís da. Notificação Compulsória de violência Na Atenção Básica à Saúde: O que dizem os Profissionais? *In: REVISTA DO LABORATÓRIO DA VIOLÊNCIA DA UNESP/MARÍLIA*. Edição 21 – maio / 2018.

RIOS, Roger Raupp; PIOVESAN, Flávia. A discriminação por Orientação Sexual. *In: Anais do Seminário Internacional- As minorias e o direito*. Brasília (Série Cadernos do CEJ, v. 24).2001,

SANTOS, Juliana. Spinula dos.; SILVA, Rodrigo Nogueira; FERREIRA, Marcia de Assunção. **Enfermagem, População LGBTI+ e a Atenção Primária**. Escola Anna Nery, 2019.

SCOTT, Joan. **Gender on the Politics of History**. New York: Columbia University Press, 1988.

SILVEIRA, Natália Osório; TRINDADE, Carolina Sturm; BONAMIGO, Andrea Wander; SILVA, Helena Terezinha Hubert. *In: REVISTA SAÚDE EM REDES*. 2021.

SOARES, Marcelo Luiz Medeiros; GUIMARÃES, Natália Guedes Miguel; BONFADA, Diego. Tendência, espacialização e circunstâncias associadas às violências contra populações vulneráveis no Brasil, entre 2009 e 2017. *In: REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA*, 2021.

KRUG, Etienne G; DAHLBERG, Linda L.; MERCY, James A.; ZWI, Anthony B.; LOZANO, Rafael. **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002.

STECKLER AB; MCLEROY. kenneth; GOODMAN, Robert M; BIRD, Sheryl T. **Toward Integrating Qualitative and Quantitative Methods: An Introduction** .; 19; 1 McCormick, Health Educ Behav 1992. OI: 10.1177/109019819201900101.

UNGER. J.P.; KILLINGSWORTH, J. R. Selective primary health care: a critical view of methods and results. *In: SOCIAL SCIENCES AND. MEDICINE*. 1986.

SES-RJ. **PANORAMA DAS EQUIPES DE NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**. Secretaria Estadual de Saúde. Rio de Janeiro. Fevereiro, 2021.

SMU-RJ. **Índice de Desenvolvimento Social - IDS: comparando as realidades microurbanas da cidade do Rio de Janeiro Nº 20080401**. Secretaria Municipal de Urbanismo. Rio de Janeiro, abril - 2008.

SMS-RJ. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**. PMS - 2014-2017. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. 2013.

SMS-RJ. **Infográfico da Diversidade - SINAN, 2022**. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde Carteira de serviços da atenção primária: abrangência do cuidado / Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde; [organização] Superintendência de Atenção Primária. -- 3. ed. rev. atual. E aum. -- Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2021.

SMS-RJ. **Resolução 1.507, 20 de outubro de 2009**. Regulamenta o Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2009.

SMS-RJ. **Carteira de serviços da atenção primária: abrangência do cuidado**. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde; [organização]

Superintendência de Atenção Primária. -- 3. ed. rev. atual. e aum. -- Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2021.

SMSDC-RJ. **Guia de Referência Rápida**. Carteira de Serviços: Relação de Serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - Rio de Janeiro: SMSDC. Rio de Janeiro, 2011.

SMS-RJ. **Monitor violência interpessoal/ autoprovocada sinan**. S/SUBPAV/SVS/CVE/GVDANT. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Referência Maio 2022.

SMS-RJ. **Seminário de Gestão**. Accountability. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2022.

STF. **Mandado de Injunção nº 4733**. Relator Ministro Edson Fachin, 13 de junho de 2019. Brasília, 2019.

## APÊNDICE 01

### Roteiro de Entrevista

#### 1- Identificação Nome:

Identidade de Gênero:

Profissão:

Tempo de Serviço:

#### 2- Conhecimento do protocolo

1) O que você conhece sobre o protocolo de acolhimento dos casos de violência?

2) O que você faz quando identifica um caso de violência?

( ) notifica

( ) encaminha para a rede intra e intersetorial

( ) atendimento interdisciplinar

3) Quando você atende a um caso de violência você preenche o SINAN?

4) Conhece todos os campos da ficha do SINAN?

#### 5- Conhecimento sobre a rede

5.1) Descreva o quanto você conhece sobre a utilização da rede intersetorial?

#### 6- Manutenção do cuidado:

6.1 Qual sua contribuição para o enfrentamento às situações de violência na população LGBTQIA +?

#### 7- População LGBTQIA+

7.1) Acolhe casos de Violência Lgbtfóbica?

7.2) Qual sua análise sobre a baixa inserção desta população nos serviços de saúde?

7.3) Utiliza os quesitos sobre identidade de gênero, orientação sexual e nome social?

7.4) Qual a sua percepção sobre a dificuldade no atendimento em saúde por esta população?

#### 8- EPS

8.1) Quais temas você sugere como EPS para fomentar o conhecimento sobre o tema debatido?

## APÊNDICE 02

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**Análise das notificações dos casos de violência em relação à população LGBTQIA +, no território adstrito a duas clínicas de saúde da família, no Rio de Janeiro**”, desenvolvida por **Valdete Maria da Silva**, discente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação dos Professores Drs. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso e Dolores Maria Franco de Abreu.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar a qualquer momento, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. 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 sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. A pesquisa estará fundamentada sob a Resolução CNS nº 510/ 2016.

O objetivo deste estudo será a análise das notificações dos casos de violência em relação à população LGBTQIA +, no território adstrito a duas clínicas de saúde da família, no Rio de Janeiro.

O pesquisador utilizará a coleta de evidências a partir da revisão documental sobre a temática da Notificação de violência e saúde primária, incluindo Portarias, Leis, Normativas, Decretos, Notas Técnicas. Serão coletados dados através de entrevistas semiestruturadas com os profissionais de nível superior, segundo os seguintes critérios para a inclusão dos profissionais no estudo: ser profissional atuante na ESF ou no NASF de (nível superior), e que se encontrem no local de trabalho durante a coleta de dados, excluindo os que se encontram de férias ou afastados. Como também acesso ao sistema de informações encontrado no TABNET.

Como benefícios, a pesquisa pretende incentivar a reflexão sobre as ações de educação permanente em saúde nas situações de violência às populações objeto de notificação promovidas pelo NASF. E o processo de trabalho no serviço de saúde ao realizar devolutivas dos achados do estudo para os trabalhadores, como forma de potencializar novas ações e contribuir com a produção de conhecimento. Para tanto, os resultados da pesquisa serão apresentados e aplicados em forma de Educação Permanente aos profissionais de saúde das clínicas da família envolvidas, como também aos profissionais inseridos nos Núcleos Ampliados de Apoio à Saúde da Família (NASF), da CAP 5.1.

Para garantir a confidencialidade apenas o pesquisador do projeto, que se comprometeu com o dever de sigilo e confidencialidade, terá acesso a seus dados e não fará uso destas informações para outras finalidades. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. O material coletado será armazenado em local seguro. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado.

Será esclarecido verbalmente e via TCLE, aos participantes da pesquisa que poderá ocorrer riscos à sua integridade física, como mal-estar emocional, desconforto ao longo da entrevista. Caso isso ocorra, a entrevista será interrompida e a pesquisadora perguntará se o / a participante deseja ou não continuar. Caso seja necessário o / a participante será encaminhado/ a por escrito ao atendimento in loco.

Pág. 1 de 2

Rubrica pesquisadora: \_\_\_\_\_

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

Para fins de segurança de acordo com a Resolução nº 466 / 2103, dos Aspectos Éticos, V- v. e respeitando o art. 9º da Resolução CNS nº 510/ 2016 refere em seu inciso VI cabe ao participante ser indenizado pelo decorrente da pesquisa, pelas vias judiciais por parte do pesquisador, do particionador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, ainda por via extrajudicial conforme previsto no código civil Lei nº 10406, de 2002, nos arts. 927 e 954.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pela pesquisadora responsável.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pela pesquisadora responsável na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e a outra lhe será fornecida.

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado (a) dos objetivos do estudo “Análise das notificações dos casos de violência em relação à população LGBTQIA +, no território adstrito a duas clínicas de saúde da família, no Rio de Janeiro”, de maneira clara e detalhada, sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP ENSP ou o CEP da SMS/RJ.

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública.

Telefone: (21) 2598-2863. E-mail: cep@ensp.fiocruz.br/etica

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo – Mangueiras – Rio de Janeiro – RJ CEP: 21041-210.

Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde - RJ

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Centro - RJ

Telefone: 2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep):

Tel.: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

E-Mail: conep@saude.gov.br

Contato com o pesquisador responsável: Valdete Maria da Silva

Telefone: (21) 991463239 E-mail: val.artcapoeira@gmail.com

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

---

Assinatura do (a) participante

---

Assinatura da pesquisadora responsável

## APÊNDICE 03

### TERMO DE ANUÊNCIA



#### TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE

O/A Diretor(a)/Gestor(a) **CF ANTONIO GONÇALVES** da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: *Análises das notificações dos casos de violência em relação a população LGBQUIA+ no território adstrito a duas clínicas de saúde da família no Rio de Janeiro*, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Valdete Maria da Silva**, Orientadora: Profa. Dra. Gisele Cordeiro Pereira Cardoso e Coorientador Profa. Dra. Dolores Maria Franco de Abreu, filiada a Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição "anuente" tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, 03 de dezembro de 2022.

*Vanusa Campos Giovanini*  
Gerente Técnica

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade



**TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL**  
**UNIDADE DE SAÚDE**

O/A Diretor(a)/Gestor(a) **CF NILDO AGUIAR** da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: *Análises das notificações dos casos de violência em relação a população LGBQUIA+ no território adstrito a duas clínicas de saúde da família no Rio de Janeiro*, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Valdete Maria da Silva**, Orientadora: Profa. Dra. Gisele Cordeiro Pereira Cardoso e Coorientador Profa. Dra. Dolores Maria Franco de Abreu, filiada a Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso de não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição "anuente" tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, 03 de fevereiro de 2022.

Luciana Simões de Oliveira  
Gerente Técnica  
CNES 6901042 - COREN 89182  
CF NILDO AGUIAR

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

CF NILDO EYMAR DE ALMEIDA AGUIAR