



Ministério da Saúde

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



Patrícia Trápaga Ferreira

**População LGBT na Atenção Primária à Saúde em uma área programática do  
Município do Rio de Janeiro:**  
a perspectiva do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

Rio de Janeiro

2022

Patrícia Trápaga Ferreira

**População LGBT na Atenção Primária à Saúde em uma área programática do  
Município do Rio de Janeiro:**

a perspectiva do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio 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> Dra. Regina Ferro do Lago.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em Inglês: LGBT population in primary health care in a program area in the city of Rio de Janeiro: the perspective of the Expanded Nucleus of Family Health and Primary Care.

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

F383p Ferreira, Patrícia Trápaga.  
População LGBT na Atenção Primária à Saúde em uma área programática do Município do Rio de Janeiro: a perspectiva do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica / Patrícia Trápaga Ferreira. -- 2022.  
88 f. : il. color. ; graf. ; mapas

Orientadora: Regina Ferro do Lago.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Minorias Sexuais e de Gênero. 3. Promoção da Saúde. 4. Determinantes Sociais da Saúde. 5. Saúde da Família. 6. Núcleo Ampliado de Saúde da Família. 7. Apoio Matricial. 8. População LGBT. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.12

Patrícia Trápaga Ferreira

**População LGBT na Atenção Primária à Saúde em uma área programática do**

**Município do Rio de Janeiro:**

a perspectiva do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

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: 18 de julho de 2022.

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ivia Maria Jardim Maksud  
Instituto Fernandes Figueira - Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes  
Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz

Prof.<sup>a</sup> Dra. Regina Ferro do Lago (Orientadora)  
Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2022

Dedico esse trabalho a todas pessoas LGBT que me inspiram e a todos profissionais NASF  
que enfrentam a luta diária na construção do trabalho.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha família que me apoiou em todo o processo de construção dessa pesquisa e em especial ao meu filho Daniel que me inspira diariamente a prosseguir e a minha irmã Anna Paula Trápaga Ferreira que ao longo da vida esteve presente apoiando e incentivando a continuar na busca de meus sonhos.

Agradeço ao amigo Marcus Vinícius de Almeida por todo o incentivo e ajuda na construção da entrada no Mestrado.

Agradeço à minha equipe NASF, aos estagiários e residentes multiprofissional que sempre me ajudam a pensar e repensar minha atuação profissional. Não poderia deixar de citar, Bruna Aquino, companheira de equipe, parceira nas adversidades e na felicidade que o trabalho de um profissional NASF proporciona. Além de ter sido a pessoa que me amparou em um momento difícil e me ajudou na decisão do tema da pesquisa.

Agradeço à CAP 3.1 pela autorização para que essa pesquisa pudesse acontecer, em especial, a assessora da coordenação e a presidente do Centro de Estudos, Carolina Reis e Carolina Santa Rosa de Oliveira, respectivamente, que me apoiaram sempre que necessitei.

Agradeço a todos os profissionais que se dispuseram a participar da pesquisa e disponibilizaram um tempo para que as entrevistas pudessem se realizar e contribuir com toda sabedoria e experiência.

Agradeço ao Programa de pós graduação que nos conduziu sempre com muita tranquilidade, carinho e respeito em meio a todas os ajustes que tiveram que acontecer em função da grave pandemia que atingiu o mundo.

Agradeço à minha banca, Prof.<sup>a</sup> Dra. Ivia Maria Jardim Maksud e Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes que orientaram com muita generosidade e sabedoria.

Agradeço aos meus colegas de mestrado, em especial a Marcélia Alves de Souza Martins e Renata da Silva Antunes, que me ajudaram a passar pelas intempéries da academia.

Agradeço à minha querida orientadora, Regina Ferro do Lago, com que eu dividi minhas angústias no universo da pesquisa e nas dificuldades encontradas ao longo do processo. Só foi possível chegar a esse momento por sua paciência, generosidade, competência e compromisso.

Muito obrigada!!!

*Já dissemos em outro lugar que o princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso à saúde e ao cuidado para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, e que a integralidade nos desafia a saber e fazer o 'que' e 'como' para responder universalmente às necessidades de cada um. Ora, essas aspirações são praticamente o inverso do movimento descrito pelo conceito de estigma e discriminação, que denuncia universalização onde é preciso diferenciar e diferenciação onde é necessário universalizar (AYRES, p. 11).*

## RESUMO

Esta pesquisa nasce das inquietações da autora em seu exercício profissional como profissional NASF e buscou analisar a atenção prestada às pessoas LGBT, em uma área programática na atenção primária no município do Rio de Janeiro sob a perspectiva de profissionais do NASF. É uma pesquisa qualitativa, com coleta de dados a partir de entrevistas semiestruturadas, com roteiro previamente elaborado. Foram realizadas 9 entrevistas com profissionais que atuam ou atuaram como profissionais NASF na área programática 3.1 e tinham, no momento da entrevista, relação direta com a atuação das equipes NASF, seja como especialistas atuantes na ponta, ou como apoiadores NASF. Os resultados da pesquisa mostram a existência de barreiras de acesso da população LGBT no cuidado em saúde, a baixa procura das pessoas LGBT, a necessidade de formação do NASF para atender esse público. Também se identificou que as questões referentes às temáticas LGBT não são trazidas como cerne nas discussões de caso e que os profissionais não reconhecem que gênero e sexualidade são como determinantes sociais de saúde. A pesquisa mostrou que a pandemia da covid-19 teve forte repercussão nas ações do NASF, tendo requerido a reorganização do trabalho e a suspensão de muitas das atividades, especialmente as coletivas e a participação nas reuniões de matriciamento. Conclui-se que é fundamental que os profissionais NASF possam ser qualificados em relação às características e especificidades das pessoas LGBT; se aprofundem no conhecimento da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais Travestis e Transexuais e nas competências do município previstas nessa política. Também é importante que conheçam e se aproximem do trabalho desenvolvido pela Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual da Prefeitura do Rio de Janeiro, que sejam mapeados os coletivos e as pessoas LGBT dos territórios, que sejam propostos espaços de educação permanente e estudos de caso que contemplem gênero e sexualidade como temática.

Palavras-chave: Núcleo Ampliado de Saúde da Família; Atenção Primária; apoio matricial; população LGBT.

## ABSTRACT

This research arises from the author's concerns in her professional practice as a NASF professional and sought to analyze the care provided to LGBT people, in a programmatic area in primary care in the city of Rio de Janeiro from the perspective of NASF professionals. It is a qualitative research, with data collection from semi-structured interviews, with a previously prepared script. Nine interviews were carried out with professionals who work or have worked as NASF professionals in programmatic area 3.1 and had, at the time of the interview, a direct relationship with the performance of NASF teams, either as specialists working at the front or as NASF supporters. The research results show the existence of barriers to access for the LGBT population in health care, the low demand of LGBT people, the need for training the NASF to serve this public. It was also identified that issues related to LGBT themes are not brought to the heart of the case discussions and that professionals do not recognize that gender and sexuality are social determinants of health. The research showed that the covid-19 pandemic had a strong impact on the actions of the NASF, requiring the reorganization of work and the suspension of many of the activities, especially collective ones and participation in matrix meetings. It is concluded that it is essential that NASF professionals can be qualified in relation to the characteristics and specificities of LGBT people; deepen their knowledge of the National Policy for the Comprehensive Health of Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transsexuals and the competences of the municipality provided for in this policy. It is also important that they know and get closer to the work developed by the Special Coordination of Sexual Diversity of the City of Rio de Janeiro, that the collectives and LGBT people of the territories are mapped, that a space for permanent education and case studies that contemplate gender are proposed. and sexuality as a theme.

Keywords: Expanded Nucleus of Family Health; Primary Care; matrix support; LGBT population.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Políticas e iniciativas do poder público que contribuíram para a saúde da população LGBT no Brasil – 2004 – 2020 .....	25
Gráfico 1	Ano de nascimento .....	34
Gráfico 2	Qual a sua identidade de gênero .....	34
Gráfico 3	Em relação a orientação sexual, como se considera? .....	35
Quadro 2	Características das equipes de referência e equipes de apoio .....	39
Quadro 3	Atividades que podem compor as agendas NASF .....	41
Quadro 4	Rede de Saúde da AP 3.1 segundo perfil de atendimento .....	47
Quadro 5	Organização das equipes NASF da AP 3.1 .....	48
Quadro 6	Perfil sócio-demográfico dos participantes .....	51
Quadro 7	Categorias analíticas e seus conceitos .....	53
Quadro 8	Reorganização das Equipes de Saúde da Família na gestão do Prefeito Marcelo Crivella .....	55
Quadro 9	Organização das Equipes NASF da AP 3.1 .....	57

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AP	Área Programática
CF	Clínica da Família
CAP	Coordenação de Área de Planejamento
CEDS	Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual
EqSF	Equipe de Saúde da Família
IST	Infecções Sexualmente Transmissível
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral LGBT
PPES	Política de Promoção de Equidade
PNPS	Política Nacional de Promoção de Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
AIDS	Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida
SUS	Sistema Único de Saúde
SDH/PR	Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
HIV	Vírus da Imuno Deficiência Humana
PNDH3	III Programa Nacional de Direitos Humanos

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	16
2.1	OBJETIVO GERAL .....	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO E NORMATIVO</b> .....	17
3.1	GÊNERO E SEXUALIDADE .....	17
3.2	DETERMINANTES SOCIAIS E PROMOÇÃO DE SAÚDE .....	19
3.3	ACESSO EQUÂNIME E INTEGRAL .....	20
3.4	SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT – POLÍTICAS, AGRAVOS E PROBLEMAS..	23
3.5	O NASF E SUAS POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO .....	38
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	46
4.1	TIPO DE ESTUDO .....	46
4.2	CENÁRIO DA PESQUISA .....	46
4.3	COLETA DE DADOS .....	50
4.4	PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	50
4.5	ANÁLISE DE DADOS .....	52
4.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	53
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	54
5.1	CONDIÇÕES E PROCESSO DE TRABALHO NO NASF .....	55
5.2	ACESSO À SAÚDE NAS UNIDADES DA APS .....	61
5.3	DIMENSÃO TÉCNICO-PEDAGÓGICA DAS AÇÕES DO NASF .....	64
5.4	DIMENSÃO CLÍNICO ASSISTENCIAL NA ATUAÇÃO DO NASF .....	69
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	72
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	75
	<b>APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA PROFISSIONAIS NASF</b>	81
	<b>APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA APOIADORES E GESTORES</b> .....	83
	<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	85
	<b>APÊNDICE D – ORÇAMENTO</b> .....	88

## APRESENTAÇÃO

Meu interesse por esta pesquisa parte do meu envolvimento pessoal, como mãe de uma pessoa LGBT e de minha experiência profissional, como integrante de uma equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica<sup>1</sup> (NASF), onde foi possível observar a baixa adesão e a pouca assiduidade de pessoas do grupo LGBT na unidade de saúde. Os NASF são equipes multiprofissionais e interdisciplinares, cuja atuação é apoiar as equipes de Saúde da Família e Atenção Básica, por meio do compartilhamento de saberes e práticas em saúde para ampliação do escopo das ofertas de cuidado.

Acredito que o desenvolvimento de uma pesquisa que contemple as ações que vêm sendo desenvolvidas pelas equipes NASF na promoção de um trabalho integral e equânime pode colaborar para a ressignificação da atenção a essa população, assim como para o fortalecimento e continuidade do trabalho dessas equipes.

No exercício diário de trabalho percebi o desconhecimento sobre as particularidades das questões de identidade de gênero e orientação sexual. Ainda assim, raras foram as solicitações de apoio matricial por parte das equipes de Estratégia de Saúde da família (eqSF) que possibilitassem reflexões sobre estas especificidades e/ou a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Nós, como equipe NASF, tampouco propusemos ações que levassem a reflexões sobre o processo de trabalho das equipes, seja na dimensão clínico-assistencial ou na técnico-pedagógica, que poderiam impactar no cotidiano dos usuários e dos profissionais, de maneira a diminuir as violências sofridas por esse grupo.

A partir da solicitação de intervenção à uma criança que manifestava uma “questão de gênero” e que nos foi apresentada como “alteração de comportamento”, ficou evidente a necessidade de desenvolvermos uma ação que favorecesse o acesso, a ampliação do conhecimento sobre as questões de gênero e orientação sexual e, conseqüentemente, mudanças no cuidado oferecido a essa população.

Compreendo que a equipe NASF com seus objetivos (ampliação da clínica, aumento da capacidade de análise e a intervenção sobre os problemas e as necessidades de saúde), seu referencial metodológico (apoio matricial) e suas ferramentas de trabalho (PTS, ecomapa, genograma, grupos, atendimentos e visitas domiciliares específicas e compartilhadas), tem

---

1 A Portaria nº 154, de 2008, institui os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF e em 2017 com sua revisão passa a ser chamado de Núcleo Ampliado de Saúde à Família e Atenção Básica – NASF-AB. Neste trabalho optamos por usar como sigla NASF por ser esta a forma que é reconhecida como descritores indexados.

papel fundamental na construção de um cuidado mais humanizado, que favoreça a integralidade e a equidade no cuidado à população LGBT.

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde como direito e acesso universal foi instituída, no Brasil, em 1988, com a promulgação da Constituição Federal. O Sistema Único de Saúde – o SUS, foi instituído pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e tem como princípios a universalização, a integralidade e a equidade. As Leis n.º 8.080 e n.º 8.142 regulamentam os serviços, a participação da sociedade e as bases de funcionamento do SUS.

A Declaração de Alma-Ata, documento síntese da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, tornou-se um marco na concepção de saúde e na organização de sistemas de saúde no mundo. Afirma que saúde é um “estado de completo bem-estar físico, mental e social” e um direito fundamental. Estabelece que os cuidados primários de saúde são fundamentais e representam o primeiro nível de contato para os indivíduos, as famílias e as comunidades e inclui ações de prevenção, de cura e de reabilitação. A atenção primária à saúde (APS) com seus atributos essenciais de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação para comunidade, centralidade na família e competência cultural tem potencial para ser um campo determinante na implementação de políticas de equidade (STARFIELD,2002).

O Brasil tem tido avanços no que diz respeito à ampliação do acesso e aos direitos para a população LGBT mas, apesar disto, existem muitos desafios a serem conquistados. A lgbtfobia pode ser vista em vários espaços de vida, incluindo os espaços de cuidado, e favorecem o adoecimento físico e/ou mental desta população.

A sigla LGBT vem sendo usada desde a década de 90 e refere-se a pessoas não-heterossexuais e não-cisgênero, ou fora das normas de gênero pela sua orientação sexual, identidade ou expressão de gênero. Atualmente as siglas que estão sendo utilizadas mundialmente são LGBTQ, LGBTI, LGBTTIQ, LGBT+, LGBTQIA+, que representam tanto o gênero quanto a orientação sexual. No Brasil, o termo mais utilizado é o LGBT. Cabe esclarecer o significado de cada uma dessas letras, L-lésbicas, G-gays, B- bissexuais, T – transgênero e travestis, Q- queer, I- intersexo, A- assexuais e/ou aromânticos e o +, que representa qualquer outra minoria que não tenha sido contemplada. Neste trabalho a sigla que será utilizada é LGBT, por ser adotada pela ONU e também no Brasil após sua aprovação na 1ª Conferência Nacional GLBT, em 2008 (embora a própria Conferência tenha se intitulado diferentemente).

Apesar da existência de políticas públicas para o combate à discriminação e a violência contra este grupo, da existência do SUS e das diretrizes da APS, ainda hoje evidenciam-se, nos

serviços de saúde, ações pautadas pelo modelo heterocisnormativo, que violam direitos e negam a existência de especificidades e de determinantes sociais em saúde desta população. Atitudes essas que propiciam a construção de barreiras de acesso provocadas pelo medo destes usuários sofrerem com comportamentos discriminatórios e desrespeitosos (BELEM, 2018) e que podem ser agravados no caso do não acompanhamento em saúde de usuários que apresentem doenças ou agravos (ALBUQUERQUE, 2019).

O NASF é um dos dispositivos da APS e foi criado com o objetivo de expandir o conceito de integralidade no cuidado. NASF se constitui como uma equipe multiprofissional, orientada pelo referencial de apoio matricial, e atua como retaguarda especializada das eqSF no compartilhamento e nas práticas de saber. Seu trabalho se apresenta em duas dimensões, a clínica-assistencial e a técnico-pedagógica. A primeira, diretamente com os usuários, e a segunda, no apoio educativo junto às eqSF, assim como aos coletivos do território adscrito (BRASIL, 2014).

A revisão bibliográfica corrobora o que foi percebido em minha rotina de trabalho: que o distanciamento da população LGBT às unidades de saúde, a baixa adesão e a pouca assiduidade relacionam-se a experiências vividas de falta de acolhimento, conhecimento de suas necessidades, e às atitudes preconceituosas e estigmatizantes, tanto por parte dos profissionais quanto da população que frequenta os serviços. Apesar dessas evidências, ainda há lacunas do conhecimento, sobretudo acerca do trabalho desenvolvido pelas equipes NASF em suas ações no cuidado compartilhado com as eqSF e/ou junto aos usuários ou coletivos da população LGBT. No que diz respeito ao NASF foram encontrados estudos uni profissionais, que não abordavam a multiprofissionalidade como organização da equipe nem as ações de apoio matricial que são desenvolvidas pelo NASF.

Muitas terminologias, conceitos e descrições sobre o gênero e a sexualidade foram construídas nos últimos 30 anos. A concepção de gênero (feminino e masculino) é uma construção social e foi elaborada para fazer uma diferenciação entre a dimensão biológica e a social do que é ser homem e mulher. Quanto à sexualidade, assumi-la como *diversa* – a chamada diversidade sexual - significa reconhecer todas as orientações sexuais possíveis. Gênero e sexualidade serão abordados com mais detalhe em uma seção posterior neste estudo.

Um dos marcos da construção das políticas públicas no Brasil voltadas para população LGBT, foi o “Brasil sem Homofobia” - Programa de Combate à Violência e à Discriminação e de Promoção da Cidadania Homossexual - em 2004. Este programa buscou a integralidade da saúde para essas pessoas, ao estabelecer diretrizes para o combate à violência, à discriminação, e promover o respeito às especificidades à cidadania. Em 2011, a Política Nacional de Saúde

Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) foi instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro. A Política LGBT reconhece que gênero e orientação sexual são determinantes sociais de saúde. Portanto, afirmam que a discriminação e a exclusão têm impacto negativo sobre a saúde desse grupo. Em seus objetivos e diretrizes a política pretende produzir mudanças nesses determinantes e reduzir desigualdades. (BRASIL,2013)

Em função disto, esta pesquisa se justifica pela possibilidade de fortalecer o NASF como uma estratégia de mudança pautada nos princípios da integralidade e equidade e, assim, contribuir para mudanças na atenção prestada à população LGBT na APS.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as ações desenvolvidas pelas equipes NASF na atenção primária à saúde da população LGBT no território da Área de Planejamento 3.1.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar as percepções do NASF quanto à atenção à saúde do público LGBT nas unidades com que trabalham.
- ✓ Identificar a percepção dos profissionais NASF sobre o acesso do público LGBT às unidades de atenção primária.
- ✓ Conhecer as ações desenvolvidas pelo NASF, em apoio às equipes de Saúde da Família, destinadas aos usuários LGBT.
- ✓ Conhecer as intervenções diretas do NASF junto a esses usuários.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO E NORMATIVO

#### 3.1 GÊNERO E SEXUALIDADE

Para as ciências sociais e humanas, o conceito de gênero está relacionado à construção social do sexo anatômico. Foi elaborado com o sentido de estabelecer a diferença entre a dimensão biológica e a dimensão social, ou seja, de demonstrar que ser homem e ser mulher são resultantes da realidade social e não da diferença entre suas anatomias. O conceito também fundamenta a ideia de que há uma hierarquia entre os gêneros que privilegia o masculino, que se inscreve nas relações de poder entre homens e mulheres (BARRETO et al, 2009)

Simone de Beauvoir, filósofa e escritora francesa, introduz a reflexão sobre “subalternização” feminina com o lançamento do livro *O Segundo Sexo*, em 1949. Sua preocupação concentrava-se na dominação masculina, que anos mais tarde daria início aos “estudos de gênero”. Em sua obra ela defendia a ideia de que a biologia não é o único determinante na diferenciação entre homens e mulheres e trouxe como apontamentos que as individualidades são social e culturalmente construídas (HEILBORN & RODRIGUES, 2018).

A compreensão desses conceitos é indispensável para que a atenção à saúde da população LGBT seja mais cuidadosa e voltada para suas necessidades e demandas (CIASCA et al, 2021). Os conceitos de gênero que impactaram as teorias sociais foram os elaborados pelas feministas, na década de 70, que reafirmavam que as diferenças de gênero eram produzidas na cultura, apontando a preocupação com as desigualdades vividas pelas mulheres. (PISCITELLI,2009). Essas ideias foram fundamentais na luta pelos direitos das mulheres. Algumas antropólogas definiram gênero como uma forma de desigualdade social e consideraram o estudo de gênero como o estudo de relações assimétricas de poder e oportunidades” (HEILBORN & RODRIGUES, 2018).

Dentre as muitas autoras que contribuíram para a construção do conceito de gênero está Gayle Rubin, antropóloga estadunidense. Em 1975 ela conceituou um sistema sexo/gênero que se caracteriza como “um conjunto de arranjos através dos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos de atividade humana”. Ela pensa o gênero articulado à sexualidade, numa dimensão política. Além disso, correlaciona o gênero não só com sua identificação com um determinado sexo mas com a obrigação da orientação do desejo para o outro sexo, e compreende que a opressão dos homossexuais está no mesmo sistema de dominação das mulheres (PISCITELLI, 2009).

Desde a década de 70 até os dias de hoje o conceito de gênero continua a se desenvolver e a se modificar, e adquire nuances de acordo com a afiliação teórica de seus autores. Contudo, retém dois atributos fundamentais: a sua vinculação a um contexto sócio-cultural específico e seu caráter relacional entre feminino e masculino e vice-versa, (BARRETO et al, 2009), muito embora, na atualidade, um status não-binário também possa ser reivindicado, como se verá mais adiante.

A sexualidade pode ser entendida como:

“... as elaborações culturais sobre os prazeres e os intercâmbios sociais e corporais que compreendem desde o erotismo, o desejo e o afeto até noções relativas à saúde, à reprodução, ao uso de tecnologias e ao exercício do poder na sociedade. As definições atuais da sexualidade abarcam, nas ciências sociais, significados, ideais, desejos, sensações, emoções, experiências, condutas, proibições, modelos e fantasias que são configurados de modos diversos em diferentes contextos sociais e períodos históricos. Trata-se, portanto, de um conceito dinâmico que vai evoluindo e que está sujeito a diversos usos, múltiplas e contraditórias interpretações, e que se encontra sujeito a debates e a disputas políticas” (CARRARA, 2009, pag.112).

Assim como ocorre com o gênero, tampouco existe uma abordagem única para a sexualidade nas Ciências Sociais e Humanas. Entretanto, há um consenso sobre o fato de que a sexualidade não é fixa, e de que seus significados podem variar ao longo da história de uma mesma sociedade, de uma sociedade para outra, entre diferentes grupos sociais em uma mesma sociedade, e também ao longo da vida dos indivíduos (LOYOLA, 1999).

Gênero e sexualidade são dimensões articuladas, porém diferentes, ambas tributárias de valores sociais de determinadas épocas e grupos sociais. Para alguns autores a distinção entre masculino e feminino não finda os sentidos de gênero, e os diversos tipos de pessoas que aparecem como “dissonantes” em termos de gênero, perturbam as regras da heterossexualidade. Para Judith Butler (apud PISCITELLI, 2009), essa dissonância, numa sociedade que qualifica as pessoas como seres humanos adequados quando seguem as “normas” sociais de sexo, gênero e desejo, desqualifica as que não seguem essas normas e as colocam no lugar de “abjeto”.

Butler também contesta a afirmação de que os gêneros se definem pela aparência biológica do corpo e afirma que gênero não se resume a uma identificação da individualidade, da estética ou performance. A autora argumenta que gênero “não é o que se é, é mais um fazer do que ser”. É um questionamento da identidade, das condições e contextos em que as identidades foram formadas e como são construídas. Butler defende que ninguém nasce com um gênero, que não é definido biologicamente, mas socialmente. Ela afirma que o que define o gênero são os “atos de gênero” (SILVA, 2018). A autora questiona a definição das relações sociais de gênero pela distinção de sexo/gênero, e propõe o trinômio sexo/gênero/desejo, no

qual questiona a heterossexualidade como heteronormatividade (BUTLER, 2003 apud PISCITELLI, 2009).

O termo identidade de gênero se refere a como uma pessoa se sente individual e internamente em relação ao gênero e pode incluir ou não modificações corporais por meios médicos, processos cirúrgicos ou outras formas e outras expressões de gênero. (Princípios de Yogyakarta, 2006).

Os conceitos de cisgênero e transgênero são utilizados para auxiliar na compreensão e na identificação ou não com o gênero atribuído no nascimento. Cisgênero diz respeito à pessoa que se identifica com o gênero que lhe foi atribuído no nascimento e transgênero são aquelas pessoas que não se reconhecem com o gênero que lhes foi atribuído, e há ainda aqueles que não se reconhecem na relação binária de gênero.

O termo transexual compreende homens e mulheres transexuais e travestis. O que determina a condição transexual é como a pessoa se reconhece e não os procedimentos cirúrgicos realizados. As travestis são pessoas que vivem papéis do gênero feminino, mas não se reconhecem na relação binária de gênero (JESUS, 2012). Intersexo são pessoas que nascem com as características reprodutivas e sexuais de ambos os sexos e que não se encaixam nos padrões determinados biologicamente para o sexo feminino ou masculino; Queer não se identifica com nenhum dos gêneros.

Já o termo orientação sexual designa por quem a pessoa se sente atraída emocional, afetiva e sexualmente. Esta atração pode ser pelo gênero oposto, pelo mesmo gênero ou por mais de um.

A heterossexualidade se refere às pessoas que se sentem atraídas por pessoas de diferente identidade de gênero e a homossexualidade se refere às pessoas da mesma identidade de gênero; os bissexuais se atraem tanto por pessoas de identidade de gênero semelhante quanto com identidade de gênero diferentes, os pansexuais se atraem por pessoas independente de suas identidades de gênero, sendo binárias ou não binárias, e os assexuais não sentem atração sexual por nenhum gênero.

### 3.2 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE

No final dos anos 70, os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) ganham destaque a partir da Conferência de Alma-Ata inspirada pelo lema “Saúde para todos nos anos 2000”. No Brasil, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) foi estabelecida em 2006, com o objetivo de promover a tomada de consciência sobre o impacto dos DSS de

grupos e pessoas e as iniquidades por eles provocadas. Suas atividades se baseiam no conceito de saúde estabelecido pela OMS - “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” e no reconhecimento da saúde como direito e dever do Estado. (BUSS & PELEGRINO FILHO, 2007, pág.88). A CNDSS define esses determinantes como “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco” (BUSS & PELEGRINO FILHO, 2007, pág.78).

A discussão sobre a promoção de saúde tem o objetivo de mudar o modelo de saúde curativista, pautado em questões biomédicas. Propõe, então, a substituição do conceito de saúde como ausência de doença por um conceito de saúde ampliado, “que considere as necessidades em saúde da população, em uma ação articulada entre os diversos atores, em um determinado território”. (BRASIL, 2014). Para que haja promoção da saúde é fundamental o empoderamento e o fortalecimento da autonomia dos sujeitos e grupos sociais, a responsabilização do Estado e o desenvolvimento de ações intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida das populações (CZERESNIA, 2009).

A Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), foi instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, tendo como objetivo “Promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais” (BRASIL, 2014, pág.6).

Portanto, é necessário reconhecer que gênero e sexualidade são motivos de exclusão social resultando no desemprego, na falta de acesso à moradia, à alimentação digna, à educação, saúde, lazer e cultura e são determinantes sociais de saúde-doença, além de reconhecer que todas as formas de discriminação são causadoras de sofrimento e doença, o que inclui a população LGBT (BRASIL, 2013).

### 3.3 ACESSO EQUÂNIME E INTEGRAL

Para as políticas de saúde, acesso é um conceito muito importante e complexo, e as definições desse termo variam com o tempo, o contexto e os autores. Alguns o definem como a entrada e o uso do sistema de saúde e outros o caracterizam como os fatores que influenciam a entrada e o uso<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Há autores que utilizam o termo acessibilidade em vez de acesso. Neste trabalho ambos serão empregados de forma equivalente.

Donabedian (apud TRAVASSOS & MARTINS, 2004) adota o termo acessibilidade e o relaciona à oferta de serviços e à capacidade de atender às necessidades de saúde da população. Para ele, a acessibilidade se apresenta em duas dimensões: a sócio-organizacional e a geográfica. Acessibilidade sócio-organizacional expressa a oferta de serviços e a acessibilidade geográfica relaciona-se aos aspectos sobre a distância até o serviço (distância linear, custo da viagem, distância e locomoção). Acessibilidade não se caracteriza exclusivamente pelo uso dos serviços, mas também compreende a atuação dos profissionais e os recursos tecnológicos para alcançar as necessidades e demandas dos usuários.

Andersen (apud TRAVASSOS & MARTINS, 2004) traz o conceito de “acesso efetivo” – que diz respeito à efetividade do uso dos serviços para a melhora nas condições de saúde e “acesso eficiente”, que se relaciona às mudanças na saúde e à satisfação do usuário. Para ele a “avaliação da equidade é inferida valendo-se da presença de fatores individuais e de fatores internos aos serviços de saúde que interferem na qualidade dos cuidados prestados” (p.192).

Penchansky e Thomas (1981) afirmam que o acesso pode ser avaliado pelo grau de satisfação do usuário com o sistema de saúde e apresentam as principais características do acesso em quatro dimensões que podem indicar a equidade ou desigualdade no acesso à saúde. Essas quatro dimensões são descritas em SANCHEZ & CICONELLI (2012), como:

- Disponibilidade: retrata um conceito físico e geográfico e representa a entrada do sistema de saúde.
- Capacidade de pagamento: diz respeito ao custo dos serviços e a capacidade de pagamento dos indivíduos e se relaciona ao financiamento do sistema de saúde.
- Informação: é a capacidade do serviço se comunicar com os usuários e o empoderamento destes para tomadas de decisão no uso dos serviços. Alguns autores sustentam que a informação é elemento central para o debate da equidade, pois julga-se que o empoderamento ajuda na tomada de decisões dos usuários em relação aos seus cuidados em saúde.
- Aceitabilidade: engloba a essência dos serviços prestados e como são avaliados pelos usuários e comunidade. Aqui também se inclui a interação entre as expectativas e a relação entre usuários e profissionais que é motivada por idade, sexo, idioma, crenças culturais, condição sócio econômica, entre outros. Ponto chave da aceitabilidade é o respeito entre funcionários e usuários dos serviços.

Garcia (2016) refere que pesquisas apontam que a acessibilidade das pessoas LGBT é atravessada por iniquidades, violações e entraves que são determinados pela

heteronormatividade. Importante ressaltar que a pouca frequência de pessoas LGBT às unidades de saúde estão relacionadas às barreiras de acesso que se apresentam na ausência de um acolhimento mais humanizado, livre de preconceitos e discriminações, ou seja, pouco qualificado para suas necessidades e especificidades. Isso também se evidencia no trabalho realizado por Paulino et al (2019). A pesquisa foi realizada com médicos(as) que atuam em unidades de ESF em Minas Gerais e tinha como objetivo “identificar os discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção integral prestada a LGBT” (p. 1). Em sua análise, apresenta como categorias os “Discursos do não”, a saber: “da não diferença” que acontece quando os profissionais afirmam a inexistência de diferenças entre o cuidado das pessoas LGBT e as demais populações que parece ser usado para afastar a ideia do preconceito e a negação do outro; “do não saber” quando os profissionais afirmam não saber as demandas dessa população e justificam sua incapacidade de cuidar pelo desconhecimento de suas especificidades e se eximem de responsabilidade, sob a alegação de ,falta de formação; e o “do não querer” esse discurso parece querer justificar o absenteísmo das pessoas como uma decisão individual, acreditando que eles não querem por não haver demandas e necessidades em saúde e pela inexistência de especificidades no cuidado em saúde. Esse discurso acarreta eliminação das demandas e a desqualificação da necessidade de ações de saúde para a população LGBT.

Lacerda et al (2019), defendem que a visão cisheteronormativa sobre os papéis de gênero e as representações sociais de alguns trabalhadores e usuários afetam o acesso e a qualidade do cuidado à saúde oferecido. O que põe em destaque os conceitos de acesso em especial em duas de suas dimensões, a informação e a aceitabilidade. Podemos afirmar que a capacidade de se comunicar e a interação entre as expectativas e a relação entre usuários e profissionais sofre interferência por parte dessas representações que desqualificam as pessoas LGBT e, assim, barreiras de acesso são construídas.

A equidade diz respeito a dar respostas adequadas às diferentes necessidades. Malta (2001) apresenta a seguinte definição:

“A equidade é entendida como a superação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas [...]. Subjacente a este conceito está o entendimento de que as desigualdades sociais entre as pessoas não são dadas ‘naturalmente’, mas sim criadas pelo processo histórico e pelo modo de produção e organização da sociedade (p. 135-136)”

A Constituição Federal, além de determinar, em seu artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado afirma, em seu artigo 5º, "que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros no País a

inviolabilidade do direito à vida, à igualdade e a propriedade, nos seguintes termos: são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas." No entanto, a garantia da universalidade, do acesso e da igualdade para a população LGBT permanece como um desafio. Para que seus direitos sejam alcançados e promovam a equidade, é fundamental que se assegure a relevância da democratização dos direitos humanos, permeados pelo reconhecimento das "diversas possibilidades de constituição humanas e do exercício da sexualidade". (LIONÇO, 2008, p.18)

Cecílio (2006) afirma que a busca pela equidade e pela integralidade exige que seja repensada a organização do processo de trabalho, assim como a construção de novos saberes e práticas de saúde. Ele acredita que as tecnologias de saúde devem ser definidas pelas necessidades de cada pessoa e no momento vivido por elas. O autor reconhece a importância da construção do vínculo entre os usuários e suas equipes de referência e o define como o estabelecimento de uma "relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades" (p.119). Aponta ainda que, nesse encontro, os profissionais têm o compromisso de fazer a melhor escuta possível das necessidades apresentadas pelos indivíduos quando buscam os serviços, sejam elas claras ou "travestidas" de outras queixas (p.120). Então, para ele, a integralidade no "espaço singular de cada serviço", pode ser definida como "esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades de saúde, sempre complexas, mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua dimensão individual" (p.120).

Para Cecílio (2006), a integralidade da atenção se apresenta em duas dimensões, a primeira deve ser fruto do esforço e encontro dos saberes multiprofissionais, num espaço de determinado serviço e é chamada de "integralidade focalizada" e a segunda a "integralidade ampliada" que versa sobre a articulação com as redes de serviços da saúde e/ou intersetoriais. Para que a equidade e a integralidade da população LGBT sejam alcançadas é essencial que essas duas dimensões sejam efetivadas.

### 3.4 SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT - POLÍTICAS, AGRAVOS E PROBLEMAS

A partir de 2004 o poder público iniciou a construção de uma política de atenção integral à saúde da população LGBT ao elaborar o Programa Brasil sem Homofobia, que reconhece a orientação sexual e a identidade de gênero como fatores marcantes de vulnerabilidade que expõem a população LGBT a danos decorrentes de estigmas, discriminação e exclusão social, que violam os direitos humanos, incluindo os direitos à saúde. (BRASIL, 2008b, p.24). Esse

programa foi um marco na construção das políticas públicas voltadas para a população LGBT no Brasil ao buscar a integralidade no cuidado na saúde dessa população, estabelecer diretrizes para o combate da violência e a discriminação, além de defender o respeito as especificidades e a promoção da cidadania.

Em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) foi instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro e tem como uma de suas diretrizes “identificar as necessidades de saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades” e reconhece a discriminação e a exclusão como determinantes sociais de saúde deste grupo e seus objetivos e diretrizes pretendem produzir mudanças nestes determinantes, além de redução das desigualdades. O quadro 1 exhibe uma relação de políticas, documentos e ações que contribuíram para a defesa dos direitos humanos e a promoção da saúde da população LGBT.

Quadro 1: Políticas e iniciativas do poder público que contribuíram para a saúde da população LGBT no Brasil – 2004-2018

Política	Ano de Publicação	Objetivos
I Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH 1)	1996	Estabelece sanções aos estabelecimentos que discriminem pessoas em virtude de sua orientação sexual no Município do Rio de Janeiro – Lei nº 2.475/1996
Programa Brasil Sem Homofobia	2004	Indução da mudança na educação e comportamento dos gestores públicos, no que se refere à população LGBT, de forma a não aceitar nenhum ato de discriminação, dentro dos serviços públicos.
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	2004	Promover melhorias das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS.
Comitê Técnico de Saúde da População GLBT no âmbito do MS	2004/2011	Define (2004) e redefine (2011) o Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Comitê Técnico LGBT).
Carta dos direitos dos Usuários da Saúde	2006/2009	Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde e garante um atendimento humanizado livre de preconceitos e abre caminho para o uso do pré-nome social (BRASIL, MS Port. 675, 2006).
Conselho Nacional de Saúde	2006	O Conselho passou a ter em sua composição uma representação LGBT (BRASIL, MS, 2010)
Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e DSTs	2007	Enfrenta a “feminização” da epidemia do HIV/AIDS e outras DSTs, por meio da redução das vulnerabilidades que atingem as mulheres, estabelecendo políticas de prevenção, promoção e atenção integral.
Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e DST entre Gays, HSH e Trans	2007	Enfrenta a epidemia do HIV/AIDS e das DSTs, entre gays, outros HSH e travestis, por meio da redução de vulnerabilidades, estabelecendo política de prevenção, promoção e atenção integral à saúde.

Seminário Nacional de Saúde da População GLBTT	2007	O Seminário Nacional de Saúde da População GLBTT na Construção do SUS, buscava debater as questões da saúde da população LGBT.
Anais da 1ª Conferência Nacional LGBT	2008	Relatório final da Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Travestis e Transexuais, em Brasília, entre os dias 05 e 08 de junho de 2008.
Processo Transexualizador	2008	Instituição e regulamentação do Processo Transexualizador com credenciamento e habilitação de hospitais com expertise ambulatorial e cirúrgica para realização do procedimento.
13ª Conferência Nacional de Saúde	2008	Incluiu em seu relatório final a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes sociais de saúde.
Programa Mais Saúde – Direito de Todos	2008	Programa instituído pelo Ministério da Saúde objetivando o enfrentamento das iniquidades em saúde, incluindo a população LGBT.
Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT	2009	Orienta a construção de políticas públicas de inclusão social e de combate às desigualdades para a população LGBT, primando pela “intersetorialidade” e transversalidade na proposição e implementação dessas políticas.
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)	2009	O Ministério da Saúde inclui as especificidades de homens gays, bissexuais, transexuais e travestis na PNAISH e publica a versão preliminar do Caderno de Atenção Básica nº 26 – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, que trata do tema da orientação sexual e identidade de gênero.
III Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH3)	2009	Garantia da participação do controle social nas políticas públicas em direitos humanos, ampliando o controle externo dos órgãos e a promoção dos direitos humanos como princípios orientadores das políticas públicas.
Comissão Intersetorial de Saúde da População LGBT (CISPLGBT),	2009	O CNS instituiu a Comissão indicando para sua coordenação a Liga Brasileira de Lésbicas com objetivo de aprovação da proposta da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT.
Caderno de Atenção Básica nº 26	2010	Ministério da Saúde publica a versão final do Caderno – Saúde Sexual e Saúde

		Reprodutiva, afim de instrumentalizar os profissionais da saúde para o atendimento da população.
Portaria nº 233	2010	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão que autoriza o uso do nome social de travestis e transexuais aos servidores públicos da União; a implantação do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos LGBT; e a criação da Coordenadoria Nacional de Promoção dos Direitos Humanos LGBT, no âmbito da Secretária Especial de Direitos Humanos da Presidência da República.
Ficha de Notificação, Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências	2011	Ministério da Saúde incluiu na Ficha de notificação, quesitos sensíveis à Diversidade Sexual e redefine o Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT.
Cancelamento do Kit de combate à homofobia	2011	Em meio a uma crise política a Presidente Dilma Rousseff ordena o cancelamento da preparação, produção e divulgação do Kit de combate à homofobia nas escolas.
14ª Conferência Nacional de Saúde	2011	Ministro da Saúde assina e publica, em 01 de dezembro de 2011, a Portaria MS nº 2.836, institui a Política Nacional de Saúde Integral LGBT e redefine o Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT, que tem como uma de suas funções o acompanhamento e monitoramento da implementação da PNSI LGBT.
Política Nacional de Saúde Integral LGBT	2011	Promove a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equânime.
Decreto nº 43.065/2011	2011	Dispõe sobre o direito ao uso do nome social por travestis e transexuais na administração direta e indireta do Estado do Rio de Janeiro.
Decreto nº 33.376/2011	2011	Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro - 02 de fevereiro de 2011, que criou, na estrutura organizacional do Gabinete do Prefeito GBP, a Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual GP/CEDS;
Decreto nº 33.815/2011	2011	Dispõe sobre a proibição da discriminação em razão da orientação sexual e identidade de gênero

		e sobre a obrigatoriedade do aviso com a indicação da Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual (CEDS) para esclarecimentos, denúncias e reclamações nos postos de atendimento dos serviços.
Decreto nº 33.535/2011	2011	Redefinição de decretos antigos sobre a estrutura organizacional e a funcionalidade da Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual (CEDS)
Portaria nº 01/2011	2011	Detalhamento de atuação da Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual (CEDS) para medidas de conscientização, prevenção e combate ao “bullying” motivado pela homofobia.
II Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos LGBT	2011	Tema: "Por um país livre da pobreza e da discriminação, promovendo a cidadania de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais" e o Supremo Tribunal Federal aprovou por unanimidade o reconhecimento das relações homoafetivas como entidades familiares.
Decreto 35.816/2012	2012	Detalhamento de atuação da Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual (CEDS) para inclusão de medidas de conscientização, prevenção e combate à violência motivada pela homofobia.
Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT	2012-2015	O Ministério da Saúde divulgou o Plano Operacional da PNSI LGBT. Foram organizadas ações de fortalecimento tanto do Movimento Social, quanto de gestões estaduais e municipais de saúde para a implementação da PNSI LGBT. Suas diretrizes e objetivos estão voltados para a promoção da equidade.
Portaria nº 2.803 que “Redefine e amplia o processo Transexualizador” no SUS	2013	A portaria visa ampliar a rede de atendimento para travestis e transexuais; atualizar o processo de habilitação dos serviços que prestam assistência aos usuários (as) com demanda para o Processo Transexualizador; padronizar os critérios de indicação para a realização dos procedimentos previstos no Processo Transexualizador e inclui a demanda dos transexuais masculinos.
Portaria 2712 que redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos	2013	Ministério da Saúde publicou a portaria que entre outras ações redefine os procedimentos de doação de sangue no Brasil, passando a garantir acolhimento

		isento de manifestação de juízo de valor, demanda histórica do Movimento LGBT. Ressalta-se aqui o conflito presente nesta portaria, onde em um artigo garante-se ao candidato à doação o acolhimento isento de discriminação por Orientação Sexual, e em outro artigo exclui deliberadamente homossexuais com vida sexual ativa, mesmo que este esteja em um relacionamento estável com parceiro único e fixo.
Portaria ministerial nº 766/2013	2013	Institui o Sistema Nacional de Promoção de Direitos e Enfrentamento à Violência Contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT
Portaria nº 2.803/2013	2013	Redefinição e ampliação do Processo Transexualizador no SUS.
Resolução nº 175/2013	2013	Dispõe sobre a habilitação, celebração de casamento civil, ou de conversão de união estável em casamento, entre pessoas de mesmo sexo.
Resolução Conjunta nº 056/2013	2013	Dispõe sobre a instituição do Programa de Atenção Integral à Saúde da População de Transexuais e Travestis na Rede Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS e CEDS
Portaria nº 2.807/2013	2013	Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para implementação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS), com foco na implementação de ações. A política do ParticipaSUS que, como uma política “guarda-chuva”, passou a ter a responsabilidade de financiar a implementação da PNSI LGBT e de outras políticas setoriais de equidade em saúde.
Portaria nº 767/2013	2014	Institui o Comitê Nacional de Políticas Públicas LGBT
Portaria Interministerial nº 01/2015	2015	Institui a Comissão Interministerial de Enfrentamento à Violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CIEV-LGBT).
III Conferência Nacional LGBT	2016	Teve como Tema: “Por um Brasil que Criminalize a Violência contra LGBT” Propôs a reflexão, sob a perspectiva de promoção de direitos, considerou necessidade de investimentos em ações voltadas à educação, à comunicação e à cultura em direitos

		humanos.
Decreto nº 8727	2016	Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.
Decreto nº 46.172/2017	2017	Institui “Carteira de Identidade Social”, a ser expedida pelo DETRAN/RJ, para identificação de pessoas travestis e transexuais que desejarem usar o “Nome Social” no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.
Resolução 73/2018 do Conselho Nacional de Justiça	2018	Autoriza os cartórios a mudarem o prenome e gênero de maiores de 18 anos em seus registros de nascimento e casamento a fim de adequá-los à identidade auto percebida, sem a necessidade de laudos médicos e/ou ação judicial.
Lei nº 6.329/2018	2018	Dispõe sobre o direito ao uso do nome social por travestis e transexuais na administração direta e indireta do Município do Rio de Janeiro
Delegacia de Crimes Raciais e Delitos de Intolerância (DECRADI)	2018	A delegacia terá como prioridade registrar e investigar casos que tenham como motivação crimes de ódio e discriminação, como racismo, injúria, xenofobia, homofobia e outros tipos de preconceito.
ADO 26 – Ação Direta de Inconstitucionalidade por omissão	2019	Reconhecimento pelo Supremo Tribunal Federal (STF) da criminalização da homofobia e transfobia tais como crimes de racismo.
ADI 5543 – Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão	2020	Reconhecimento pelo Supremo Tribunal Federal (STF) da inconstitucionalidade de dispositivos da Portaria 158/2016 do Ministério da Saúde e da Resolução RDC 34/2014 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária sobre a proibição para doação de sangue dos homens que tiveram relações sexuais com outros homens e/ou as parceiras sexuais em 12 meses antecedentes.
Decreto nº 47.237/2020	2020	Altera a denominação do Programa “Rio Sem Homofobia” para Programa “Rio Sem LGBTfobia”.
Lei nº 3.476/2020	2020	Estabelece que o Governo do Estado do Rio de Janeiro é obrigado a criar Delegacia

		de Crimes Raciais e Delitos de Intolerância (DECRADI) nas diversas regiões fluminenses.
Lei nº 3.443/2020	2020	Estabelece a necessidade de elaboração pelo Instituto de Segurança Pública (ISP) de relatório com dados estatísticos relacionados à discriminação contra indivíduos ou grupos em razão de sua etnia, raça, cor, classe social, sexualidade ou por intolerância religiosa, ocorrida no Estado do Rio de Janeiro, e a criação de subtítulo correspondente nos Registros de Ocorrência da Polícia Civil

---

Fonte: Elaboração própria com base em SILVA et al (2017), pag. 143 e Rio de Janeiro (RJ) (2019)

A PNSILGBT tem como seu objetivo geral promover saúde integral, eliminar a discriminação e o preconceito institucional, cooperar para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. Além dos objetivos específicos que são: determinar mecanismos de gestão para alcançar maior equidade; ampliar o acesso e garantir o respeito e qualidade para resposta a suas demandas e necessidades; qualificar a rede de serviços para atenção e cuidado integral; qualificar a informação em saúde em relação a análise dos dados da população e monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços da população LGBT; oferecer atenção e cuidado a adolescentes e idosos LGBT; estimular a participação dessas pessoas nos Conselhos e nas Conferências de saúde; incluir ações educativas sobre a temática LGBT nas rotinas dos serviços de saúde; dentre outros (BRASIL, 2013).

Para implementação da PNSILGBT algumas questões foram consideradas e aqui destaco algumas delas: discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero como determinantes sociais da saúde; o desenvolvimento social como condição imprescindível para o alcance da saúde; a exclusão social interferindo diretamente na qualidade de vida e de saúde do grupo LGBT e o incentivo para realização de ações que visem à superação do preconceito e da discriminação (BRASIL, 2013).

Compete as Secretarias Municipais: implementar a PNSI LGBT no município; identificar as necessidades de saúde da população LGBT; incluir os preceitos dessa Política no Plano Pluri Anual (PPA) de acordo com as necessidades identificadas; estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação de gestão e do impacto da implementação da PNSI LGBT; articular com outros setores de políticas sociais; incluir questões de gênero e sexualidade nas educações permanentes para os profissionais da saúde, implementar práticas educativas na rede de serviços do SUS e assim melhorar a visibilidade desse grupo; apoiar a participação social de movimentos sociais da população LGBT.

Em conformidade à Resolução nº 2, de 6 de dezembro de 2011, da Comissão Intergestores Tripartite, foi apresentado o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT a fim de apresentar estratégias para implementação dessa política para as gestões federal, governamental e municipal. Como visto em BRASIL, 2011, o Plano foi estruturado em quatro eixos a saber:

Eixo 1: Acesso da população LGBT à Atenção Integral à Saúde que versa sobre o planejamento de ações que promovam equidade dos grupos vulneráveis, a promoção de estratégias de ações intersetoriais, a estimulação a participação nos movimentos sociais,

a contribuição no processo de informação de dados de gênero e sexualidade e o enfrentamento dos preconceitos e desigualdades vivenciados por essa população.

Eixo 2: Ações de Promoção e Vigilância em saúde para a população LGBT que aborda sobre o aperfeiçoamento dos instrumentos de vigilância em saúde, inserindo os quesitos de identidade de gênero e orientação sexual e o desenvolvimento de estratégias para qualificar essas informações.

Eixo 3: Educação Permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT que trata da garantia da realização de educação em saúde para gestores e profissionais de saúde, conselheiros de saúde e lideranças locais voltadas para as especificidades da população LGBT e para o enfrentamento das discriminações vivenciadas por eles.

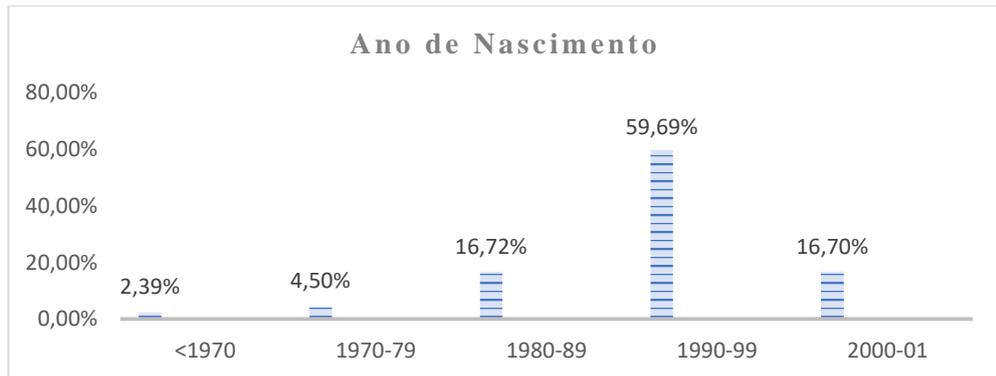
Eixo 4: Monitoramento e avaliação das ações da saúde da população LGBT que propõe que o monitoramento esteja baseado nas ações propostas nesse Plano e que seja levado em consideração a morbimortalidade e no acesso à saúde integral dessa população.

Apesar dessas diretrizes, ainda hoje importantes lacunas são identificadas nos dados demográficos da população LGBT, evidenciadas pela não inclusão, nas principais pesquisas populacionais de censo nacional, de questões sobre orientação ou identidade sexual e identidade de gênero. A falta de informações oficiais impacta diretamente nas tomadas de decisão do poder público acerca de ações voltadas para o desenvolvimento do cuidado para essa população. A invisibilidade e a insuficiência de conhecimento das necessidades e demandas no cuidado em saúde que considere as questões de gênero e orientação sexual demonstram as desigualdades vivenciadas nas diferentes esferas da saúde. (CALAZANS et al, 2021).

Importante ressaltar que a maioria dos dados demográficos referentes à população LGBT são produzidos por organizações não governamentais (ONG). Uma dessas ONGs, a TODXS, foi criada em 2017, com o objetivo de promover a inclusão de pessoas LGBT através iniciativas de formação de lideranças, pesquisas, conscientização e segurança. Motivada pelos numerosos relatos de lgbtfobia e, justamente, pela necessidade de se obter dados essa organização realizou um estudo com essa população no ano de 2018. Cabe destacar que os responsáveis pela pesquisa informam que a metodologia utilizada (questionário digitalizado), favoreceu a participação de pessoas de classe média alta que tem acesso às tecnologias

necessárias, o que levou à super-representação de pessoas LGBT de classe média, branca, homossexual e cisgênero. Apesar dessa limitação e diante da falta de pesquisas, essa iniciativa foi muito relevante. Desse estudo foi elaborado o “Relatório da Pesquisa Nacional por Amostra da População LGBTI+” que, após validação dos dados, ficou com 15.326 respostas e cujos principais resultados estão destacados abaixo.

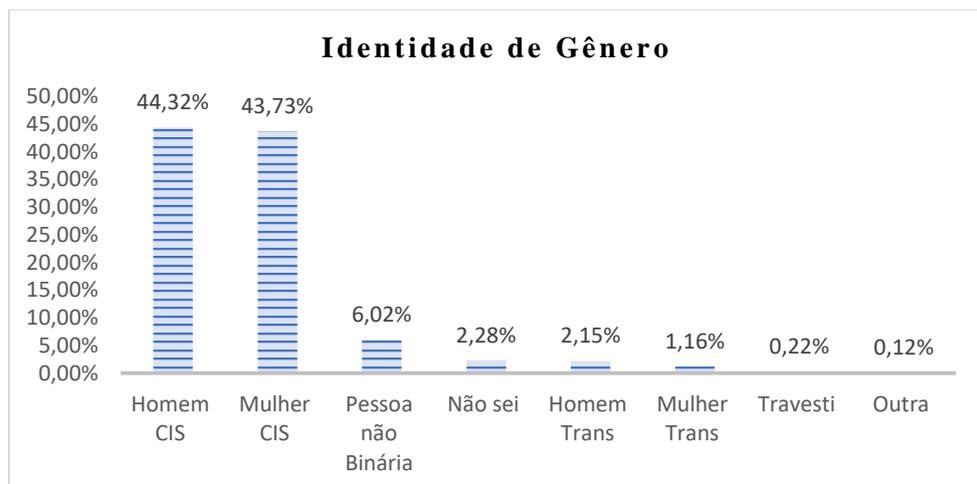
Gráfico 1: Ano de nascimento



Fonte: Relatório (MONTEIRO et al, 2018)

O gráfico 1 demonstra que 76,39% da população que respondeu é formada de jovens, o que pode ser consequente ao fato de a pesquisa ter sido realizada por meio da internet e divulgada nas redes sociais.

Gráfico 2: Qual a sua identidade de gênero?

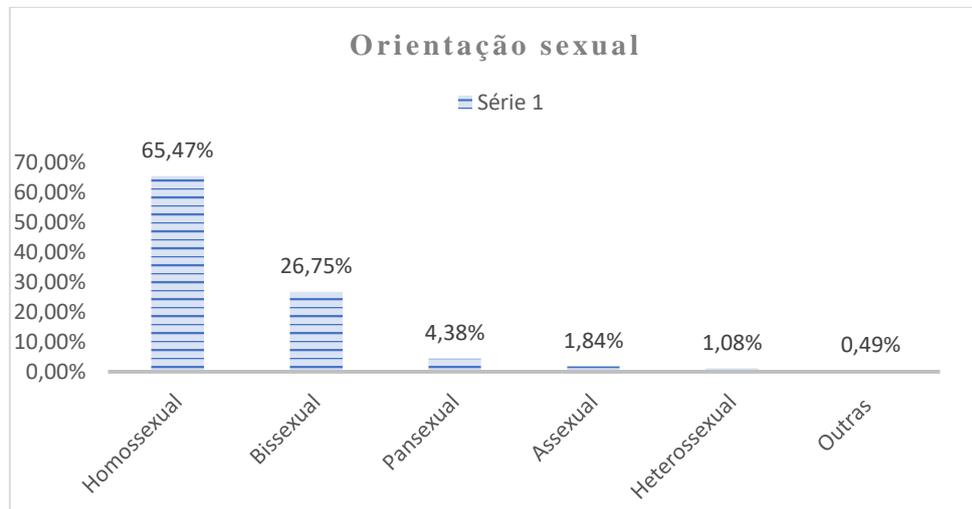


Fonte: Relatório (MONTEIRO et al, 2018)

O gráfico 2 demonstra que uma vasta maioria, 88,05% dos participantes da pesquisa são majoritariamente pessoas cis, com percentuais semelhantes entre homens e mulheres. As

peças transgênero e travestis (população T) correspondem a apenas 3,53% dos pesquisados e podem estar subrepresentadas, como mencionado acima.

Gráfico 3: Em relação à sua orientação sexual, você se considera?



Fonte: Relatório (MONTEIRO et al, 2018)

O gráfico 3 mostra que mais de 65% das pessoas que responderam ao questionário se autodeclararam homossexuais, que é uma maioria significativa, correspondente a mais que o dobro dos que se declaram bissexuais – segunda categoria mais frequente.

Lionço (2008) afirma que na falta dessas informações, as condições e as representações sociais da população LGBT devem ser consideradas nos agravos à saúde desses grupos. Ela enfatiza que a qualificação do cuidado a essas pessoas, não diz respeito exclusivamente a suas características específicas, mas, principalmente, aos efeitos das representações e significações que incidem sobre suas práticas sexuais e modos de vida que subvertem os padrões da heteronormatividade.

Belém et al (2018) realizaram um estudo qualitativo, por meio de entrevistas semiestruturadas com enfermeiros, que atuavam na ESF pelo menos por um ano de atuação, em Juazeiro do Norte. A análise foi baseada nos quatro eixos estratégicos do plano operacional da PNSILGBT e foram encontrados os seguintes achados: no primeiro, referente ao acesso e a integralidade do cuidado, foi identificada a baixa adesão das pessoas LGBT às unidades pelo medo de atitudes discriminatórias de profissionais e/ou usuários; o segundo, relativo a promoção e vigilância, evidenciou, o desconhecimento desses sobre a necessidade de atuação voltadas para vulnerabilidades, IST e aspectos psicológicos; no terceiro, sobre a educação permanente e a educação popular LGBT, foi demonstrada a dificuldade dos profissionais em

abordar questões específicas dessa população e o desconhecimento da PNSILGBT; e no quarto, relativo ao monitoramento e avaliação das ações de saúde, foi mostrado que a falta de apoio dos gestores, a sobrecarga dos enfermeiros e a falta de recursos impactam no desenvolvimento das ações.

Por um período longo, políticas públicas voltadas para a população LGBT estiveram focadas na prevenção e tratamento do HIV e ISTs mas, no começo do século XXI, foram identificadas outras doenças crônicas que comprometem a qualidade de suas vidas. Como, por exemplo, a maior frequência de obesidade em mulheres cis lésbicas e bissexuais, asma e artrite em mulheres cis heterossexuais, o câncer anal e o relacionado ao HIV entre homens cis gays e bissexuais e o aumento da incidência de problemas de tromboembolismo pelo uso do estradiol em pessoas trans. Assim como há evidências de que as pessoas LGBT apresentam o dobro de chances de fazer uso de tabaco, uso prejudicial de álcool e de estresse, que representam fatores de risco à sua saúde. (PADILHA et al, 2021).

Os achados de Garcia et al (2016) confirmam esses dados. Os autores realizaram uma pesquisa, por meio de entrevistas, com um grupo de minorias sexuais do Nordeste do Brasil, que tinha como objetivo identificar as “Representações Sociais de saúde e as principais desigualdades, obstáculos e desafios vivenciados pela população LGBT com relação ao acesso aos serviços de saúde” (p.1). Os resultados apontam que a existência de atendimentos discriminatórios, de caráter preconceituoso, que causam constrangimentos, com condutas inadequadas, incluindo ofensas verbais por parte de profissionais. Essas atitudes causam medos e inseguranças nos usuários LGBT, que acabam se afastando dos atendimentos em saúde. Como consequência, registram-se agravos na saúde dessa população, como a concentração de HIV/AIDS entre transexuais e em homens que fazem sexo com homens (HSH), ampliação das taxas de distúrbios mentais e tentativas de suicídio, maior uso de álcool e substâncias psicoativas, dentre outros. Além disso, nas respostas dos entrevistados evidencia-se uma visão simplista de saúde, como equivalente à ausência de doenças e ao sexo seguro, que pode estar embasada pela crença de que pessoas LGBT só têm direito aos cuidados que se relacionem com sua sexualidade como, por exemplo, restritos a infecções sexualmente transmissíveis e pouco voltados para as histórias de vida desses usuários e a integralidade do cuidado.

A epidemia de aids, por um lado, foi decisiva para aumentar a visibilidade social da população LGBT, fomentar a sua vocalização por direitos humanos e de saúde e permitir que as necessidades e direitos dessa população fossem evidenciados. Por outro lado, Silva (2019), argumenta que essa epidemia também contribuiu para reforçar a segregação da população LGBT em função do alto número de indivíduos contaminados nesse grupo. Segundo o autor,

esta perspectiva perdura até os tempos atuais e empobrece o cuidado em saúde que, frequentemente, prioriza abordagens voltadas para detecção e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e negligencia o cuidado integral.

Necessidades em saúde são entendidas como problemas de saúde além das carências e vulnerabilidades nos modos de vida e as demandas caracterizam-se pela vontade em saúde além da “conjugação de fatores sociais, individuais e culturais prevalentes” (BARCELOS & SILVA JUNIOR, 2018). Apesar da existência de políticas para pessoas LGBT, iniquidades ainda são identificadas nos cuidados à essa população e se evidenciam tanto no desconhecimento de suas necessidades e demandas quanto nas discriminações e preconceitos institucionais vivenciados por elas.

Ciampolim e colaboradores (p.61-62) apontam como necessidades de saúde da população LGBT: questões da saúde mental (depressão, suicídio, automutilação, transtornos mentais relacionados à homofobia); redução de danos quanto ao uso abusivo de drogas; prevenção de violência, prevenção/diagnóstico precoce de câncer; saúde anorretal; saúde oral; imunizações e tratamentos de ISTs, HIV/AIDS e hepatites virais. Segundo o Relatório da implantação da PNSILGBT no município de São Paulo e as ideias de Mello e Peruchi e colaboradores (apud BARCELOS & SILVA JUNIOR, 2018) as principais demandas são : lesões dermatológicas, cuidados com o corpo e nutrição; nome social, hormonioterapia, complicações do uso de silicone industrial, readequação sexual; enxerto e retirada de silicone, mastectomia, histerectomia, colocação de próteses; fonoaudiologia para organização da voz; pediatria e herbiatria, em função da transexualidade infantil; saúde mental (bullying, isolamento, exclusão social) e sintomas infecciosos.

Negreiros et al (2019) entrevistaram médicos que trabalhavam com carga horária mínima de 20 horas, em Unidades Básicas de Saúde, do Nordeste do Brasil. O estudo objetivava relacionar as necessidades de saúde da população LGBT e a formação médica. Quanto à construção do saber médico científico para saúde LGBT, os profissionais declararam que não participaram de capacitações sobre o tema por falta de tempo ou de estímulos do empregador, não tiveram formação para atendimento à essa população na universidade e que foram capacitados sobre questões genéricas sobre a sexualidade em algumas disciplinas e em temas como o câncer, o aborto, as ISTs e o HIV/AIDS. Em relação ao cuidado à saúde LGBT foram delineadas várias fragilidades, como a identificação das pessoas LGBT com a aids, o desconhecimento das demandas e necessidades, rejeição à homossexualidade e discriminação das travestis, o não uso do nome social, o julgamento moral e religioso, a reprovação pelos gestos e olhares.

Por fim, a patologização da orientação sexual e da identidade de gênero agrava a limitação do conhecimento e a atuação de profissionais e gestores no acolhimento as necessidades e demandas de pessoas LGBT. Como apontado, essa população é composta por uma variedade de grupos distintos que apresentam particularidades e especificidades (CALAZANS et al, 2021) que devem ser consideradas nos cuidados em saúde.

### 3.5 O NASF E SUAS POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi constituído em 2008 por meio da Portaria nº 154 “com o objetivo de 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”. Atualmente a portaria vigente é a de nº 2436, de 21 de setembro de 2017 que renomeia o NASF como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB. A formação dessa equipe deve ser baseada na análise do território e das redes de serviço e as categorias profissionais possíveis são terapia ocupacional, fisioterapeuta, psicologia, nutricionista, profissional de educação físico, sanitarista, psiquiatra, homeopata, ginecologista, entre outros.

Um ponto a ser considerado no atual momento do NASF é a fragilidade imposta à essa equipe com as mudanças no financiamento, a partir da portaria Nº 2979 de 2019, que institui o programa do governo federal Previne Brasil. Esta portaria revogou portarias anteriores e retirou do NASF o incentivo financeiro federal, além de transferir aos gestores municipais a decisão sobre a sua existência, funcionamento e composição, o que torna a sua criação muito mais suscetível às fragilidades locais.

O NASF se organiza como uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, que atua junto às EqSF e aos usuários, além de articular com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e com as Redes Intersetoriais, a fim de garantir a ampliação da clínica e a integralidade do cuidado. Caracteriza-se como dispositivo estratégico com foco no território adscrito e apoiado no referencial teórico-metodológico de apoio matricial, que propõe o compartilhamento de práticas e saberes com as EqSF, em suas dimensões clínico-assistencial e técnico pedagógico, a ampliação da capacidade clínica das equipes (BRASIL,2014 e BRASIL,2017). O Quadro 2 apresenta a diferenciação dessas equipes no apoio matricial.

Quadro 2: Características das equipes de referência e equipes de apoio

RAS	Equipe de Referência – Equipe de AB	Equipe de Apoio – NASF
Função	Referência e responsável pela coordenação do cuidado de determinada população.	Apoio para equipes de AB, visando ampliar a oferta e a qualidade das ações e aumentar a resolutividade desse ponto de atenção.
Definição	Conjunto de profissionais inseridos na AB e considerado essencial para a condução dos problemas de saúde.	Conjunto de profissionais inseridos na AB que oferecem retaguarda às equipes de referência conforme as necessidades de cada usuário, família, comunidade e conformação da rede de atenção e dos serviços locais.
Responsabilidade	Responsável pela condução longitudinal de casos individuais, familiares ou comunitários.	Corresponsável por usuários adscritos às equipes de AB e, ao mesmo tempo, pelas próprias equipes de AB. Ou seja, além de poder atuar diretamente com usuários (mediante critérios e fluxos combinados), deve orientar as equipes vinculadas segundo seu núcleo de conhecimento, agregando recursos de saber e buscando aumentar sua capacidade para a resolução de problemas (transferência tecnológica).
Atuação	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Identifica a necessidade de solicitação do apoio, regulando o acesso dos usuários aos profissionais do NASF.</li> <li>– Propõe e pactua propostas terapêuticas com os profissionais de apoio.</li> <li>– Realiza ações compartilhadas com o NASF quando acordadas</li> <li>– Compartilha e, portanto, não transfere a responsabilidade ao profissional de apoio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Analisa as solicitações de apoio e identifica necessidades das equipes vinculadas a partir da relação estabelecida com elas.</li> <li>– Propõe e pactua propostas terapêuticas com a equipe de AB, considerando a possibilidade de realização de ações compartilhadas com esses profissionais e ações específicas do NASF</li> <li>– Realiza ações compartilhadas com a equipe de AB e/ou ações específicas, quando acordadas (neste caso, compromete-se a manter contato com a</li> </ul>

		equipe de referência sobre o caso. – Compartilha a responsabilidade pela condução do cuidado.
--	--	--

Fonte: BRASIL, 2014 Caderno de Atenção Básica nº 39

A partir de 2003 o apoio matricial foi introduzido em alguns programas do Ministério de Saúde, inicialmente na Saúde Mental, que o concebeu como uma forma de organização da saúde mental da APS (BRASIL, 2003). Apesar do reconhecimento do potencial do apoio matricial foi apenas em 2008, com a criação do NASF, que subsídios financeiros foram disponibilizados para contratação de profissionais para o apoio das EqSF (BRASIL, 2008).

Importante ressaltar que o apoio matricial se apresenta em duas dimensões: uma assistencial e outra técnico-pedagógica. Essas dimensões podem ser exercidas através de discussões de caso ou atendimentos conjuntos, visitas domiciliares ou realização de grupos. Essas ações pretendem contribuir na qualificação e conseqüentemente na ampliação da clínica e na capacidade resolutiva das equipes de referência (Campos et al, 2014).

O apoio matricial é uma estratégia que acontece a partir da integração das eqSF e os núcleos ampliados que, a partir das demandas e necessidades de saúde apresentadas por essas equipes, objetiva contribuir para o desenvolvimento de uma clínica ampliada e da integralidade do cuidado. O apoio matricial está norteado pela interprofissionalidade, no trabalho em rede, no compartilhamento de saberes, na “lógica da cogestão e apoio nas relações entre os profissionais, substituindo as relações burocráticas e hierarquizadas tradicionais, que possuem desequilíbrio de poder” (CASTRO & CAMPOS, 2016). Essas ações devem estar comprometidas com a ampliação da capacidade de análise, intervenção e autonomia para construção de práticas inovadoras (BISPO JUNIOR e MOREIRA, 2017).

Compete às equipes NASF “participar do planejamento conjunto das equipes de AB; contribuir para integralidade do cuidado de usuários do SUS, realizar discussão de casos e educação permanente, atendimento individual e compartilhado, interconsulta, intervenção no território e na saúde de grupos populacionais em todos os ciclos de vida, ações intersetoriais, de prevenção e de promoção de saúde e discussão do processo de trabalho das equipes, dentre outros” (BRASIL, 2017).

Os profissionais do NASF podem empregar algumas ferramentas e modos de atuar transversais para operacionalização do apoio matricial, como em BRASIL (2014):

- (1) Grupos: objetivam o empoderamento, o desenvolvimento da autonomia, a participação, a corresponsabilização dos usuários. Alguns exemplos de grupos:

terapia comunitária, de convivência, de mulheres, operativos, motivacionais e terapêuticos;

- (2) Projeto Terapêutico Singular (PTS): instrumento de organização de cuidado entre equipe e usuário, levando em consideração a singularidade de sujeitos e coletivos, onde serão construídas propostas articuladas de ação a partir da discussão de uma equipe interdisciplinar;
- (3) Genograma: tem como principal função a organização dos dados da família e seu processo relacional, ele possibilita uma visualização rápida da organização familiar e suas características e onde são registrados dados relevantes;
- (4) Ecomapa: é um instrumento de avaliação familiar onde é possível identificar as redes de apoio sociais e as ligações da família e a comunidade.
- (5) Atendimento domiciliar compartilhado: essa atividade envolve os profissionais e familiares e possibilita o aprofundamento dos casos.
- (6) Atendimento individual compartilhado: permite a aproximação da equipe de apoio e o usuário, oportunizando discussão sobre o caso antes e depois do atendimento.
- (7) Atendimento individual específico: esses atendimentos são possíveis de acontecer e não são inviabilizados pela lógica do apoio matricial.

Quadro 3 – Atividades que podem compor as agendas NASF

Elemento estruturante	Descrição da atividade	Condições e ações para organização da atividade
Reunião de matriciamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espaço de ocorrência periódica destinado à problematização, ao planejamento, à programação e à execução de ações colaborativas entre NASF e equipes de AB.</li> <li>• Engloba discussões de casos e temas (fortemente relacionados à educação permanente), pactuações entre o NASF e as equipes vinculadas, planejamento e programação de ações (construção de propostas de grupos, atendimentos e intervenções entre as equipes), ações de vigilância em saúde, monitoramento e</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horário protegido na agenda dos profissionais envolvidos.</li> <li>• Organização inicial das equipes de AB para definição de casos, demandas e propostas para matriciamento.</li> <li>• Organização do NASF para devolutivas de casos acompanhados (por exemplo, por meio de listas de casos em acompanhamento, planilhas compartilhadas etc.), temas de educação permanente, sensibilização das equipes, propostas de ações etc.</li> <li>• Utilização de reuniões já existentes de</li> </ul>

	<p>outras.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pauta-se em uma relação dialógica e horizontal entre os profissionais que compõem tais equipes e está baseada em uma abordagem centrada na pessoa e com enfoque intersubjetivo e interdisciplinar.</li> </ul>	<p>equipes de AB ou criação de novos espaços (envolvendo o máximo possível de profissionais do NASF em cada reunião).</p>
Reunião de Equipe NASF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espaço de ocorrência periódica entre os profissionais que compõem o NASF para articulação e organização como equipe. Utilizado para: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Debate sobre o modo de operar do NASF e assuntos pertinentes às UBS e equipes de AB.</li> <li>– Ajustes e avaliação da agenda de trabalho.</li> <li>– Planejamento e programação de ações articuladas entre os profissionais e de ações específicas de cada categoria profissional do NASF com base nas necessidades das equipes vinculadas.</li> <li>– Desenvolvimento de pesquisas e materiais de apoio.</li> <li>– Educação permanente da equipe NASF,</li> <li>– Alinhamento de conceitos, organização de protocolos e linhas de cuidado e discussão de ações realizadas por profissionais de mesma categoria.</li> <li>– Debate de questões administrativas com a coordenação do NASF ou da Atenção Básica</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horário protegido na agenda de todos os profissionais do NASF.</li> <li>• Monitoramento do trabalho integrado para levantamento das dificuldades e potencialidades e proposição de ações, a partir das necessidades das equipes vinculadas.</li> </ul>
Atendimento individual compartilhado e específico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimento individual compartilhado: realizado conjuntamente entre o profissional NASF e, no mínimo, um membro da equipe vinculada.</li> <li>• Atendimento individual específico: realizado apenas pelo profissional do NASF, após regulação e pactuação com a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocorrência das reuniões de matriciamento para discussão dos casos e pactuação das ações (os atendimentos realizados pelo NASF devem ser precedidos de pactuação prévia com as equipes de AB).</li> <li>• Abertura dos profissionais para</li> </ul>

	<p>equipe de AB vinculada, atrelado a um projeto terapêutico produzido conjuntamente.</p>	<p>a realização de atendimentos e visitas domiciliares compartilhadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Horário protegido na agenda do NASF e da equipe de AB para a realização de ações compartilhadas.</li> <li>• Conhecimento dos usuários pela equipe de AB para discussão de caso e construção do Projeto Terapêutico Singular.</li> <li>• Utilização de fluxos, critérios e atribuições pactuados. Importante ressaltar que devem ser flexíveis por se tratar de uma lógica em que os casos podem apresentar singularidades que vão além do que foi definido previamente.</li> <li>• Uso de mecanismos de devolutiva dos casos atendidos exclusivamente pelo NASF às equipes de AB (por meio de prontuários, listas de pessoas em acompanhamento, discussão em reuniões de matriciamento ou outros meios).</li> <li>• Oferta em todas as UBS adscritas ao NASF, conforme necessidade local.</li> </ul>
<p>Atendimento domiciliar compartilhado e específico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visa a promover o acesso dos usuários restritos ao leito ou ao domicílio.</li> <li>• Pode ser realizado em conjunto com ao menos um profissional da equipe de AB (recomendado), servindo, também, como estratégia de educação permanente e manutenção de vínculo com essa equipe, ou apenas pelo profissional do NASF após regulação e pactuação com a equipe vinculada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocorrência das reuniões de matriciamento para pactuação das ações (temas dos grupos, periodicidade, critérios para acesso aos grupos específicos do Nasf etc.).</li> <li>• Horário protegido na agenda do NASF e das equipes de AB para ações compartilhadas.</li> <li>• Utilização de fluxos, critérios e atribuições pactuados. Importante ressaltar que devem ser flexíveis,</li> </ul>
<p>Atividade coletiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividade coletiva compartilhada: apoio para planejamento, programação ou</li> </ul>	<p>considerando as necessidades de cada</p>

<p>compartilhada e específica</p>	<p>execução conjunta de grupos de educação e saúde e ações de sensibilização desenvolvidas na UBS ou em outros espaços comunitários. O apoio pode ocorrer sempre que demandado pelas equipes de AB, a partir da identificação pelo NASF da necessidade de qualificação dos grupos já realizados ou da necessidade de incentivo ao desenvolvimento de grupos de promoção à saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividade coletiva específica: atividade em grupo coordenada pelo profissional do NASF específica de seu núcleo de saber. Recomenda-se a participação de profissionais da equipe de AB nesses grupos como estratégia de educação permanente na Atenção Básica (transferência tecnológica).</li> </ul>	<p>usuário.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oferta em todas as UBS adscritas ao NASF conforme necessidade local. Para otimizar as ações, principalmente aquelas coordenadas pelo NASF, podem ser realizadas de forma a abranger mais de uma equipe ou UBS vinculada.</li> <li>• Considerar que o acesso aos grupos específicos do NASF também deve ser regulado e pactuado com as equipes de AB.</li> </ul>
<p>Elaboração de materiais de apoio, rotinas, protocolos e outras ações de educação permanente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ações direcionadas para a elaboração de materiais de apoio, rotinas, protocolos e outras ações de educação permanente devem ser realizadas sempre que necessárias.</li> <li>• A identificação dessa necessidade pode ser realizada por meio de demanda direta das equipes ou a partir do próprio profissional do NASF no desenvolvimento das ações com as equipes vinculadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocorrência das reuniões de matriciamento para pactuação das ações.</li> <li>• Horário protegido na agenda dos profissionais do NASF para a elaboração dos materiais.</li> <li>• Utilização de fluxos, critérios e atribuições pactuados para a elaboração dos materiais (incluindo normas e protocolos estabelecidos nas diferentes esferas de gestão).</li> <li>• Identificação de temas ou situações de maior dificuldade para a resolutividade e a qualificação do cuidado.</li> <li>• Oferta em todas as UBS adscritas ao NASF conforme pactuação local.</li> </ul>

O NASF, a partir de sua organização, competências e ferramentas de trabalho tem papel fundamental na ampliação do acesso e na realização de um acolhimento menos preconceituoso e mais integral, diminuindo os estigmas e as vulnerabilidades vividos pela população LGBT, seja em ações no território em que vivem ou nos cuidados oferecidos pelos profissionais das unidades de saúde, para que considerem as reais necessidades e especificidades deste grupo.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa adotará a abordagem qualitativa. A metodologia qualitativa aplicada à saúde busca “estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para vida das pessoas” (TURATO, 2005). Segundo Minayo e Sanches (1993), essa metodologia faz uma aproximação entre sujeito e objeto e refere-se a “empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir das quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas”. Cavalcante et al, 2014 sinalizam que a pesquisa qualitativa, além de permitir descobrir os processos sociais pouco evidenciados sobre determinados grupos, permite a criação de “novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias para a investigação” (p.14).

### 4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em uma das áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro. Cabe ressaltar, que o município se divide em dez áreas programáticas (AP) e estas têm a responsabilidade de gerenciar os serviços de saúde de determinado território. Como recorte da pesquisa a área programática escolhida foi a 3.1, área de atuação profissional da pesquisadora, o que facilitou a organização do trabalho de campo. A AP 3.1 se localiza na zona norte do município, com 28 bairros compostos pelas regiões do Complexo do Alemão, Complexo da Maré, Ilha do Governador, Penha, Ramos e Vigário Geral. Esse território representa 7% do território municipal e abrange uma área de 85,36km<sup>2</sup> (IBGE, 2019), com uma densidade demográfica acima de 10.386 hab/km<sup>2</sup> (IBGE,2019) e se constitui como o 5º pior IDH em comparação ao município do RJ com IDH 0,726 e tendo em seu território algumas das piores posições (126ª Complexo do Alemão – 0,711; 123º Complexo da Maré- 0,722, 122º Manguinhos-0,726) e apenas um de seus territórios ranqueados com um dos maiores IDH (3º Jardim Guanabara – 0,9630) (IBGE,2020). Vale esclarecer que o índice de desenvolvimento humano – IDH varia de zero até 01 sendo considerado um índice baixo até 0,499, médio de 0,5 a 0,799 e alto acima de 0,8.

Quadro 4: Rede Saúde da AP 3.1 segundo perfil de atendimento



Fonte: RIO DE JANEIRO, 2021

AP 3.1 está organizada com os seguintes equipamentos de saúde: 32 Unidades de Atenção Primária (14 Centros Municipais de Saúde e 18 Clínicas da Família), 02 Policlínicas, 06 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 05 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) – 03 Municipais e 02 Estaduais, 6 Hospitais - 02 Municipais, 01 Estadual, 02 Federais e 01 Universitário e 01 Instituto de Especialidades. Cabe ressaltar que a AP é contemplada por 9 equipes NASF (56% de cobertura) que se distribuem em 18 Unidades de Saúde da Família com 462.986 usuários cadastrados e matriciam 137 EqSF como apresentado no Quadro 3.

Quadro 5: Organização das Equipes NASF da AP 3.1

<b>EQUIPES NASF (nome)</b>	<b>Unidades de Saúde Clínica da Família</b>	<b>Número de cadastrados</b>	<b>Formação da equipe NASF de referência</b>	<b>Número de equipes matriciadas</b>
NASF ILHA	Assis Valente	22.464	Serviço Social (1) Fisioterapeuta (1) Prof. Ed. Física (3)	7
	Wilma Costa	32.813	Nutricionista (1) Psicóloga (1)	7
NASF VIGÁRIO	Nagib Farah	36.455	Serviço Social (1) Fisioterapeuta (1) Prof. Ed. Física (2) Nutricionista (1)	11
	Eidimir Thiago	21.992	Psicóloga (1) Terapeuta Ocupacional (1)	6
NASF BRÁS DE PINA	Aluysio Novis	24.983	Serviço Social (1) Fisioterapeuta (1) Prof. Ed. Física (1) Psicóloga (1)	7
	Heitor dos Prazeres	16.643	Fonoaudióloga (1)	6
NASF MARÉ 1	Augusto Boal	15.981	Serviço Social (1) Prof. Ed. Física (2) Nutricionista (1) Psicóloga (1)	6
	Diniz Batista	22.683	Fonoaudióloga (1) Terapeuta Ocupacional (1)	6

NASF CORDOVIL	Joãozinho Trinta	18.602	Serviço Social (1) Prof. Ed. Física (1) Nutricionista (1) Psicóloga (1) Fonoaudióloga (1)	6
	Nilda Campos	32.253		8
NASF ALEMÃO	Zilda Arns	46.087	Serviço Social (1) Prof. Ed. Física (2) Fisioterapeuta (1) Nutricionista (1) Psicóloga (1) Fonoaudióloga (1)	14
	Valter Felisbino	23.753		7
NASF MANGUINHOS	Vitor Valla e ENSP	18.809	Serviço Social (1) Prof. Ed. Física (2) Fisioterapeuta (1) Psicóloga (1) Pediatra (1) Psiquiatra (1)	6
	Germano Sinval	22.325		7
NASF PENHA	Felippe Cardoso	42.490	Serviço Social (1) Prof. Ed. Física (2) Fisioterapeuta (1) Psicóloga (1)	14
	Klebel de Oliveira Rocha	23.905	Terapeuta Ocupacional (1) Nutricionista (1)	7
	Américo Veloso	18.574	Profissional de Educação Física (1)	4

NASF MARE 2	Adib Jatene	22.174		8
-------------	-------------	--------	--	---

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

O Quadro 3 retrata a distribuição das equipes NASF no território da AP 3.1, a composição profissional, as unidades e a população cadastrada e o número de equipes matriciadas no momento do desenvolvimento do trabalho de campo. Cabe ressaltar, que esse era um período de retomada da construção do NASF, com a contratação de profissionais e a redistribuição das equipes NASF que apesar disso continuavam sobrecarregadas.

#### 4.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de entrevista que se caracteriza por uma conversa de duas pessoas ou de vários interlocutores com objetivo de obter informações sobre o objeto do estudo (BONI e QUARESMA,2005) e “recolher valores, opiniões, sentimentos e experiências, maneiras de entender a interpretação que produziam de sua própria situação” (ALONSO,2016, pág.12). Nesse estudo foi utilizada a entrevista semiestruturada, com roteiro previamente elaborado (Apêndices B e C), que possibilitou aos profissionais entrevistados expor suas opiniões e vivências sobre o tema abordado no estudo. A entrevista individual foi escolhida por possibilitar maior liberdade e prevenir o desconforto dos entrevistados, já que se trata de tema que coloca em questão muitos tabus, estigmas e preconceitos.

#### 4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram convidados a participar do estudo 15 profissionais que exercem suas funções na área programática 3.1. (Quadro 6). Todos já atuaram como profissionais NASF nessa área e tinham, no momento da entrevista, relação direta com a atuação das equipes NASF, seja como especialistas atuantes nas equipes NASF inseridos em unidades de atenção primária, ou como apoiadores NASF (profissionais que já atuaram na ponta como profissionais NASF e atualmente estão envolvidos na elaboração, planejamento e acompanhamento das ações desenvolvidas por essas equipes). Dentre os 15 convidados, 9 concederam entrevista. Em uma das entrevistas 2 colegas de equipe NASF da pessoa convidada solicitaram participação por terem interesse no tema, e seus pedidos muito bem recebidos pela entrevistada. Desta forma, eles foram integrados após entendimento conjunto entre a entrevistada e a pesquisadora. No

cômputo geral foram realizadas 9 entrevistas, sendo 8 individuais e 1 coletiva, esta última com 3 entrevistados. Por essa razão, estão contabilizados 11 participantes no Quadro 6.

Quadro 6: Perfil sociodemográfico dos participantes

Entrevistado	Perfil				
	Idade	Gênero	Orientação Sexual	Tempo experiência Profissional	Tempo de acumulado NASF atual
Tadeu	30	M	não informado	04	4 meses
Deise	50+	F	não informado	33	3 anos e meio
Betina	27	F	Hetero	03	2 anos e meio
Bárbara	35	F	Hetero	13	3 anos e meio
Susy	50	F	Hetero	27	5 anos
Naila	51	F	Hetero	26	11 anos
Núbia	46	F	Hetero	-	5 anos
Mônica	42	F	Hetero	19	10 anos
Dália	33	F	Bissexual	09	4 anos
Úrsula	30+	F	-	-	-
Geralda	30+	F	Hetero	-	-

Obs: Os nomes são fictícios.

Quanto aos 6 convidados que não participaram, 1 aceitou o convite mas não houve conciliação de agendas; 4 não aceitaram e 1 deles, apesar de concordar inicialmente, não compareceu na data e hora agendadas. As negativas para participação foram justificadas pela falta de tempo e/ou por alegada falta de qualificação devido à ausência de experiência no trabalho com essa população. Importante destacar que, no momento em que os convites foram feitos, foi percebido algum constrangimento em relação ao tema da pesquisa por parte das pessoas que recusaram participação. Isso parece confirmar que questões de gênero e

sexualidade permanecem como tabus para os próprios profissionais de saúde, o que pode impactar negativamente no planejamento e no cuidado oferecido para a população LGBT.

À época do trabalho de campo a AP 3.1 contava com 8 equipes NASF e a seleção dos profissionais se deu de forma que todas as equipes no território da área fossem contempladas, com exceção da equipe da pesquisadora. Pela impossibilidade de entrevistar todos os convidados, 6 equipes estão representadas.

Os participantes foram convidados pessoalmente, presencialmente, ou via WhatsApp. No caso deste, foram enviados convites nos quais a pesquisadora se apresentava e informava os objetivos da pesquisa e sugeria, no caso de aceitação, o agendamento de data e hora para realização da entrevista. No caso dos convites presenciais ou por telefone, essas informações foram prestadas no momento do contato.

Destaca-se que no período de realização das entrevistas houve forte aumento na disseminação dos casos de covid-19, o que tornou aconselhável que o convite fosse apresentado em duas modalidades - presencial e online -, ficando a cargo do profissional a decisão sobre o formato. Das 9 entrevistas realizadas 4 foram presenciais e 5 online. Nas entrevistas presenciais foram tomadas as medidas sanitárias necessárias, tendo em vista a pandemia. Todas as entrevistas eram iniciadas pela leitura do TCLE e só eram iniciadas com a concordância por parte dos entrevistados e da autorização de sua gravação. Salienta-se que não foi percebida diferença entre as duas formas de realizar a entrevista que pudessem prejudicar os resultados obtidos, mas foi identificado que, na modalidade *online*, os profissionais estavam em locais com mais privacidade e abordavam os temas perguntados com mais liberdade.

#### 4.5. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo. Este é um método de análise de dados discursivos e seu foco é “qualificar as vivências dos sujeitos, bem como as percepções sobre determinado objeto e seus fenômenos” (Bardin, 1977 apud Cavalcante, 2014, p.13). O estudo foi realizado de acordo com os pressupostos apresentados por Bardin (1977) para a análise de conteúdo com suas etapas de pré-análise, exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, descritas abaixo.

Pré análise: fase da organização de tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, possui três dimensões: a escolha do material que será escolhido para análise, a formulação de hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que alicerçarão a interpretação do estudo.

Exploração do material: é a administração sistemática das decisões tomadas, onde se faz a categorização.

Tratamento dos resultados: consiste na classificação e agregação dos dados, escolha das categorias que especificam o tema e interpretação.

Desse processo da investigação surgiram quatro categorias de análise: condições e processo de trabalho do NASF, acesso à saúde nas unidades da APS, dimensão técnico-pedagógica e dimensão clínico-assistencial das ações do NASF.

Quadro 7: Categorias analíticas e seus conceitos

CATEGORIAS DE ANÁLISE	DEFINIÇÃO
Condições e processo de trabalho do NASF	Refere-se à estrutura física, às questões organizacionais e ao processo de trabalho.
Acesso à saúde nas unidades da APS	Refere-se não só como a porta de entrada ao cuidado, mas também engloba outras dimensões, principalmente, informação e aceitabilidade.
Dimensão técnico pedagógica das ações do NASF	Consiste nas ações desenvolvidas junto às equipes, objetivando a ampliação do escopo de ação, ampliação da resolubilidade e da integralidade.
Dimensão clínico assistencial na atuação do NASF	Constitui as ações desenvolvidas diretamente relacionada ao cuidado dos usuários.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A coleta de dados foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEP-ENSP) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP SMS-Rio). A investigação foi pautada pelas Resoluções do Conselho Nacional de Pesquisa em Seres Humanos nº 466/2012, nº 510/2016 e nº 580/2018. As entrevistas foram realizadas após autorização e consentimento por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisadora compromete-se com a manutenção do sigilo dos entrevistados e a confidencialidade dos dados, a fim de não possibilitar a identificação dos participantes.

O projeto de pesquisa foi aprovado no CEP-ENSP sob o número 5.077.290, em 03/11/21 e no CEP SMS-Rio, com o número 5.142.366, em 02/12/2021.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base na compreensão de como se deu a construção da política de saúde integral LGBT, das vulnerabilidades vivenciadas por essa população, das competências estabelecidas para as unidades federativas, do papel da atenção primária e do NASF, esta pesquisa buscou estudar como se dá o acesso dessa população aos cuidados em saúde na atenção primária e como as equipes NASF compreendem as dimensões do cuidado e se organizam em relação ao trabalho junto à população LGBT.

Para isso foi elaborado um roteiro para pesquisa que incluiu questões que abordaram o conhecimento dos profissionais NASF em relação às especificidades LGBT, ao planejamento e execução de educação permanente sobre a temática e a ação direta de cuidado às pessoas LGBT pelos profissionais NASF.

Importante ressaltar que os resultados identificados nas categorias de análise estão atravessados pelo impacto da pandemia da COVID-19.

### 5.1. CONDIÇÕES E PROCESSO DE TRABALHO DO NASF

Para apresentar melhor as condições e o processo de trabalho do NASF é necessário contextualizar os últimos acontecimentos na gestão da saúde no Brasil. No ano de 2016, foi aprovada a Emenda Constitucional 95 que estabelece um novo regime fiscal por vinte anos e suprime bilhões de reais da saúde (VAIRÃO JR & ALVES, 2017). Essa medida, com a redução do orçamento da saúde, impossibilita ao Estado o cumprimento de suas obrigações constitucionais uma vez que dita uma alteração de prioridades e dificulta o exercício dos serviços públicos (MENEZES et al, 2019), além de impactar diretamente o trabalho na ponta.

Em 2018, na gestão do Prefeito Marcelo Crivella, foi apresentada proposta de reorganização do serviço da APS que objetivava a “otimização dos recursos” para adequação orçamentária sob o argumento de que a expansão da APS teria sido feita de maneira desordenada entre os anos de 2009 e 2016. Como resultado, das 1263 EqSF existentes 184 foram descredenciadas, afora a redução de equipes de saúde bucal e de equipes NASF. Além de atrasos salariais, demissões que se iniciaram nos anos de 2019 e 2020, não cumprimento dos direitos trabalhistas, mudança de gestores, dentre outras (SILVA, 2020). Essas alterações atingiram diretamente os profissionais, que ficaram sobrecarregados e sem condições de cuidar adequadamente da população. (FERNANDES & ORTEGA, 2020). O quadro 8 demonstra na AP 3.1 uma descontinuidade de 7,14% de EqSF, totalizando 15 equipes. Embora outras áreas a diminuição tenha sido ainda pior, a AP 3.1 é a mais densamente povoada, e vale ressaltar o impacto disso num território vulnerável e com baixo IDH.

Quadro 8: Reorganização da Equipes de Saúde da Família na gestão do Prefeito Marcelo Crivella

AP	Nº de EqSF 2018	Nº de EqSF ajustado	Percentual de perda em relação as equipes atuais	População Cadastrada
1.0	75	65	13,34%	302.424
2.1	64	55	14,06%	205.860
2.2	44	34	22,72%	106.722
3.1	210	195	7,14%	692.403
3.2	119	103	13,44%	388.318
3.3	179	160	10,55%	621.966
4.0	127	91	28,34%	366.987
5.1	161	127	21,11%	523.153
5.2	160	139	13,12%	621.944
5.3	124	110	11,29%	400.461
Total	1263	1079	14,56%	4.230.238

Fonte: Adaptação de RIO DE JANEIRO (RJ), 2018

Em 12 de novembro de 2019, foi instituída a Portaria N° 2979 – Previne Brasil que instaura um novo modelo de financiamento da APS. Fica extinto o piso de atenção básica (PAB fixo e variável) e se estabelece a captação ponderada, o que restringe a universalidade aos usuários cadastrados e, dentre outros efeitos, acaba com incentivo ao NASF.

Nos últimos dois anos, o mundo vivenciou a mais grave crise sanitária do último século com a chegada do coronavírus, que no caso do Rio de Janeiro, foi agravada pelo histórico das iniciativas das gestões municipal e federal. O trabalho da APS precisou de uma nova organização para atender as demandas de cuidado e de ações para a redução do contágio da SARS-CoV-2 em seus territórios adscritos. As equipes NASF precisaram adequar seu processo de trabalho sendo necessária a suspensão de algumas atividades como as consultas eletivas, os grupos presenciais, as visitas domiciliares, as ações educativas e as reuniões de matriciamento. Estiveram, em período integral, deslocadas para os cuidados direcionados à pandemia do COVID-19, atuando no monitoramento e na vigilância dos casos confirmados de COVID-19, auxiliando nas notificações dos casos confirmados assim como na vacinação. Quanto às suas

atividades tradicionais, precisaram “reinventar” suas ações, passando a realizar grupos virtuais, por exemplo.

Como mencionado anteriormente, no MRJ a pandemia se abateu sobre uma APS fragilizada, com muitos profissionais NASF demitidos e vários Núcleos extintos. O trabalho de campo se deu em um momento de reestruturação dos NASF, ora ainda em curso. Com a reorganização da APS, em 2018, além da já mencionada redução de 7,14% das EqSF da AP 3.1, as equipes NASF foram reduzidas de 12 para 9, tendo diminuído também o número de profissionais e a carga horária de trabalho. Isso impactou diretamente na organização dessas equipes, que passaram a matriciar 3 unidades de saúde, chegando a ter 27 EqSF para apoiar, como apresentado no quadro 9.

Quadro 9: Organização das Equipes NASF da AP 3.1

2018			2021			2022		
Unidades de Saúde	Carga Horária Total da Equipe	Equipes Matriciadas	Unidades de Saúde	Carga Horária Total da Equipe	Equipes Matriciadas	Unidades de Saúde	Carga Horária Total da Equipe	Equipes Matriciadas
CMS Nagib Jorge	174	12	CMS Nagib Farah CF Eidimir Thiago CF Nilda Campos	210	25	CMS Nagib Farah	260	11
CF Joãozinho Trinta e Iraci Lopes	170	08	CF Felipe Cardoso CF Heitor dos Prazeres CF Aloysio Novis	200	27	CF Felipe Cardoso	230	14
CF Aloysio Novis e São Godofredo	192	12	CF José Breves	212	06	CF Augusto Boal CF Diniz Batista	230	12
Heitor dos Prazeres CF José Breves CF João Cândido	230	16	CF Augusto Boal CF Diniz Batista CF Jeremias	206	20	CF Assis Valente CF Wilma Costa	226	14

Felippe Cardoso	160	15	CF Americo Veloso	204	04	CF Zilda Arns CF Rodrigo Roig	260	17
CF Assis Valente CF Parque Royal	200	08	CF Maria Sebastiana CMS Madre Teresa CF Assis Valente	200	14	CF Vitor Valla CSE Germano Sinval	276	13
CMS Madre Teresa CF Maria Sebastiana	200	11	CMS Maria Cristina CF Klebel de Oliveira CF Valter Felisbino	220	22	CF Aloysio Novis CF Heitor dos Prazeres	230	13
CF Américo Veloso CF Diniz Batista	160	11	CF Vitor Valla CSE Germano Sinval	250	14	CF Nilda Campos CF Joãozinho Trinta	200	14
CF Vila do João CF Adib Jatene	220	16	-	-	-	CF Américo Veloso CF Adib Jatene	230	12
-	-	-	-	-	-	CF José Breves CF Eidimir Thiago	200	12
-	-	-	-	-	-	CF Klebel de Oliveira CF Valter Felisbino	200	14

O quadro 9 demonstra as mudanças que ocorreram ao longo dos últimos anos na organização do trabalho do NASF com um recorte da AP 3.1. O quadro apresenta as unidades de saúde da família que tinham acompanhamento do NASF, a carga horária total da equipe e o número de equipes matriciadas. Ainda é possível observar a redução dos territórios que eram cobertos pelas equipes NASF e o processo de retomada com a redistribuição das equipes nos territórios e a contratação de novas equipes. Os anos de 2019 e 2020 não foram apresentados por não ter sido possível o acesso a esses dados, no entanto, a comparação pode ser feita com o ano de 2018.

Esta reorganização fez com que as equipes NASF fossem capturadas pelas demandas urgentes das EqSF, por atendimentos individuais e assim priorizaram as ações clínico-assistenciais, o que impossibilitou sua participação nas reuniões de equipe em função da necessidade de dividir sua carga horária entre as unidades lotadas. No momento da realização do trabalho de campo, profissionais NASF estavam sendo novamente contratados para a reconstituição das equipes, como se pode observar no quadro 9, que mostra o pouco tempo no exercício da função que os profissionais NASF tinham. Os depoimentos foram enfáticos sobre as repercussões negativas desses processos sobre o seu trabalho.

Sim, porque antes a gente teve um desmonte, muito menos profissionais, muitos profissionais foram demitidos. A gente teve uma perda, sim, muito significativa, as pessoas que chegaram e foram contratadas não tinham uma seleção criteriosa, às vezes era uma análise de um currículo que a pessoa que analisava não tinha a expertise do que era o trabalho do NASF, então não era feita uma qualificação bacana neste processo seletivo. (...) aqui na 3.1 o impacto da vulnerabilidade, da violência - algo que atrapalha muito - e de ter muita demanda, muitas coisas para dar conta, e o número de equipes que os profissionais tem que dar conta, por mais que a gente esteja fazendo a redistribuição, continua com muitas equipes, porque são equipes que demandam demais, se fosse um território que não demandasse tanto..., mas não, todas as equipes têm muitas demandas (Mônica).

Trago também para cena a questão de ser um NASF recente que não tem nem um ano, tem menos de um ano, e que boa parte deste ano ficou impossibilitado de fazer essas ações e muito focado na pandemia, muito focado, aí depois da retomada da atenção primária, por onde eu começo, são muitas demandas, aí eles acabam sugados pelo que chama, pelo que grita (Dália).

(...) a gente tem atendido, né, da maneira que é possível, mas sem conseguir avaliar muito bem essas duas questões (as duas dimensões de trabalho do NASF) então a gente vai muito do imediato, né, infelizmente, mas é o que a gente tem que conseguido fazer no momento (Betina).

Os profissionais entrevistados apontaram as condições físicas e materiais como uma grande dificuldade para o desenvolvimento de suas ações. A questão apresentada com mais frequência foi a inexistência de espaços das equipes NASF onde possam realizar os atendimentos e os registros, além de espaços para o desenvolvimento das atividades coletivas. Estes são, preferencialmente, disponibilizados para as equipes de referência, causando um

sentimento de desvalorização nas equipes NASF, e que contraria as bases de horizontalidade e multiprofissionalidade preconizadas para o trabalho na ESF.

Ter apoio e estrutura física hoje são questões que a gente ainda precisa discutir, muitas vezes a gente chega em uma equipe NASF e está sem sala, porque a sala que a gente usava está com vacinação, porque a sala que a gente usava está sem ar condicionado, então essa parte da manutenção é muito importante pra gente para garantir um espaço e esse espaço, eu acho que ele também determina a importância da equipe NASF, a valorização, porque o que muitos profissionais falam é “eu chego numa sala aí vem um enfermeiro e fala, eu tenho que atender aqui, o usuário já está aqui na porta. O trabalho dele é mais importante do que o meu?” (Núbia).

Outra questão que eu acho que dificulta muito nosso processo de trabalho é a parte estrutural das unidades. A gente não tem uma sala específica, a gente fica peregrinando ali onde tem espaço (...). A gente já foi retirado de sala algumas vezes pelos médicos porque eles sabem que tem essa questão de soberania, que o médico se acha superior, ainda mais ao NASF, que muitas vezes é visto ali como o subordinado, digamos assim (Betina).

Os achados acima se alinham a outros na literatura, como o de Mazza et al (2020) que em sua revisão de literatura sobre a influência dos aspectos macro e micropolíticos na organização e processo de trabalho do NASF, identificou aspectos que interferem negativamente na implementação do trabalho do NASF, como: a ausência de infraestrutura adequada relacionadas à falta de espaço físico para atuação dos profissionais e a escassez de recursos materiais; a cobertura do NASF em muitas unidades de saúde e o apoio de muitas equipes de referência; o estabelecimento de metas de produção de uma maneira que dificulta a organização de agenda compartilhada e a realização de atividades integradas; a dificuldade de compreensão das equipes de referência acerca do significado dos conceitos que fazem parte do trabalho do NASF e o apoio do gestor em relação ao apoio matricial e ao NASF como fator de contribuição para sua implementação.

Outra questão apresentada é a dificuldade que as equipes NASF tem de apresentar seu trabalho a partir dos dados registrados nos prontuários eletrônicos.

Então isso, a gente ainda tem dificuldade e a gente tem tentado trabalhar a questão dos registros. É outro impasse, eu acho, a questão do registro no prontuário eletrônico do que realmente a gente consegue produzir, como registrar corretamente (Núbia).

Tem coisas que tem que melhorar começando pelo prontuário eletrônico, que não contemplam o NASF, ele é feito para ser preenchido pelos outros profissionais, aí a gente da equipe NASF, acaba perdendo um monte de coisas porque a gente nem tem espaço para colocar nossas pontuações (Mônica).

A dificuldade nos registros impacta diretamente no monitoramento e avaliação do trabalho desenvolvido pelas equipes NASF. Os números levantados não representam a realidade das ações que são desenvolvidas pelos profissionais e equipes, pois os dados gerados mostram, as ações da dimensão clínico-assistencial (atendimentos diretos aos usuários) e as

ações que são da dimensão técnico-pedagógica (discussão de caso, elaboração de PTS, gestão de listas, construção da rede intra e intersectorial) não são geradas.

## 5.2. ACESSO À SAÚDE NAS UNIDADES DA APS

Na categoria acesso buscou-se investigar como os profissionais que compõem as equipas NASF percebem o acesso da população LGBT e a existência ou não de barreiras de acesso. Importante ressaltar que o acesso afeta toda a trajetória do usuário LGBT na APS e também será apontado nas dimensões técnico-pedagógica e clínico-assistencial, como se verá mais adiante. No entanto, sua constância e peso nas falas dos participantes do estudo tornou obrigatória sua enunciação como categoria de análise. Esse tema é recorrente na produção bibliográfica sobre o tema e é um dos eixos temáticos no plano de ação da PNSILGBT.

Este estudo confirma dados encontrados em pesquisas aqui apresentadas de que o acesso e o cuidado em saúde oferecidos à população LGBT são atravessados por iniquidades, violações e entraves (GARCIA, 2016), por representações sociais de trabalhadores e usuários pautadas na cisheteronormatividade (LACERDA et al, 2019).

Olha aqui é muito pouca no sentido assim eu ainda não identifiquei nesses dois meses ainda um público que você possa é isso a pessoa olhar e reconhecer que é (Deise).

Esse acesso era comum a todos os usuários e aqueles que chegavam mesmo sendo uma população LGBT ela entrava junto com os outros, não tinha acesso privilegiado (Núbia).

Além disso, também foram identificados discursos que parecem negar a existência do outro e dos preconceitos estabelecidos nas relações no atendimento em saúde, como observaram Paulino et al (2019). Isso se verifica em uma das entrevistas quando se perguntou sobre a percepção do acesso.

(O usuário(a) LGBT) ainda se sente, acredito que julgado, acredito que não é acolhido com aquela discrição, uma coisa normal. (...) ainda existe muito julgamento, eu acredito. Ainda a gente não tem essa coisa de não julgar e de acolher 100% como deve ser acolhido. *Não chega ser preconceito não, não acredito que seja preconceito não, é a nossa cultura mesmo que grita, aquela falta do habito*, acho que se fosse mais todo dia, toda hora, maior número de pessoas, maior número de coisas parecidas, de rotina viraria uma coisa bem natural (Naila). Grifo meu.

Acesso é um conceito amplo e complexo e durante as entrevistas ficou evidente que a visão dos profissionais ainda é restrita, uma vez que que o compreendem apenas como porta de entrada. Adicionalmente, tampouco o relacionam com o princípio da equidade, o que sugere uma “falsa universalidade”, ou seja, todos “são iguais”, não havendo a percepção de que a

população em questão enfrente barreiras adicionais e que necessitaria de medidas de facilitação do acesso.

Eu percebo essa dificuldade de acesso mais amplo por todos os pacientes, como um todo... os pacientes conseguem chegar mas tem fila, tem uma lista de espera, muitas vezes demora pra conseguir chegar ao atendimento., *Eu não vejo especificamente nas unidades, eu não tenho visto alguma diferença assim* (Tadeu). Grifo meu.

É fundamental que os profissionais possam conceber o conceito de acesso não só como base de oferta de serviços de saúde, mas em todas as suas dimensões, com especial relevância para informação e aceitabilidade. Como visto anteriormente, segundo Pechansky e Thomas (1981), estas representam a capacidade dos profissionais de se comunicar e de empoderar os usuários para tomada de decisões, além de considerar a avaliação dos usuários sobre o cuidado prestado. Essa compreensão impacta diretamente no reconhecimento das especificidades e vulnerabilidades da população LGBT, pois elimina barreiras de acesso e propicia a realização de um cuidado mais equânime e integral. Ayres (2013) sintetiza com clareza as situações retratadas acima.

Já dissemos em outro lugar que o princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso à saúde e ao cuidado para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, e que a integralidade nos desafia a saber e fazer o 'que' e 'como' para responder universalmente às necessidades de cada um. Ora, essas aspirações são praticamente o inverso do movimento descrito pelo conceito de estigma e discriminação, que denuncia universalização onde é preciso diferenciar e diferenciação onde é necessário universalizar (p. 11).

É primordial o reconhecimento de que o absenteísmo das pessoas LGBT às unidades de saúde não se dá por escolha individual ou pela inexistência da necessidade de cuidados. Há profissionais que acreditam que as pessoas LGBT não buscam os cuidados de saúde por não querer e/ou não necessitar e, assim, não são propostas ações que levem em conta as vulnerabilidades dessa população. Uma das entrevistadas apresenta sua visão quando perguntada sobre como são pensadas ações para esse segmento junto às EqSF.

(...) com o público LGBT ... tem que haver (com) o que se importar... até para você ouvir a demanda porque não é que ela não existe, mas fica reprimida (...). O que não é falado não é lembrado, entendeu? (Susy).

Essa visão se modifica quando estão integrados às EqSF trabalhadores que tenham uma compreensão mais aprofundada e menos estigmatizante sobre pessoas LGBT ou que se percebam como LGBT. Essas pessoas têm mais possibilidade de reconhecer as necessidades e propor ações de cuidado. Alguns entrevistados confirmam essa perspectiva.

(...) eu acho que tem a ver com os profissionais, eu acho que tem, talvez, porque em uma unidade que tinha muitos profissionais LGBT isso era mais visto, esse acesso era maior. Nesta unidade em que atuo hoje, em que pouquíssimas pessoas são nomeadamente LGBT, isso passa um pouco mais invisível ali (Dália).

Importante destacar, que na percepção dos profissionais entrevistados, as pessoas LGBT que mais buscam os acompanhamentos de saúde são os adolescentes. As principais demandas apresentadas estão relacionadas a questões de identidade, próprias da adolescência. No entanto no caso de jovens com questionamentos sobre identidade e expressão de gênero e/ou inadequação à heteronormatividade, se somam os conflitos gerados com os familiares que não aceitam alguns “comportamentos” e vivências deles. Os adolescentes sentem-se desprestigiados pela família que, com suas cobranças e exigências, não os aceita como são. Muitas vezes os familiares justificam sua reprovação com preceitos religiosos. Essas relações impactam diretamente na saúde mental desses adolescentes e geram comportamentos ansiosos, humor depressivo, automutilação e, muitas vezes, ideação suicida. Uma das entrevistadas relatou um caso que demonstra isso.

(...)vem aqui para observação com falta de ar, com taquicardia, pânico, transtorno de ansiedade vários adolescentes que tão assim ... tem de 13, tem de 12... (a paciente) não falava, calada, quieta com o pai... (e nas palavras da adolescente) “ eu quero morrer , minha vida não tem mais sentido... (...)” “minha vida é uma porcaria, eu quero me matar mesmo, esse é meu pensamento, eu fico olhando pela janela da minha casa, que eu moro no terceiro andar, fico o tempo inteiro dizendo porque eu não me jogo?, porque que eu não me jogo daqui?, que era a melhor coisa que eu tinha a fazer (...)”. “Eu tive uma grande amiga, mas aí não eu não pude continuar a minha amizade (porque) meu pai não me entende, meu pai fala que tem algumas questões de religião, ele vem aqui, conta essa história aqui para vocês que está super preocupado comigo, mas ele não está preocupado comigo coisa nenhuma. Em casa ele diz para mim que isso é frescura, tudo que eu faço, isso tudo que eu sinto” “Me apaixonei... a minha família não aceita, meu pai não aceita (Deise).

A PNSILGBT reconhece os efeitos da discriminação e da exclusão no processo saúde-doença dessa população e valoriza o respeito sem preconceito e sem discriminação como fundamento para a humanização na atenção à saúde. Aprender como se dá a “construção” desses estigmas e discriminações é fundamental para que se possa combatê-los na sociedade, e realizar um cuidado mais humanizado e equânime no âmbito da saúde.

Bonet (2013), afirma que o preconceito, o estigma e a discriminação causam não só prejuízos diretos, mas impactam no processo de exclusão e de violência estrutural por negar acesso à saúde e são causas fundamentais do adoecimento. Destaca, ainda, o paradoxo de que a APS, mesmo com sua capacidade de reduzir as desigualdades no acesso à saúde, também produz violência estrutural e simbólica nas relações estabelecidas entre os profissionais e os usuários da saúde. O autor cita como um grande desafio o engajamento de seus trabalhadores

nas batalhas políticas para transformação das estruturas e processos que tecem o estigma, o preconceito e a discriminação.

Os entrevistados reconhecem que as equipes NASF tem potencial para auxiliar, junto às EqSF e territórios, na ampliação da visibilidade e no enfrentamento dos estigmas e discriminações através de ações desenvolvidas por meio de suas dimensões de cuidado - a clínica-assistencial e a técnico-pedagógica. Foram sugeridas a abordagem da temática LGBT nos matriciamentos junto às EqSF; a realização de atividades de educação permanente que versem sobre as especificidades dessa população, a elaboração e divulgação de cartilhas sobre temas relacionados à população LGBT para os profissionais, usuários e redes intra e intersetorial; a qualificação dos ACS sobre a importância dos dados de identidade de gênero e orientação sexual para política pública, além das notificações dos casos de violência sofridos pela população LGBT.

Sim, então hoje, pensando mais sobre o tema, eu acho que a gente enquanto NASF, que trabalha tanto com grupos educativos, eu acho que a gente poderia ter uma abertura através de grupos mais específicos para essa população, educação permanente com as equipes, falando um pouco sobre essa questão de que essa pessoa tem direito de ser chamada pelo nome que ela tem vontade e não pelo nome de registro e como isso se dá com os agentes comunitários, com a equipe mesmo (Núbia).

Acho que é elaborar algumas estratégias, algum fluxo, algum grupo. A gente pode estar criando oportunidades, chamamentos mesmo junto às EqSF para inclusão de novos grupos e ser pertinente à gente esse dia-a-dia com eles, uma coisa natural, não tem calendário disso, calendário daquilo, a gente pode criar também essa estratégia, vamos criar um grupo que aborde esse tema, vamos detectar dentro do nosso território o que nós temos de potencialidade. Vamos trabalhar quem são, quantos são, como são. A gente pode estar em busca ter esse olhar, direcionado, focar, sem esperar que a demanda vem na gente, nós podemos criar essa demanda, um olhar diferenciado agora (Naila).

### 5.3. DIMENSÃO TÉCNICO-PEDAGÓGICA DAS AÇÕES DO NASF

Na dimensão técnico-pedagógica pretendeu-se investigar como as equipes NASF desenvolvem apoio matricial que possibilite a qualificação dos profissionais das EqSF em atividades relacionadas com as especificidades da população LGBT.

Nogueira e Baldissera (2017) afirmam que o trabalho das equipes NASF, com suas ações educativas organizadas de forma interprofissional e multiprofissional, possibilitam a disseminação de novas informações, novos saberes e práticas junto aos profissionais das EqSF. Nesse sentido a dimensão técnico-pedagógica se configura como ação prioritária do NASF (BISPO & MOREIRA, 2017). Importante lembrar que ações educativas podem ser desenvolvidas tanto nas discussões clínicas quanto nas intervenções diretas com os usuários, em conjunto com as EqSF.

Belém et al (2019) afirmam que, além dos desafios para efetivação dos direitos adquiridos da população LGBT, é fundamental a inclusão de temas relativos à sexualidade humana e cuidados em saúde, não só em seus aspectos biológicos, tanto na formação quanto no percurso profissional de médicos. Essa necessidade é confirmada por uma participante da pesquisa que sinaliza que, durante sua formação, pouco conteúdo foi apresentado sobre as questões de gênero e sexualidade.

(...) tive na faculdade e na residência, mas acho que foram discussões muito pequenas pro tamanho da importância dessa temática. Acho que deveriam ser espaços mais divulgados e mais compartilhados. Acho que foram disponibilizados espaços muito pequenos dentro de todo o conteúdo programático das duas formações, tanto na faculdade como na residência (Betina).

Os participantes informaram ter pouco conhecimento sobre normativas que garantem direitos adquiridos pelo grupo LGBT e, dentre elas, as diretrizes apresentadas pela PNSILGBT. A maioria dos profissionais entrevistados disse desconhecer ou conhecer superficialmente essa política.

Com profundidade não. (Betina)

Não, só ouço. Não conheço a par assim, minha filha conhece até mais do que eu.

(Naila)

Além do desconhecimento da PNSILGBT, notou-se também o descumprimento de uma das competências do Município previstas na Política, que é a inclusão de questões de gênero e sexualidade nas formações e qualificações oferecidas aos profissionais de saúde. Na fala de todos os profissionais entrevistados foi relatada a inexistência de oportunidades de formação sobre essa temática no território da AP 3.1. Quando perguntados sobre a sua participação em tais oportunidades responderam:

Não...até o momento a gente não recebeu algo específico (Tadeu).

Conhecimento eu tenho pouco, mas tenho, mas capacitação não (Naila).

Com certeza não (Susy).

Uma das entrevistadas sinaliza que o tema foi sugerido em um dos Fórum NASF<sup>3</sup>, mas isso ainda não foi realizado. Cabe ressaltar que, no período em que as atividades de campo

---

<sup>3</sup> O Fórum NASF é uma reunião, realizada mensalmente, organizadas pelos apoiadores NASF e a participação de profissionais que compõem as equipes NASF do território da CAP 3.1 e tendo como objetivo planejar e monitorar as ações desenvolvidas nesse território.

foram desenvolvidas, vivia-se um momento crítico da pandemia da SARS COV-2 e as ações da atenção primária estavam direcionadas ao combate a COVID e à vacinação da população, o que impactou diretamente no planejamento e na realização do trabalho do NASF, especialmente na realização de ações educativas.

Sim, até quando a gente pediu os temas para os fóruns, foi pautada essa discussão (sobre a temática LGBT), então ela será trazida em algum dos momentos, e até trazer as pessoas que falam com propriedade sobre o assunto, que possam comentar as discussões, que tenham materiais que sejam produzidos pela secretaria, que falem de ações que já acontecem. Chamar as pessoas que podem contribuir de forma mais eficaz com o trabalho de vocês (NASF) na ponta (Mônica).

Importante sinalizar a farta disponibilidade de cursos na internet, de boas fontes, como da UNASUS e da LUMINA (UFRGS), dentre outras. Durante a pesquisa foi realizado contato com a Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual- CEDESRIO para conhecer a proposta de trabalho que vem sendo desenvolvida por essa coordenadoria. Uma das propostas apresentadas foi a de realização de formação sobre as especificidades da população LGBT. Vale informar que o MRJ criou a CEDSRIO em fevereiro de 2011, pelo decreto nº 33376, que tem como missão “o atendimento à comunidade LGBT+ do município do Rio de Janeiro, buscando conscientizar tanto a Administração Pública quanto setores privados, com objetivo de contribuir para garantia da cidadania das pessoas LGBT+, cobrando a aplicação das leis e desenvolvendo programas, projetos e ações que promovam saúde, educação, cultura, empregabilidade, entre outros”.

Uma das inquietações que impulsionaram a realização desta pesquisa foi a experiência, na minha prática como profissional NASF, de receber poucas solicitações de apoio matricial nas quais as questões de gênero e sexualidade tenham sido o cerne da discussão de caso. As solicitações eram sempre em relação aos sintomas e a dificuldade de resolução do caso, sem a compreensão de gênero e sexualidade como determinantes sociais de saúde e sem demandas do uso de ferramentas próprias da Saúde da Família, como a construção de um PTS ou outras que auxiliem na atuação em situações complexas. Tampouco a equipe NASF propõe discussões de caso ou matriciamentos acerca dessa temática. Essa questão foi indicada nas entrevistas, como neste trecho:

(a gente) não recebeu nenhuma questão (solicitações de apoio matricial), nem a gente levou para discussão entre nós, nem a gente também discutiu o assunto, conversou sobre e como isso poderia ser importante da gente trabalhar como NASF propriamente, isso ainda não foi um tema levantado entre nós, não foi uma conversa (Tadeu).

Cabe aqui apresentar a organização dos NASF para participação nas reuniões de matriciamento junto às EqSF. Todas as equipes NASF informaram que se dividem por critérios de referência<sup>4</sup>, em que cada profissional fica responsável por duas EqSF (podendo ser mais dependendo da quantidade de equipes matriciadas). Essa divisão possibilita a participação semanal ou quinzenal nas reuniões nas quais acontecem as discussões de caso, elaboração de PTS e planejamento do processo de trabalho e das estratégias a serem utilizadas (visita domiciliar, atendimento conjunto, atendimento especializado, atividades coletivas, educação permanente, educação em saúde, articulação intra e intersectorial). Os profissionais reconheceram que a covid- 19 impactou diretamente nas suas ações de apoio matricial do NASF, seja na dimensão técnico-pedagógica ou na clínico-assistencial (como se verá adiante). A nova organização, que impossibilitava aglomerações, fez com que muitas das ações coletivas fossem suspensas e, dessa forma, os planejamentos de grupos e ações educativas coletivas tiveram que aguardar autorização para reinício. Assim, as atividades que poderiam auxiliar na construção de um espaço acolhedor, com menos preconceitos e discriminações se tornaram menos exequíveis, face ao momento sanitário que estava sendo vivenciado.

(...) foi um grande desafio, como NASF, trabalhar num momento de pandemia em que a gente não poderia aglomerar pessoas, que a gente não podia ficar em locais fechados, sendo que as principais ferramentas de trabalho do NASF são os grupos, é quando a gente tem essa demanda enorme da população e a forma que a gente tem de trocar muito, de poder estar com o maior número de pessoas e durante esse período da pandemia a gente não pode fazer isso, então exigiu muito diálogo, muita criatividade, sobre como fazer, muito mais investimento, por que o que a gente fazia no grupo a gente teve que fazer individualmente ou pelo menos em grupos muito menores, em achar espaços na unidade, espaços físicos mesmo, porque antes a gente podia usar o auditório e neste momento os auditórios tomados pelos atendimento de Covid, pela vacinação pra covid, então a questão física foi muito difícil, a questão de estrutura física, onde fazer, eu vou ter que fazer ali fora, mas dá pra fazer qualquer coisa ali fora? (Núbia).

O NASF ficou ajudando nas demandas da covid, no acolhimento, no registro de vacina (...) então na pandemia foi um eterno vai e volta, muita coisa ficou perdida, a gente não conseguiu manter, até por que o carro chefe do nosso trabalho são os grupos e não acontecia de uma forma tão plena como a gente gostaria. Então as pessoas ficaram com os trabalhos picotados, encontraram outras formas, o modo virtual mostrou ser muito potente, mas que nem sempre contemplava todo mundo, por que a gente sabe que tem usuário não tem acesso ao meio digital, e também porque tem horas que você tem que estar perto da pessoa, você precisa de uma proximidade (Mônica).

Outra questão verbalizada pelos entrevistados foi a falta de apresentação das diretrizes de trabalho para uma atenção à saúde que contemple as demandas e necessidades

---

<sup>4</sup>Referência: cada unidade de saúde organiza seu território por equipes que são compostas por ACS, médicos e enfermeiros. O número de equipes vai ser definido pelo número de pessoas residentes naquele território. Assim, a equipe NASF se divide para poder acompanhar-las e participar dessas reuniões. Vale ressaltar que essa subdivisão é meramente organizacional e que as equipes e usuários poderão receber orientação e/ou atendimento dos outros profissionais que compõem a equipe NASF sempre que necessário.

específicas da população LGBT por parte da coordenação dos NASF, tendo sido enfatizada a inexistência de pauta sobre o tema em reuniões oficiais.

Eu não conheço nenhuma orientação específica da coordenação do NASF não, existe uma gerência e eu nem sei te falar, deve estar dentro da superintendência de promoção de saúde, uma gerência que cuida da população, com um olhar diferenciado para a população LGBT. Mas a gente nunca, por exemplo, (na nossa função), tivemos contato com essa gerência, então não tem especificamente uma determinação, se a gente entende que é um tema importante a gente vai procurar essa gerência e vai pedir ajuda, se a gente não conseguir resolver. A gente nunca teve uma pauta de reunião que fosse esse assunto por exemplo (Núbia).

Mas de vir do nível central uma coisa mais organizada eu não tenho visto, não tenho acompanhado, a gente não tem recebido nada estruturado. Tem acontecido da demanda do território, o território sentir uma necessidade de ter uma interlocução com os espaços. Ter vindo do nível central não tem acontecido (Mônica).

Diante do apresentado, pode-se concluir que é fundamental que seja pensada pela gestão a oferta de qualificação para os profissionais NASF em relação aos direitos e especificidades da população LGBT para que estes possam, no exercício do trabalho, promover ações para favorecer a redução das discriminações e estigma e, assim, colaborar para ampliar o acesso e tornar o cuidado mais integral e equânime.

#### 5.4. DIMENSÃO CLÍNICO-ASSISTENCIAL NA ATUAÇÃO DO NASF

Em relação à dimensão clínico-assistencial pretendeu-se examinar a perspectiva dos profissionais NASF em relação ao desenvolvimento de ações específicas para os usuários LGBT por parte das EqSF e as ações diretas desenvolvidas pelo NASF, com esse segmento. A dimensão clínico-assistencial é, sem dúvida, a estratégia do apoio matricial mais realizada pelas equipes NASF e pode se dar por meio de atividades individuais, coletivas, atendimentos conjuntos, atendimento dos especialistas e as visitas domiciliares.

Como visto anteriormente, gênero e orientação sexual são determinantes sociais de saúde-doença e negar a existência dessas especificidades no cuidado em saúde da população LGBT é não atuar sobre os riscos a que essas pessoas estão expostas. Estudos apontam a existência de maiores taxas de abuso de álcool, sedentarismo, depressão e estresse na população LGBT em relação a pessoas heterossexuais e cisgênero. Além de maiores riscos de incidência de HIV entre homens gays e bissexuais; de problemas cardiovasculares e câncer entre mulheres trans e travestis pelo uso indiscriminado de hormônios (PADILHA et al, 2021) e de silicone industrial.

Quando perguntados sobre o desenvolvimento de ações para a população LGBT, na maioria das vezes os entrevistados respondiam que não existiam atividades específicas, coletivas ou individuais, ou que esses usuários estavam inseridos no desenvolvimento das

atividades planejadas para a unidade. Essa inserção significa considerar que *se* não estavam excluídos *é porque estavam inseridos*, o que demonstra o não reconhecimento das demandas e necessidades desse grupo e a não superação das desigualdades pela falta do exercício da equidade, como já citado anteriormente.

(perguntada sobre o desenvolvimento de atividades específicas) (...) hoje, em nenhuma das duas unidades (que matriciam) .... não que nós saibamos (Bárbara).  
 (...) ainda não fizemos nenhuma atividade em si, a gente tem a inclusão. A gente não faz nada direcionado, mas a gente inclui, se está fazendo uma atividade todos são incluídos. Independente de qualquer tipo de gênero, de cultura (Naila). Grifo meu.  
 (...) inclusive na semana passada eu tive contato pela primeira vez com uma usuária que é trans. Ela tá num processo bastante complicado porque há 15 anos mais ou menos - na verdade ela tem 47 anos - e com 19 ela fez aplicação de silicone industrial na região dos glúteos e da perna e ela tem sofrido bastante porque teve um enrijecimento das regiões ela tá tentando fazer a retirada desse material e aí ela sofre com bastante dores e busca o atendimento (...) (Betina).

Aqueles profissionais que reconheciam a importância do desenvolvimento de um trabalho específico voltado para o público LGBT afirmaram que estavam planejando, mas que não tinha havido tempo hábil devido à recente implantação de sua equipe nas unidades de saúde apoiadas e pela urgência no direcionamento para o enfrentamento da covid-19.

(Sobre o impacto da pandemia no trabalho do NASF) (...) beirou o desmonte porque a gente teve no primeiro momento a atenção básica basicamente concentrada em vacinação e atendimento de síndrome gripal, então o NASF foi apoiar neste serviço. e então, o trabalho enquanto NASF ficou esfacelado, ao meu ver, pouco se resistiu, enquanto as outras demandas continuavam existindo. Trago também para cena a questão de ser um NASF recente que não tem nem um ano, tem menos de um ano, e que boa parte deste ano ficou impossibilitado de fazer essas ações e muito focado na pandemia (...) (Dália).  
 (...) rola uma dificuldade da gente conseguir discutir os passos não só os casos, sei lá, um alinhamento do trabalho...as coisas tem acontecido no corredor ... fala aqui, fala ali ...até mesmo quando a gente consegue parar pra fazer e participar de uma reunião acho não sei se é porque a gente chegou agora e se é muita demanda pra passar (...) (Úrsula).

Apenas uma das entrevistadas relatou que em sua unidade de saúde é disponibilizado tratamento hormonal para pessoas trans.

E uma unidade que tem profissionais que fazem hormonização de algumas pessoas Trans na comunidade, tem profissionais que tem essa sensibilidade que conduzem esse processo (Dália).

Como apresentado na categoria de acesso, as pessoas LGBT que mais têm buscado o cuidado em saúde são os adolescentes, em função de questões relativas às dificuldades de aceitação familiar sobre a sua sexualidade. A falta de acolhida é, muitas vezes, é justificada pela família com base em crenças religiosas condenatórias.

Sim, por muitas questões ligadas à família, né, aceitação dos pais (...) duas pessoas que o NASF (acompanha), os dois relatam essa dificuldade de aceitação familiar é um muito pior do que o outro. (Referindo-se a um dos casos) (...) hoje em dia essa outra situação os pais apoiam, já aceitam melhor do que antes, mas esse outro ainda tem

questões psicológicas bem fortes, assim, presentes principalmente pela família que não aceita e aí entra também a questão religiosa (Betina).

A literatura indica a potencialidade do serviço de saúde para diminuir estigmas, facilitar a aceitação familiar e promover saúde. Silva et al, 2021, realizaram um estudo qualitativo com adolescentes autodeclarados LGBT, com idade entre 12 e 18 anos, acompanhados há mais de 6 meses, em um serviço ambulatorial de saúde mental na perspectiva da saúde integral. A pesquisa visava examinar o reconhecimento da identidade de gênero e orientação sexual, percepção e atitude da família, a vivência de violências decorrentes da orientação sexual e o papel dos serviços de saúde. O estudo identificou que os valores morais são princípios que dificultam a aceitação da sexualidade não heteronormativa dos adolescentes comprometendo o vínculo familiar e reforçando comportamentos de controle, vigilância, perseguição e punição, os deixando expostos a situações de violência. Aponta, ainda, a escola como espaço onde esses adolescentes sofrem graves episódios de violência relacionados ao estigma e a discriminação quanto à orientação sexual e identidade de gênero. O estudo evidenciou a importância dos espaços de saúde no acolhimento das demandas de sofrimento psíquico e como espaço promotor de empoderamento, incluindo discussões críticas quanto às vivências discriminatórias e estigmatizantes.

O diálogo interdisciplinar e as práticas colaborativas são apontados como bases para a integração do trabalho entre as equipes de APS e o NASF como forma de intervir na construção de uma postura proativa de corresponsabilização entre as equipes envolvidas e assim eliminar a persistente lógica do encaminhamento. A retaguarda assistencial faz parte do trabalho do NASF e a definição de onde o acompanhamento se dará, na APS ou na rede secundária, deve ser pensada em conjunto com a EqSF e o NASF balizados nas demandas dos usuários e das tecnologias necessárias para esse acompanhamento. Os entrevistados apontam a dificuldade em estabelecer a corresponsabilização nos casos pelo desconhecimento, de alguns profissionais da ESF, das dimensões do apoio matricial e permanecem atuando na lógica centrada na doença e em ações curativas, pressionando para uma atuação do NASF na lógica ambulatorial<sup>5</sup>. (BRASIL, 2014)

Muitas coisas nossas a gente faz dentro da equipe nossa separada das demais, vou te dar um exemplo: faz uma atividade, constrói um grupo. Muitas vezes a gente não consegue fazer com que as equipes mínimas estejam inseridas nessas atividades, eles acham que esses pacientes, a partir daquele momento que encaminhou o caso para gente, eles não são mais deles, são da equipe NASF. Falta ainda essa integração que

---

<sup>5</sup> Ambulatório aqui compreendido pela atenção especializada que se utiliza tecnologias com maior densidade tecnológica para produção de cuidado em média e alta complexidade, ser fora do território e não contemplar as discussões de caso e corresponsabilização.

já caminhou, a gente já conseguiu entrar nas consultas individuais, mas o cuidado continuado, quando esse usuário vai ficar um pouco mais com a gente no NASF a equipe vai e deixa só, como se fosse só do NASF (Mônica).

(...) a gente já vem com essa questão do atendimento ambulatorial muito enraizado e, então, quando você entra em uma outra proposta, que é não trabalhar o ambulatório, que é trabalhar de uma forma mais integrada, vendo o indivíduo de uma forma mais ampliada é difícil mudar esse paradigma e difícil sair dessa ambulatorização, do encaminhamento, de que agora eu vejo esse usuário sozinho sem discutir com ninguém, para uma postura que você tem uma equipe com que você discuti, que você pode analisar os casos, que você precisa se relacionar mais com os profissionais da equipe (...) Acho que o grande desafio é a equipe também entender isso, a equipe mínima entender isso e ter a disponibilidade, por que não é fácil com tanta demanda reprimida que a gente tem, a gente conseguir fazer consultas conjuntas, discussão de caso, ter tempo para isso, arrumar um tempo, entender que isso é importante e precisa estar na nossa rotina (Núbia).

Os movimentos sociais LGBT têm papel fundamental nas conquistas políticas e dos direitos sociais dessa população, assim como na maior visibilidade desse coletivo, no enfrentamento da discriminação e da violência. A compreensão do papel dos movimentos sociais para a população LGBT por parte dos profissionais da APS nas conquistas de direitos é essencial, não apenas para a efetivação dos princípios da universalidade e integralidade do SUS, mas pelo valor que a participação social teve na construção do SUS. (SILVA, 2018 apud SAÚDE DEBATE, 2013). Por compreendermos a importância dos coletivos LGBT, constava no roteiro uma questão que buscava identificar se os profissionais tinham conhecimento da existência ou não desses coletivos nos territórios de sua atuação. A maioria dos profissionais afirmou que ainda não haviam feito o mapeamento e um diz desconhecer pois não participou da territorialização.

Não, eu não tive contato ainda não (Tadeu).

Não, porque assim em relação ao território a gente está mapeando a gente não conhece ainda muita coisa a gente conhece os parceiros nos quais a gente está trabalhando mais (Dália).

Eu não conheço, mas eu acho que tem sim (Suzi).

A atenção primária, com seus princípios e diretrizes e com o seu potencial para desempenhar ações de promoção, e proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento é um espaço privilegiado de garantia de atenção humanizada, integral e equânime. O NASF, com suas dimensões de cuidado e estratégias de ação, tem potencial para atuar junto aos profissionais da unidade de saúde, às unidades escolares e às famílias, buscando melhorar a atenção à saúde dos adolescentes, e colaborando para a desconstrução dos estigmas e discriminações vivenciados por eles e para a garantia dos direitos já instituídos.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo foi motivado pelas inquietações surgidas, em meu exercício profissional como integrante de uma equipe NASF, por observar a baixa adesão e pouca assiduidade do grupo LGBT na unidade de saúde e que tinha como hipótese uma recepção pouco acolhedora.

Essa pesquisa buscou analisar a atenção prestada às pessoas LGBT na atenção primária no Município do Rio de Janeiro e conhecer as ações desenvolvidas em apoio às equipes de Saúde da Família e as ações diretas do NASF a esses usuários. Durante o período do desenvolvimento da pesquisa fomos atravessados pela pandemia da COVID-19 sendo necessária a reorganização do trabalho e a suspensão de muitas das atividades que são desenvolvidas pelo NASF, especialmente as coletivas e a participação nas reuniões de matriciamento em função da impossibilidade de aglomerar e das ações das EqSF estarem focadas no combate ao COVID-19.

Fica claro quando analisamos as falas dos profissionais de que a pandemia impactou o desenvolvimento de suas ações, mas não significa dizer que o não planejamento e organização de ações com temáticas que atuem sobre as vulnerabilidades vivenciadas pelas pessoas LGBT foi motivada, exclusivamente, por ela.

Importante considerar os avanços nas políticas públicas de combate à lgbtphobia e de promoção da cidadania e dos direitos humanos da população LGBT. Apesar da existência dessas normativas, ainda hoje são observadas barreiras de acesso que são construídas na relação desse grupo com os profissionais. Essas relações ainda estão alicerçadas em relações preconceituosas e moralizantes, pautadas na heteronormatividade. Além disso, percebe-se que gênero e sexualidade não são considerados como determinantes sociais de saúde e, assim, não são incluídos na elaboração de estratégias de cuidado, exceto quando os profissionais têm alguma afinidade com o tema, por razões pessoais ou relacionadas à sua rede de sociabilidade, como identificado nas entrevistas.

Como foi observado nos resultados desse estudo, as formações profissionais em saúde carecem de espaços de qualificação que abordem as temáticas referentes a população LGBT, suas especificidades, necessidades e demandas, sobre as conquistas na legislação vigente e sobre a política de saúde que norteia o cuidado em saúde. Essa ausência na qualificação parece ser o motivo para que as vulnerabilidades vivenciadas pelas pessoas LGBT permaneçam invisibilizadas e não sejam consideradas em seus cuidados.

Outra questão a ser considerada é a ausência de pesquisas populacionais oficiais, até o momento de realização desse estudo, que incluam gênero e orientação sexual, como dados demográficos populacionais. Essa ausência de dados contribui para a invisibilidade dessas

peças e impacta na tomada de decisão dos gestores e na construção de um trabalho que contemple suas especificidades. Como bem disse uma das participantes “Quem não é visto não é lembrado” (Suzy,2022).

É possível afirmar que os profissionais NASF com sua missão e metodologia de trabalho podem estimular a mudança nesses resultados nos territórios de sua atuação. Através da provocação de reflexões acerca dessa temática e na promoção de qualificação dos profissionais, favorecendo que nos cadastramentos constem os dados de gênero e orientação sexual, além da ampliação do acesso e o exercício da equidade e integralidade. E assim essa população possa ser visibilizada e o planejamento e a organização do trabalho possa contemplar ações de combate a lgbtphobia, de qualificação sobre as especificidades das pessoas LGBT, dos riscos e vulnerabilidades vivenciados por ele, dentre outros.

O estudo aponta para a importância de se ter um gestor das unidades de saúde da família que compreenda o papel do NASF, em suas dimensões, e os conceitos embutidos em sua metodologia de trabalho junto as equipes, usuários e gestores. O trabalho da equipe NASF é delicado por necessitar intervir em práticas de atuação profissional já instituídas e toca nas relações de poder. Portanto, ter um gestor afinado com a missão e as estratégias de atuação de uma equipe NASF pode facilitar o desenvolvimento do trabalho.

A área programática 3.1 recebe muitas residências, de medicina, de enfermagem e multiprofissional, o que se constitui como uma conquista (unidades que tem residência dificilmente faltam profissionais na composição das equipes), mas ao mesmo tempo se funda como um problema pela rotatividade de profissionais a cada dois anos. Como o trabalho do NASF consiste na construção de um diálogo com as equipes mínimas essa rotatividade faz com que estejamos sempre recomeçando e em função disso a construção de ampliação do escopo de atuação e a resolubilidade da APS fica abalada.

A atenção primária à saúde, como principal porta de entrada e na coordenação e ordenação desse cuidado tem papel fundamental na consolidação dos princípios do SUS com especial relevância pra universalidade, equidade e integralidade. Além da possibilidade de trazer a visibilidade os determinantes sociais de saúde-doença que impactam a vida da população LGBT.

A partir dessas considerações, podemos concluir que é fundamental que os profissionais NASF: compreendam gênero e orientação sexual como determinantes sociais de saúde; sejam qualificados em relação às características e especificidades das pessoas LGBT; se aprofundem no conhecimento da PNSILGBT e conheçam as competências do município para essa população; mapeiem os coletivos e as pessoas LGBT dos territórios; proponham educações

permanentes e estudos de caso que contemplem gênero e sexualidade como temática e, por fim, que possam desenvolver mais pesquisas que abordem a temática LGBT, seja do ponto de vista dos usuários, dos territórios e/ou dos profissionais.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M.R.J.C; BOTELHO, N.M; RODRIGUES, C.C. Atenção integral à saúde da população LGBT: experiência de educação em saúde com agentes comunitários na atenção básica. **Ver. Bras. Med. Fam. Comunidade**. 2019; 14(41):175
- BARCELOS, Leticia Veríssima Martins; SILVA JUNIOR, Jaime Charret. Reflexão sobre a proposta de implantação de linha de cuidado voltada para a saúde integral da população LGBT. **REVA Acad. Rev. Cient. da Saúde**. Rio de Janeiro, RJ. V.3, n. 1, p. 46-54, 2018.
- BARRETO, A; ARAÚJO, L; PEREIRA, M.E, org. **Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/es em Gênero, orientação Sexual e Relações Étnico-Raciais**. Livro de conteúdo. versão 2009. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: SPM, 2009.
- BATISTA, E.C, MATOS, L.A.L, NASCIMENTO, A.B. A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.11, n.3, p.23-38, TRI III 2017. ISSN 1980-7031
- BELEM, J.M; ALVES, M.J.H; PEREIRA, F.V; MOREIRA, F.T.L.D; QUIRINO, G.S; ALBUQUERQUE, G.A. Atenção à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e transexuais na Estratégia Saúde da Família. **Ver. Baiana Enferm.** 32:e26475,2018. <http://cienciasmedicasbiologicas.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/26475>
- BISPO JUNIOR, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas **Cad. Saúde Pública**, 2017; v. 33, n. 9, p. 1-13, <https://doi.org/10.1590/0102-311X00108116>
- BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. V. 2, n. 1, p. 68-80, jan-jul/2005.
- BRASIL (2008). Ministério da Saúde. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Recuperado em 31 de julho de 2016, de [http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154\\_24\\_01\\_08.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf). Acesso em: 1 ab. 2021.
- BRASIL. Política nacional de saúde integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Acesso em: 1 ab. 2021.
- BRASIL. **Prevenção de Violências e Cultura da Paz V.III**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b, p. 24. Acesso em: 1 ab. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 2 Brasília: 1. ed., 1. reimp. 2 Ministério da Saúde, 2013. 32 p.: il. ISBN 978-85-334-144-5. Acesso em: 1 abr. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116p.:il. (Cadernos de Atenção Básica, n.39). Acesso em: 1 ab. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Acesso em: 2 ab. 2021.

BRASIL. **Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Acesso em: 2 ab. 2021.

BUSS, Paulo Marchiori; PELEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CASTRO, C. P., NIGRO, D. S., CAMPOS, G.W.S. (2018). Núcleo de apoio à saúde da família e trabalho interprofissional: a experiência do município de campinas (SP). **Trabalho, Educação e Saúde**, v.16, n. 3, p. 1113-1134.2018.

CAVALCANTE, R.B; CALIXTO, P; PINHEIRO, M.M.K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Inf. & Soc.**:Est., João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014.

CALAZANS, G; KALICHMAN, A; SANTOS, M.R; PINHEIRO, T.F. Necessidades de saúde: demografia, panorama epidemiológico e barreiras de acesso. *In: Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar* / editores Saulo Vito Ciasca, Andrea Hercowitz, Ademir Lopes Junior. - 1. ed. - Santana de Parnaíba [SP]: Manole, 2021.

CARRARA, Sergio. **Educação, diferença, diversidade e desigualdade**. In Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/es em Gênero, orientação Sexual e Relações Étnico-Raciais. Org. BARRETO, A; ARAÚJO, L; PEREIRA, M.E. Livro de conteúdo. versão 2009. – Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: SPM, 2009.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. *In: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* /Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 184p. 2006. ISBN 978-85-89737-52-4

CIAMPOLINI, A.L; HERMIDA, R.P.M; JUNIOR, A.F; FERNANDES, L.S; TAKIUTI, A.D. Atención integral a la salud del adolescente y el joven LGBT en el programa para adolescentes de la provincia de San Pablo implementando las directrices participativas [periódicos na Internet].**Archivos de Pediatría del Uruguay**, v. 87, p. S60-S67, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-12492016000500009](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492016000500009)

CIASCA, Saulo Vito; POUGET, Frederic. Aspectos históricos da sexualidade humana e desafios da despatologização. *In: Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar* / editores Saulo Vito Ciasca, Andrea Hercowitz, Ademir Lopes Junior. - 1. ed. - Santana de Parnaíba [SP]: Manole, 2021.

CORREA, S.O; MUNTARBHORN,V. Princípios de Yogyakarta. Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero, 2007. Disponível em:

[http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios\\_de\\_yogyakarta.pdf](http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf). Acesso em: 13 nov. 2020.

CZERESNIA, Dina. O Conceito de Saúde e a diferença entre Prevenção e Promoção in **Promoção de Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ed. ver. E amp./ organizado por Dina Czeresnia e Carlos Machado de Freitas. – Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009.  
GARCIA, C.L; ALBUQUERQUE, G.A; DREZETT, J; ADAMI, F. **Saúde de Minorias Sexuais do Nordeste Brasileiro**: Representações, comportamentos e obstáculos. Health of Sexual Minorities in North-eastern Brazil J Hum Growth Dev. 2016; 26(1): 94-100 DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.110985>

HEILBORN, M.L.; RODRIGUES, C. **Gênero: breve história de um conceito** Aprender – Cad. de Filosofia e Psic. da Educação Vitória da Conquista Ano XII n. 20 p. 9-21 jul./dez.2018 ISSN online: 2359-246X. Acesso em: 20 mar. 2021.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre a população transgênero**: conceitos e termos. Brasília: Autor, 2012. Disponível em: [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/16/o/ORIENTA%C3%87%C3%95ES\\_POPULA%C3%87%C3%83O\\_TRANS.pdf?1334065989](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/16/o/ORIENTA%C3%87%C3%95ES_POPULA%C3%87%C3%83O_TRANS.pdf?1334065989). Acesso em: 30 mar. 2021.

LACERDA, M; PEREIRA, C; CAMINO, L. **Um estudo sobre as formas de preconceito como homossexuais na perspectiva das representações sociais**. Psicologia: Reflexão e Crítica, Porto Alegre, v.15, n.1, p. 165-178, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/prc/v15n1/a18v15n1.pdf>. Acesso em: 7 mai. 2021.

LAURENTINO, Arnaldo Cezar Nogueira. **Políticas públicas de saúde para população LGBT**: da criação do SUS à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT. Rio de Janeiro, pag. 36-43. 2015.

WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. LGBT. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/LGBT#:~:text=LGBT%20%C3%A9%20uma%20sigla%20que,meados%20da%20%C3%A9cada%20de%201980>. Acesso em: 9 mai.2021.

LIMA, AS & COSTA, PF. **A Política Pública Municipal LGBT**: a experiência da Coordenadoria Especial a Diversidade Sexual da Prefeitura do Rio de Janeiro (CEDSRIO) pag.5-6. 2019. Acesso em : 10 ab. 2022.

LIONÇO, Tatiana. (2008b). **Bioética e sexualidade**: o desafio para a superação de práticas correcionais na atenção à saúde de travestis e transexuais. Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.2, p.11-21, 2008. <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n3/v32n3a03.pdf> , Acesso em 7 mai.2021.

LOYOLA, Maria Andrea. A sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas. In: **Sexualidade**: o olhar das ciências sociais. Maria Luiza Heilborn, organizadora. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

MAIA, AC; AGOSTINI, R; AZIZE, RL. Sobre jogos de (des)montar: Covid-19 e Atenção Primária à Saúde. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30, n.3. 2020.

MALTA, Deborah Carvalho. **Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do projeto vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte**, 1993 - 1996 / Deborah Carvalho Malta. Campinas, SP: [s.n.], 2001.

MALTA, D.C; MORAIS, O.L; SILVA, M.M.A; ROCHA, D; CASTRO, A.M; REIS, A.A.C; AKERMAN, M. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.6, p.1683-1694. 2016.  
MELO, G; SOUSA, I.P; ALMEIDA, MFL. **Relatório da Pesquisa Nacional por amostra da população LGBT** – identidade e perfil sociodemográfico. 2018.

MAZZA, D.A.A; CARVALHO, B.G; CARVALHO, M.N; MENDONÇA, F.F. Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n.4, p. 1-27, 2020.  
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300405> . Acesso em: 5 jun. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COSTA, Antônio Pedro. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, 40, 2018.

MENEZES, APR; MORETTI B; REIS, AAC. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 5, p. 58-70, dez 2019.

MONTEIRO, Simone (Org.) **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2013.

NEGREIROS, F.R.N; FERREIRA, B.O; FREITAS, D.N; PEDROSA, J.I.S; NASCIMENTO, E.F. Saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: da formação médica à atuação profissional. **Revista Brasileira de Educação Médica**. V.43, n.1, p. 23:31. 2019.

NOGUEIRA, I. S; BALDISSERA, V. D. A. (2017). Atenção ao idoso: educação permanente em saúde no núcleo de apoio à saúde da família. **Revista de enfermagem UFPE**, 11(4), 1794-1798. 2017.

PADILHA, W.A.R; CRENITTE, M.R.F; JUNIOR, A.L; Prevenção e cuidados das doenças crônicas in **Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar** / editores Saulo Vito Ciasca, Andrea Hercowitz, Ademir Lopes Junior. - 1. ed. - Santana de Parnaíba [SP]: Manole, 2021.

PAULINO, DB; RASERA, EF; TEIXEIRA, FB. **Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família**. **Interface**, Botucatu, v. 23 , n. e180279, p. 1-15. 2019.

PENCHANSKY, R; THOMAS, J. W. **The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction**. *Med Care*, v. 2, n. 19, p. 127-40, 1981.

PIRES, B.G; LAURENTINO, A.C; NASCIMENTO, C. **Mapeamento de Políticas Públicas LGBTI+ no Estado do Rio de Janeiro**; Pesquisa do Projeto Observatório de Políticas Públicas LGBTI+..Brasil 2021. Disponível em: <https://aliancagbti.org.br/wp-content/uploads/2021/06/Ebook-Relatorio-Pesquisa-Observatorio.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2022.

PISCITELLI, Adriana. Gênero: a história de um conceito. In: ALMEIDA, Heloisa Buarque de; SZWAKO, José Eduardo. **Diferenças, igualdade**. São Paulo, Berlendis&Vertecchia, p. 116-148, 2009.

QUARESMA, Silvia Jurema; BONI, Valdete. **Aprendendo a entrevistar**: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC. v. 2, n. 1, jan-jul, p. 68-80. 2005.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde**: Estudo para otimização de recursos. SUBPAV. Rio de Janeiro, 2018. Acesso em: 15 jan. 2022.

RIO DE JANEIRO (Município). **Mapa Rede de Saúde da AP 3.1** Segundo Perfil de Atendimento. SUBPAV/SIAP/CAP 3.1/ DICA/ Assessoria de Geoprocessamento, 2021. Acesso em: 20 mai. 2022.

SAMPAIO, J.; MARTINIANO, C. S.; ROCHA, A. M. de O.; SOUZA NETO, A. A. de; OLIVEIRA SOBRINHO, G. D. de; MARCOLINO, E. de C.; MAGALHÃES, F. C.; SOUZA, F. F. Núcleo de apoio à saúde da família: refletindo sobre as acepções emergentes da prática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 47–54, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/15932>. Acesso em: 8 set. 2022.

SANCHEZ, Raquel Maria; CICONELLI, Rosana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**.v.31, n. 3, p.260–8. 2012.

SANTOS, T.L.A. (2019). **A dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial nos Núcleos de Apoio Saúde da Família (NASF) em Belo Horizonte – MG**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação de Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Acesso em: 16 nov. 2021.

SILVA, Ariadne Soares Moraes. **Reflexões sobre a Política Nacional Integral de LGBT: percepção de enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde**. Monografia (Graduação de enfermagem). Escola Superior de Ciência de Saúde, Brasília, 2019.<http://repositorio.fepecs.edu.br:8080/jspui/bitstream/prefix/1/TCC%Ariadne%Soares%Moraes%Silva.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.

SILVA, Beatriz Zocal. Pela DesCrivelização da saúde: reflexões sobre a crise da saúde no Rio de Janeiro-RJ e seu agravamento na pandemia. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30(3), e300308, 2020

SILVA, JWSB; SILVA FILHO, CN; BEZERRA, HMC; DUARTE, KVN; QUININO, LRM. Políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT e a atuação do controle social. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v.18, n. 1, p. 140-149, 2017.

SILVA, Jacilene Maria. **Identidade de Gênero**: os atos performáticos de gênero segundo Judith Butler. Recife: Independent Published, 2018, Edição do Kindle.

SILVA, J.C; CARDOSO,R.R; CARDOSO, AMR; GONÇALVES,RS. Diversidade sexual: uma leitura do impacto do estigma e discriminação na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, n. 7, p.2643-2652, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021267.08332021

SILVA, TA; GUTIERREZ, DMD; HONORATO,EJS; FONSECA,IMH; MARTINS,AA. **Movimento LGBT, Políticas Públicas e Saúde**. Ano 11, v. XXI, n1, p. 191-208. 2018.

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

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. ISBN: 85-87853-72-4  
[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4488972/mod\\_resource/content/2/Starfield%20-%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4488972/mod_resource/content/2/Starfield%20-%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria.pdf)

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. sup 2, p.S190-S198, 2004.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **REV Saúde Pública**, 2005; v.39, n.3, p. 507-14. 2005.

VAIRÃO JÚNIOR, NS; ALVES, FJS. A emenda constitucional 95 e seus efeitos. **Revista de Contabilidade do Mestrado em Ciências Contábeis da UERJ** (online), Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 55 - p. 75, maio/ago., 2017. ISSN 1984-3291. Acesso em: 17 mai. 2022.

## **APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA PROFISSIONAIS NASF**

### **Título da Pesquisa: Atenção à população LGBT na Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro**

Pesquisador Responsável: Patrícia Trápaga Ferreira

#### **I) Identificação e características profissionais**

- 1.1. Qual seu nome ?
- 1.2. Quantos anos você tem?
- 1.3. Qual seu gênero?
- 1.4. qual sua religião?
- 1.3. Qual a sua profissão?
- 1.4. Há quanto tempo você é formado?
- 1.5. Em que Unidade(s) de saúde você atua?
- 1.6. Há quanto tempo atua como profissional NASF?
- 1.7. Como a sua equipe é composta?
- 1.8. Quantas equipes de SF sua equipe matricia?
- 1.9. Como vocês organizam o trabalho?

#### **II) Acesso da população LGBT na Unidade**

- 2.1. Como você percebe a busca da população LGBT na Unidade ?
- 2.2. Como a população LGBT é acolhida nas eSF?
- 2.3. Quais atividades são desenvolvidas para esta população pelas eSF?
- 2.4. Identifica alguma especificidade nesta abordagem?
- 2.5. Identifica alguma dificuldade?

#### **III) Especificidades da população LGBT**

- 3.1. Você observa a existência de alguma especificidade dessa população? Se sim, fale um pouco sobre o que você identifica como especificidade do cuidado com a população LGBT.

3.2. Qual seu conhecimento a respeito dos termos:Diversidade sexual

- ✓ Orientação sexual
- ✓ Identidade de gênero

#### **IV) Atividades diretas do NASF com a população LGBT na dimensão clínico-assistencial**

4.1.A sua equipe realiza alguma atividade específica com a população LGBT? Individual?  
Grupal?

4.2.Quais os objetivos dessas atividades?

4.3.Alguma das profissões realiza alguma abordagem específica?

4.4.Vocês já participaram de discussões de caso sobre alguém LGBT junto às eSF?

#### **V) Dimensão técnico-pedagógica**

5.1. A equipe NASF participa de atividades de matriciamento sobre a população LGBT?

- ✓ Adolescentes
- ✓ Adultos
- ✓ Idosos

5.2. Já realizaram alguma atividade de discussão ou educativa sobre gênero, orientação sexual, diversidade sexual, direitos sexuais e reprodutivos?

#### **VI) Trabalho territorial**

6.1.Sua equipe conhece algum movimento social no território da unidade de saúde sobre a população LGBT?

6.2. Existe alguma atividade coletiva com a população LGBT na Unidade de saúde ?

6.3.O NASF realiza alguma atividade coletiva com a população LGBT?

## **APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA APOIADORES E GESTORES**

### **Título da Pesquisa: Atenção à população LGBT na Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro**

Pesquisador Responsável: Patrícia Trápaga Ferreira

#### **I) Identificação e características profissionais**

- 1.1. Qual seu nome ?
- 1.2. Quantos anos você tem?
- 1.3. Qual seu gênero?
- 1.4. Qual sua religião?
- 1.5. Qual a sua formação/atuação profissional?

#### **II) Atuação como profissional NASF**

- 2.1 Você já atuou como profissional NASF?
- 2.2. Você pode contar um pouco sobre sua experiência como profissional NASF : o que percebia como potências e dificuldades.
- 2.3 Na sua experiência na ponta como NASF o que percebia em relação ao acesso da população LGBT?
- 2.4 Como profissional NASF sua equipe desenvolvia alguma atividade direta ou indireta com a população lgbt? Grupos? Educação permanente? Matriciamento?
- 2.5. O que você acredita que seria a contribuição da equipe NASF no cuidado da população LGBT?

#### **III) Atuação como apoiador NASF**

- 3.1. Há quanto tempo você atua como apoiador NASF?
- 3.2. Você pode falar um pouco sobre a função de apoiadora NASF?
- 3.3. Tem alguma orientação, da secretaria de saúde, para o desenvolvimento do trabalho do NASF junto a população LGBT?
- 3.4. Vocês tem alguma interlocução com a CEDS para a organização do trabalho com a população LGBT?
- 3.5 Conhece algum trabalho desenvolvido com essa população no território da CAP 3.1?

#### **IV) Educação Permanente**

4.1. Há planos para oferecer, aos profissionais NASF, capacitação sobre as especificidades da população LGBT?

#### **V) Políticas**

5.1. Como você percebe o trabalho do município para alcançar suas responsabilidades e atribuições para implementação da política nacional de saúde integral da população LGBT?

5.2. Quais mudanças você percebeu na PNAB 2017? Pode falar sobre os pontos positivos e negativos?

5.3 Como você percebe o impacto dessas mudanças na atuação das equipes NASF?

5.4 Como você vê a atuação NASF nesse momento de pandemia?

## APÊNDICE C– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**Ministério da Saúde  
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**



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

Prezado/a participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Atenção à população LGBT na Atenção Primária à saúde em uma das áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro”, desenvolvida por Patrícia Trápaga Ferreira, discente do Mestrado Profissional em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Regina Ferro do Lago.

**O objetivo da pesquisa** é analisar as ações desenvolvidas pelas equipes NASF, inseridas no território da Área de Planejamento 3.1, na atenção primária à saúde da população LGBT do município do Rio de Janeiro. A sua cooperação consistirá na participação de entrevista semiestruturada a respeito do tema da pesquisa.

O convite a sua participação se deve ao fato de você ser profissional de saúde atuante na atenção primária como gestor(a), apoiador(a) NASF ou integrante de uma equipe NASF e desenvolver seu trabalho no município do Rio de Janeiro.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você possui plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Se durante a entrevista você se sentir desconfortável com alguma pergunta, você tem o direito de não responder à questão e a receber o mesmo tratamento que receberia se participasse.

Sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto e essa atividade deverá ser de aproximadamente uma hora. As entrevistas serão realizadas presencialmente, uma vez que os(as) participantes são profissionais de saúde, que todos já foram vacinados e encontram-se em trabalho presencial, em locais a serem combinados com os(as) participantes que não comprometam sua atuação profissional, em concordância com seus gestores e que garantam sua segurança neste momento de pandemia (ambientes ventilados,

capazes de possibilitar o distanciamento e a higienização das mãos, com uso de máscaras e que permitam o anonimato dos(as) participantes.

As entrevistas deverão ter duração de aproximadamente uma hora e serão gravadas de voz, se houver sua autorização, serão transcritas e armazenadas para auxiliar na coleta de dados, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Serão tomadas medidas para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você fornecidas. Isto significa que seu nome não será revelado em nenhum relatório ou trabalho publicado. Cabe ressaltar que há risco de identificação do(a) participante, visto que o número de profissionais participantes é pequeno e as respostas podem levar a esta identificação.

Apenas as pesquisadoras do projeto terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades. Os dados da pesquisa serão guardados em arquivo, físico ou digital, sob minha guarda e responsabilidade, serão mantidos por 5 anos após o término da pesquisa e descartados após este período. Os arquivos digitais serão apagados e os físicos fragmentados. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar a pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Será apresentado um relatório com os dados encontrados na pesquisa e o estudo possibilitará a reflexão das ações que vem sendo planejadas pela gestão e desenvolvidas pelas equipes NASF junto à população LGBT e assim possibilitar a construção de ações que favoreçam o aprimoramento nos cuidados prestados pelos profissionais de saúde aos usuários LGBT. A dissertação produzida será enviada para todos os participantes da pesquisa, em formato digital.

Este documento foi redigido em duas vias, sendo uma para o(a) participante e outra para a pesquisadora. Todas as páginas deverão constar rubricas do(a) participante da pesquisa e da pesquisadora responsável além das assinaturas na última página deste termo.

Declaro que entendi o objetivo e condições de minha participação e autorizo a gravação e/ou registro de imagem. Declaro que concordo em participar do estudo. Uma cópia deste termo será enviado ao seu e-mail.

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

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

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

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480

–Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP:21041-210 Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h.

Acesse <https://cep.enp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa> para maiores informações.

Telefone do CEP/SMS: (21) 2215-1485

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

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16 – 4º Andar – Centro – Rio de Janeiro – RJ - CEP: 20031-040

Contato com o pesquisador responsável (mestrando em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ)

Tel.: (21) 992057326

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

Autorizo a gravação da entrevista

Não autorizo a gravação da entrevista

Agradecemos sua  
participação

---

Patrícia Trápaga Ferreira

Pesquisadora

de 2021.

---

Participante da Pesquisa

Rio de Janeiro, ..... de

## APÊNDICE D – ORÇAMENTO

Eu, Patrícia Trápaga Ferreira, declaro para os devidos fins, que a pesquisa intitulada “Atenção à população LGBT na atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro”, sob minha responsabilidade, não irá gerar nenhum ônus de qualquer natureza para a unidade proponente envolvida, nem tampouco a qualquer participante. Os ônus previstos para o desenvolvimento do projeto de pesquisa serão de responsabilidade exclusivamente da pesquisadora e estão discriminados abaixo.

<b>ELEMENTOS DE DESPESA CUSTEIO</b>	<b>VALOR ESPECÍFICO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
<b>Papel A4</b>	R\$ 13,90	R\$ 139,00
<b>Tintas para impressora multifuncional</b>	R\$ 67,55	R\$ 405,30
<b>Pacote de dados para internet</b>	R\$ 99,00	R\$ 594,00
<b>Álcool gel</b>	R\$ 16,90	R\$ 169,00
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 1.307,30</b>	

*Patrícia Trápaga Ferreira*

Patrícia Trápaga Ferreira

05/08/2021