

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Rainer Lopes

Avaliação do acesso ao acolhimento à população LGBTQIA+ por parte dos profissionais de saúde de um Centro Municipal de Saúde na Zona Norte do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro

2022

Rainer Lopes

Avaliação do acesso ao acolhimento à população LGBTQIA+ por parte dos profissionais de saúde de um Centro Municipal de Saúde na Zona Norte do Rio de Janeiro.

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

Orientadora: Prof.^a Dra. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso.

Coorientador: Prof. Me. Thiago Rodrigues de Amorim.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Evaluation of access to health care reception for the LGBTQIA+ population by health professionals at a Municipal Health Center in the North Zone of Rio de Janeiro.

L864a Lopes, Rainer.
Avaliação do acesso ao acolhimento à população LGBTQIA+ por parte dos profissionais de saúde de um Centro Municipal de Saúde na Zona Norte do Rio de Janeiro / Rainer Lopes. -- 2022.
78 f. : il. color.

Orientadora: Gisela Cordeiro Pereira Cardoso.
Coorientador: Thiago Rodrigues de Amorim.
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública), Rio de Janeiro, 2022.
Bibliografia: f. 65-71.

1. Acesso efetivo aos serviços de saúde. 2. Acolhimento. 3. Atenção primária. 4. Avaliação em saúde. I. Título.

CDD 362.1

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Glauce de Oliveira Pereira - CRB-7-5642
Biblioteca de Saúde Pública

Rainer Lopes

Avaliação do acesso ao acolhimento à população LGBTQIA+ por parte dos profissionais de saúde de um Centro Municipal de Saúde na Zona Norte do Rio de Janeiro.

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

Aprovada em: 27 de Outubro de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Daniela Murta Amaral
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Aldo Pacheco Ferreira
Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz

Prof. Me. Thiago Rodrigues de Amorim (Coorientador)
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Prof.^a Dra. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso (Orientadora)
Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz

Rio de Janeiro

2022

Dedico esta dissertação aos meus queridos amigos que lutaram bravamente contra a pandemia de COVID-19 e Gripe, Felipe Adum e Jacira Contino, sei que hoje vocês são anjos no céu e que continuam olhando por nós, muito obrigado por todo o incentivo. Em tempo, no dia 21 de setembro de 2022 o CMS Maria Cristina inaugura o Auditório Felipe Adum.

AGRADECIMENTOS

Quando iniciei minha graduação de Enfermagem jamais pensei que algum dia passaria por Pandemia, então, primeiramente quero agradecer à vida, por ter saúde e por ter combatido e sobrevivido ao COVID-19.

À minha família: Roberto, Denise, Tahne, Márcio e Thor. Aos meus orientadores Gisela Cardoso e Thiago Amorim. Aos meus guias espirituais e babalorixá Yuri.

Às minhas amigas da faculdade de enfermagem: Raylane, Jaque e Michele.
Aos meus preceptores: Gina, Rosalina, Fabiana, Arlene, Mônica, Sancler, Mariza e Valéria.
Aos Amigos da ENSP: Ingrid, Rebeca, Alessandra, Maria Alice e minha equipe do #teampavuna.

Aos Amigos do Maria: minha diretora Valéria e minha equipe da Unidade.
À minha turma e coordenação do mestrado: em especial Jéssica, Alexandre e Leandro.

“Só se vê bem com o coração. O essencial é invisível aos olhos”.

Antoine de Saint-Exupéry

“A menos que modifiquemos à nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

Albert Einstein

RESUMO

Introdução: Entre os desafios atuais da Atenção Básica, destacam-se aqueles relativos ao acesso e acolhimento e à efetividade das suas práticas. A população LGBTQIA+ tem demandas de saúde diferenciadas, e considerando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), implicará em ações diferenciadas. A política LGBT reafirma o compromisso do SUS com a universalidade, integralidade e equidade, contemplando e garantindo acesso às ações voltadas para a promoção e prevenção de saúde, além do fortalecimento da representação do segmento nas instâncias de participação popular. **Objetivo:** Avaliar o acesso ao acolhimento à população LGBTQIA+, por parte dos profissionais de saúde de um Centro Municipal de Saúde. **Metodologia:** Para o desenvolvimento desta pesquisa foi realizado um estudo transversal, exploratório e descritivo, realizado sob a perspectiva de uma avaliação participativa e inclusiva, empregando o método qualitativo. Para tanto, os sujeitos participaram da pesquisa através de rodas de conversa presenciais e por meio de questionários online. **Resultados:** A maioria (85%) dos participantes considera a população LGBTQIA+ vulnerável. Apesar da maioria não relatar dificuldades no acolhimento desta população, mais da metade considera que não tem treinamento/capacitação apropriados. Foi identificado pelos sujeitos que as maiores barreiras de acessibilidade não foram as geográficas e sim a dos próprios profissionais e usuários, indicando a fragilidade do vínculo. Os participantes expressaram sentir dificuldades no entendimento do que cada letra do LGBQIA significa, em saber diferenciar o sexo biológico, o gênero, a expressão e a identidade. Outros pontos destacados foram a dificuldade de registro do nome social no prontuário pela falta de espaço específico e o desconhecimento dos serviços de hormonização e processo transexualizador por não fazerem parte da Atenção Básica. **Conclusão:** Para a melhoria do acesso ao acolhimento são necessários processos de treinamento/capacitação dos trabalhadores. A discussão sobre o processo de saúde e doença da população LGBTQIA+ também requer a compreensão dos conceitos de identidade sexual e identidade de gênero, de modo que facilite as ações de aceitabilidade e acessibilidade por parte dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: LGBTQIA+, acesso, acolhimento, atenção primária, avaliação em saúde.

ABSTRACT

Introduction: Among Primary Care current challenges, those related to access and reception and the effectiveness of its practices stand out. The LGBTQIA+ population has different health demands, and considering the principles and guidelines of the Unified Health System (SUS), it will imply different actions. The LGBT policy reaffirms SUS' commitment to universality, integrality and equity, contemplating and guaranteeing access to actions aimed at health promotion and prevention, in addition to strengthening the instances of popular participation.

Objective: To evaluate the access to health care reception for the LGBTQIA+ population, by health professionals from a Municipal Health Center.

Methodology: For the development of this research, a transversal, exploratory and descriptive study was carried out, using qualitative method. The subjects participated in the research through face-to-face conversation rounds and online questionnaires.

Results: The majority (85%) of the participants consider the LGBTQIA+ population to be vulnerable. Although most do not report difficulties in welcoming this population, more than half consider that they do not have appropriate training. It was identified by the subjects that the greatest barriers to accessibility were not the geographic ones, but regarding the professionals and users themselves, indicating bond fragility. Participants expressed difficulties in understanding what each letter of the LGBTQIA initials mean, in differentiating biological sex, gender, expression and identity. Other points highlighted were the difficulty of registering the social name in the medical record, due to the lack of specific space and the lack of knowledge of hormone services and the transsexualization process because they are not part of primary health care.

Conclusion: In order to improve access to health care reception, training processes are necessary for workers. Discussion about health and disease process of the LGBTQIA+ population also require an understanding of the concepts of sexual identity and gender identity, in order to facilitate actions of acceptability and accessibility by health professionals.

Keywords: LGBTQIA+, access, reception, primary care, health assessment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Atributos Da Atenção Primária À Saúde.....	17
Figura 2	Marcos Históricos Das Conquistas LGBTQIA+.....	30
Figura 3	“Biscoito Sexual”.....	34
Figura 4	Fluxograma De Acolhimento À Demanda Espontânea Da ESF	37
Figura 5	Distribuição De Unidades De Saúde No Rio De Janeiro.....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos sujeitos de pesquisa.....	47
Tabela 2	Distribuição das respostas dos sujeitos de pesquisa às questões do formulário eletrônico.....	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Ilustração esquemática dos Instrumentos para coleta e análise dos dados da pesquisa.....	44
Quadro 2	Distribuição dos Sujeitos participantes da roda de conversa, por equipe e categoria profissional.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária À Saúde.
ABS	Atenção Básica Em Saúde.
CMS	Centro Municipal De Saúde.
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial.
CER	Coordenação de Emergência Regional.
CER	Reabilitação: Centro Especializado em Reabilitação.
CMR	Centro Municipal de Reabilitação.
CSE	Centro de Saúde Escola.
CaSAPS	Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde.
ESF	Estratégia de Saúde da Família.
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto.
IEDE	Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia.
LGBT.	Lésbica, Gay, Bissexual, Transexual, Travesti.
LGBTQIA+	Lésbica, Gay, Bissexual, Transexual, Travesti, Intersexo, <i>Queer</i> , Assexual.
PSF	Programa de Saúde da Família.
SMS	Secretaria Municipal de Saúde.
SUS	Sistema Único de Saúde.
TCLE.	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
UPA	Unidade de Pronto Atendimento.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	16
2.	OBJETIVOS	23
2.1.	GERAL.....	23
2.2.	ESPECÍFICOS.....	23
3.	JUSTIFICATIVA	23
4.	REFERENCIAL TEÓRICO	24
4.1.	SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIA+.....	24
4.2.	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT).....	27
4.3.	ACOLHIMENTO E ACESSO LGBTQIA+ NA APS.....	35
5.	METODOLOGIA	39
5.1.	PERCURSO METODOLÓGICO.....	39
5.2.	CENÁRIO.....	40
5.3.	PARTICIPANTES.....	42
5.4.	DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO.....	42
5.5.	INSTRUMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	42
5.6.	ASPECTOS ÉTICOS.....	45
5.7.	DESCRIÇÃO DO ESTUDO PILOTO.....	46
6.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
6.1.	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	47
6.2.	VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO LGBTQIA+.....	49
6.3.	DIFICULDADES DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO E ACOLHIMENTO.....	51
6.4.	CAPACITAÇÃO EM SERVIÇO.....	53
6.5.	SAÚDE DA MULHER E EXAME PREVENTIVO (CITOPATOLÓGICO)	54
6.6.	PROCESSO TRANSEXUALIZADOR E HORMONIZAÇÃO.....	56
6.7.	POTENCIALIDADES E DESAFIOS ADVINDOS DA RODA DE CONVERSA.....	58
6.8.	CATEGORIZAÇÃO DOS RESULTADOS.....	61
7.	CONCLUSÃO	62
8.	RECOMENDAÇÕES	64
	REFERÊNCIAS	65
	ANEXO 1	72
	ANEXO 2	74
	ANEXO 3	75
	ANEXO 4	77

APRESENTAÇÃO

Me chamo Rainer Lopes e sou enfermeiro de formação (2012-2016). Em 2013 participei do grupo de Iniciação Científica com ênfase em epidemiologia e câncer como auxiliar de pesquisa da professora Gina Torres na ENSP/FIOCRUZ. Foram alguns anos de pesquisa com defesa de artigo científico sobre sarcoma, um tipo específico de câncer. No decorrer da graduação cursei uma matéria chamada seniorato, onde aprendi um pouco sobre a docência de enfermagem em saúde da mulher com a professora Jacira Contino (†), uma das influenciadoras para eu seguir no caminho da Atenção Primária, gerando uma apresentação de artigo científico no 18º seminário nacional de pesquisa em enfermagem em Fortaleza/CE. Como estagiário, atuei na Clínica da Família Nagib Jorge Farah, em Jardim América, município do Rio de Janeiro, com a enfermeira Fabiana Candido, também influenciadora da minha jornada na Atenção Primária, juntamente de um estágio na Prefeitura do Rio de Janeiro na Gestão da Saúde do Idoso e do Homem, com a Dra. Germana Perisse, com apresentação de artigo sobre Atenção Domiciliar ao Idoso, em São Paulo no 14º Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar. Em 2015 iniciei o Acadêmico Bolsista, atuei na Clínica da Família Santa Marta, com Sancler, Arlene, Mariza e Valéria. Acompanhei uma equipe de saúde da família, gerando relato de experiência apresentado na VII Jornada Científica de acadêmicos bolsistas da prefeitura. Assim que concluí a graduação em 2016, iniciei a residência em saúde da família na ENSP/FIOCRUZ, atuando por dois anos na Clínica da Família Epitácio Soares Reis, com a preceptora e responsável técnica Mônica Motta, gerando algumas produções textuais envolvendo o cuidado na ponta e na gestão, concluindo em 2018. Foram os anos que me fizeram acreditar no SUS e entender que a Atenção Primária é primordial na vida dos pacientes. Concluí a residência em 2018 e fui contratado para o CMS Maria Cristina Roma Paugarten, sendo responsável da sala de Curativo e apresentando um artigo sobre feridas no V Simpósio Carioca de Feridas realizado pela SOBENFEE. Acreditei que o mestrado profissional seria o próximo passo. Aprendi muito quando passei a ver o paciente de forma diferente, não só como a doença, mas sim como um todo, como parte do processo de cuidado, como parte principal da sua própria vida. Atuo na atenção básica por sete anos e hoje estou como Responsável Técnico do CMS em questão, e busco agregar o máximo de conhecimento possível. Minha maior questão é contribuir para proporcionar acesso à TODOS, visto que na minha concepção, a Atenção Primária é um importante caminho para se construir os processos de saúde. A população, em particular a LGBTQIA+, merece ter um atendimento de excelência e por profissionais qualificados e que entendam e apliquem no cotidiano do trabalho todos os princípios e diretrizes do SUS.

1. INTRODUÇÃO

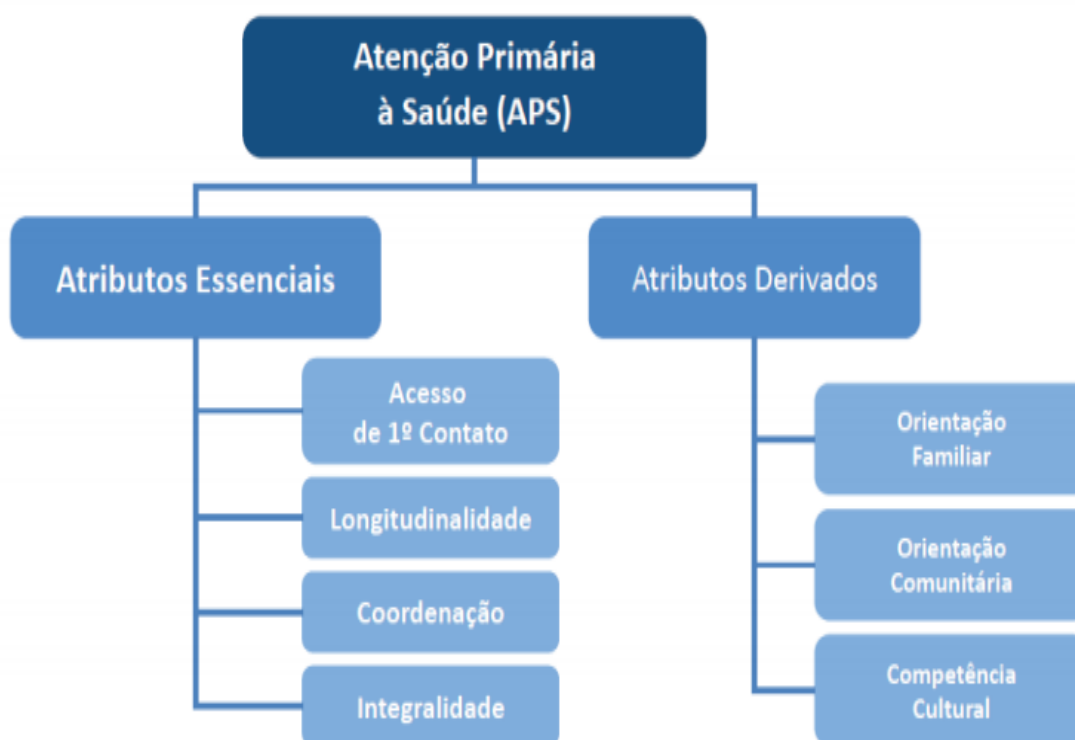
O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado a partir das mobilizações promovidas pelo Movimento da Reforma Sanitária (BAPTISTA, 2005, SILVA, LIMA, 2005), nos termos do art. 198/1988 da Constituição Federal, o qual estabelece:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade”.

Sua criação foi também regulamentada na forma da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, e da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (MELLO et al., 2011).

A atenção básica, enquanto um dos eixos estruturantes do SUS, vive um momento especial ao ser assumida como uma das prioridades do Ministério da Saúde. Entre os seus desafios atuais, destacam-se aqueles relativos ao acesso e acolhimento, à efetividade e resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, provimento e fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social (BRASIL, 2013). Ou seja, é função majoritária da atenção básica realizar o acolhimento, garantindo o acesso do paciente, sendo a principal porta de entrada para o atendimento assistencial (figura 1).

Figura 1 – Atributos da Atenção Primária à saúde



Fonte: Starfield B, 1992.

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata. Foi feita uma proposta de um acordo e uma meta entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da Atenção Primária à Saúde (APS). Essa política ficou conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”. A Declaração de Alma-Ata definiu a APS como: cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias [...]. Representando o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

No Brasil, a Atenção Primária é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Há diversas estratégias governamentais relacionadas, sendo uma delas a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Atenção Básica e

Centros Municipais de Saúde (BRASIL, 2012). A equipe ESF é composta por enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, médico e agente comunitário de saúde. O censo demográfico de 2010 mostra cerca de 950 equipes de saúde da família completas, sendo estas distribuídas em 70% das unidades de saúde do Rio de Janeiro. No entanto, por trás desse relativo consenso de que a Atenção Primária, além de dominante, é a principal porta de entrada do paciente ao atendimento assistencial do SUS, existem distintas concepções a respeito do efetivo significado de acesso. As primeiras análises, datadas da década de 1970, sugeriam uma forte relação do acesso com o aspecto geográfico (disponibilidade) e financeiro (capacidade de pagamento). A literatura mais recente procura abordar aspectos menos tangíveis, como os aspectos cultural, educacional e socioeconômico, incorporando o elemento aceitabilidade nas análises (TRAVASSOS, 2008).

A atenção básica, para ser resolutiva, deve ter tanto a capacidade ampliada de escuta (e análise) quanto um repertório, um escopo ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas, entendendo novamente que cada pessoa deve ser vista como única, com demandas e resoluções únicas. Não se pode mais pensar em uma mesma “prescrição” para indivíduos diferentes com “demandas iguais”, visto que cada um tem uma peculiaridade. Portanto, o “acolhimento” é um dos temas que se apresentam com alta relevância e centralidade no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2013).

Existem muitas definições para o Acolhimento e essa existência acaba revelando os múltiplos sentidos e significados atribuídos a ele, de maneira legítima, como pretensões de verdade. Neste sentido, o mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades. Portanto, pode-se dizer, que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. Em outras palavras, ele não é, a priori, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. Sendo assim, em vez de perguntar se, em determinado serviço, há ou não acolhimento, talvez seja mais apropriado analisar como ele se dá (BRASIL, 2013, PNAB, 2017).

Neste contexto, pessoas de grupos sociais distintos, como a população LGBTQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis, *queer*, intersexo, assexual e mais), podem ter

demandas de saúde diferenciadas, e pensando na equidade, implicará em ações específicas para isso. Isto sinaliza a necessidade de novas inclusões sociais e novos modelos de acolhimento para esta população, especialmente, na porta de entrada para o SUS, que nos dias atuais (2022), é principalmente realizada pelas Unidades Básicas de Saúde e Centros Municipais de Saúde, sendo acolhidas pelo anterior Programa de Saúde da Família e atual Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2017).

No Brasil, a população LGBTQIA+ também está entre as minorias sociais marginalizadas com menor acesso aos serviços de saúde, e não recebe a devida assistência em face aos julgamentos e juízos de valor de profissionais dos serviços de saúde, cuja discriminação existe em diversos espaços da sociedade e também nos lugares de produção do cuidado (SANTOS, 2015).

De acordo com COSTA e NARDI (2015), práticas violentas existem devido as normas e padrões sociais que foram estabelecidos a muito tempo, e que tem alicerce na heteronormatividade. Por meio disso, o LGBTQIA+ se torna frágil às vulnerabilidades, tanto fora quanto dentro de casa, que em alguns casos se torna o ambiente ao qual esses indivíduos mais sofrem hostilidades dos mais variados gêneros. Entende-se desta forma a importância da inclusão, principalmente daqueles que estão em situação de vulnerabilidade e minorias. Todos merecem ter a oportunidade de exercer sua liberdade de expressão, assim como todas as outras pessoas. Por isso o acesso deve ser garantido para a saúde dessa população.

Os jovens de minoria sexual enfrentam inúmeros desafios à sua saúde física e mental decorrentes da existência de violência, condições restritivas ao acesso à saúde e à escassa abordagem de aspectos relacionados à sexualidade e aos preconceitos. Objetivando reverter essa questão, os profissionais de saúde devem aprofundar os estudos e práticas sobre a saúde LGBTQIA+ e promover mais conforto e habilidades de comunicação a esse público, de forma a oferecer um atendimento mais holístico (SNYDER, et al., 2017).

O SUS, por meio da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, contempla ações para homens e mulheres, baseado no sistema cisheteronormativo, criando barreiras para qualquer pessoa que não se enquadre nesse padrão. No entanto, para a efetiva promoção dos direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva da saúde integral, é necessário entender as especificidades desse grupo populacional para que o cuidado seja compatível com as reais necessidades dos usuários. É importante que os profissionais de saúde envolvidos na atenção

recebam esclarecimentos sobre as práticas sexuais e sociais da população LGBT para que os cuidados em saúde sejam condizentes com suas necessidades. A disponibilização de informações seguras e confiáveis sobre o tema, o desenvolvimento de práticas de educação e comunicação em saúde de maneira participativa, criativa e inovadora, constitui uma das formas de combater a discriminação e o preconceito contra LGBT, envolvendo espaços institucionais e sociais como associação de moradores, grupos de jovens e escolas entre outros (BRASIL, 2013).

Por ser uma das primeiras portas de entrada, a Atenção Primária é o campo mais efetivo para a promoção de saúde sexual e reprodutiva, pela maior proximidade entre usuários e profissionais e pela possibilidade de formação de vínculos. O planejamento reprodutivo é descrito pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002) no manual técnico “Assistência em planejamento familiar” como medida que busca democratizar os meios de acesso à concepção ou anticoncepção nos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, com o objetivo de garantir a todos os direitos reprodutivos previstos na Carta Magna: ter filhos ou não. Apesar de esse direito ser garantido por políticas públicas no SUS, que podem orientar o planejamento familiar de casais homoafetivos, ainda persiste a dicotomia entre o que é assegurado pela legislação e o que se põe em prática. Essa oposição entre teoria e prática se torna evidente nas orientações do próprio manual do SUS quando se refere à assistência ao planejamento familiar, especificamente no caso dos métodos contraceptivos e de reprodução, que muitas vezes não citam casais homoafetivos (MANZANO, CARDIN, 2011, BRASIL, 2013, PONTELLI et al. 2015).

É preciso lembrar que a formulação e a implementação de políticas de saúde voltadas aos segmentos sociais específicos, minorias ou alta vulnerabilidade, precisam ser idealizadas de maneira articulada com as políticas do SUS, baseada nos princípios de universalidade, integralidade e equidade. De acordo com SILVA e LIMA (2005), existem indivíduos ou grupos populacionais mais vulneráveis devido à sua orientação sexual e identidade de gênero, e que, por isso, estes devem ser priorizados nos processos de intervenção públicas na área da saúde.

Quando se fala de Atenção Primária à Saúde em um Centro Municipal de Saúde se pensa em um valor de cuidado ambulatorial não especializado, que por sua vez é ofertado transversalmente por unidades de saúde específicas. Este tipo de cuidado deve se caracterizar pelo desenvolvimento de uma gama de atividades clínicas de baixo custo, incluindo, em alguns países, como no Brasil, atendimento voltado para a saúde pública (de promoção, prevenção e

tratamento). Com isso, entende-se que nas unidades de saúde se dá (ou pelo menos deveria se dar) o primeiro contato das pessoas com o sistema de saúde, na perspectiva de prevenção de grande parte dos problemas de saúde apresentados.

O Programa Saúde da Família é uma proposta do governo federal que indica uma reorientação do modelo assistencial de saúde para uma estratégia de atenção que permita efetivação de princípios do SUS, ou seja, universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 2001). O programa, desde 2006, passou a ser denominado “Estratégia de Saúde da Família”.

De acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2017), trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação para o atendimento assistencial, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Segundo STARFIELD (2002), Atenção Primária é o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, que só refere os casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada contemplando os seguintes atributos para as práticas da Atenção Primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

A população LGBTQIA+, permaneceu, por muito tempo, desamparada, alvo de um processo complexo de violação à autonomia, à dignidade e ao direito à saúde. Ressalta-se que, em uma sociedade preconceituosa, a identidade sexual não heteronormativa e a não adequação de gênero com o sexo biológico, instaura uma violação dos direitos humanos básicos, e frequentemente proporciona uma situação de vulnerabilidade à mesma. Em 2011, empenhado em promover saúde integral, equidade e minimização do preconceito, foi sancionada a Política Nacional de Saúde Integral LGBTQIA+, com o propósito de atender as demandas específicas e reparar a desassistência no âmbito da saúde deste grupo, incluindo, ainda, assessoria jurídica e ações para visibilidade LGBTQIA+ (CARDOSO e FERRO, 2012). A Política Nacional de Saúde LGBT é foi divisor de águas para as políticas públicas de saúde no Brasil e um marco histórico de reconhecimento das demandas desta população em condição de vulnerabilidade. É também um documento norteador e legitimador das suas necessidades e especificidades, em conformidade aos postulados de equidade previstos na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde. Sua formulação seguiu as diretrizes de governo expressas no Programa Brasil sem Homofobia, que foi coordenado pela Secretaria de Direitos Humanos

da Presidência da República e que atualmente compõe o Programa Nacional de Direitos Humanos (BRASIL, 2013).

As equipes de saúde da atenção básica devem estar abertas para perceber as demandas e peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar os tipos de recursos que ajudem a aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e abandono, aumentando o vínculo e acesso. Em relação à demanda dos cuidados de saúde para o grupo LGBTQIA+, notoriamente enfatiza-se a saúde sexual, deixando de atender as outras questões essenciais para essa população, que também é afetada por distintos problemas de saúde (VALENZUELA e CARTES-VELÁSQUEZ, 2020).

Para entender melhor a Atenção Primária, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde, formulou a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS), disponível no site da Prefeitura e de livre acesso à população. Trata-se de uma lista de serviços, de ações, ofertados pelas equipes de Saúde da Família para que a população saiba exatamente como funciona a Atenção Primária. São listados todos os serviços que podem ou deveriam ser oferecidos pelos postos de saúde, clínicas da família, unidades básicas de saúde, equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária. Foi formulada em modelos para a população, modelos para gestão e modelos para os próprios profissionais da ponta. Assim, fica mais fácil de entender se um serviço deve ou não ser realizado na Atenção Primária, e caso não seja, poder encaminhar para o serviço de especialidade e grau corretos.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

Avaliar o acesso ao acolhimento à população LGBTQIA+, por parte dos profissionais de saúde de um Centro Municipal de Saúde.

2.2. ESPECÍFICOS

Descrever o acesso ao acolhimento da população LGBTQIA+ nas subdimensões acessibilidade e aceitabilidade;

Identificar os fatores facilitadores e dificultadores do acesso ao acolhimento da população LGBTQIA+, incluindo a transição da nova configuração de Família;

Qualificar temáticas para educação permanente e educação continuada.

3. JUSTIFICATIVA

Este estudo se justifica, pois, a falta de acesso à saúde são violações dos direitos humanos e constitucionais, e também pela necessidade da efetiva inclusão dada a insuficiência e parcialidade das políticas e melhoria do atendimento para a população LGBTQIA+, assegurando a integralidade, universalidade e equidade. Um fator de grande relevância para a pesquisa se dá justamente pela dificuldade de acesso da população nas redes de Atenção Primária. Esta falta de acesso faz com que a população LGBTQIA+ corra ainda mais riscos à saúde. Por se tratar da primeira porta de entrada assistencial do SUS, é preciso ter um acolhimento diversificado, deslocado do modelo cisheteronormativo e uma escuta qualificada a fim de não deixar de lado os direitos de cidadania dos pacientes. Além disso, entende-se que sua realização poderá ajudar e auxiliar no acesso, acolhimento e atendimento dessa população, bem como propor ações de educação continuada e permanente que possibilitem que os profissionais da saúde saibam lidar com as situações que se apresentam em sua prática cotidiana relacionadas às questões da população LGBTQIA+.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

Com o intuito de investigar os referenciais teóricos alusivos ao acesso da população LGBTQIA+ na Atenção Primária à saúde, realizou-se uma revisão de literatura, utilizando os idiomas português, espanhol e inglês, dos últimos 20 anos. Para a pesquisa foram utilizados os seguintes descritores e palavras-chave: LGBTQIA+, LGBT, *gay*, lésbica, acesso, atenção primária, saúde da família, acolhimento, avaliação em saúde, empregando os operadores booleanos “and” e “or”. Foram utilizadas as seguintes bases de dados: LILACS Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Google Acadêmico e publicações do Ministério da Saúde.

4.1 SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIA+

A visibilidade das questões de saúde da população LGBT deu-se a partir da década de 1980, quando o Ministério da Saúde adotou estratégias para o enfrentamento da epidemia do HIV/Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) em parceria com os movimentos sociais vinculados à defesa dos direitos de grupos gays. As ações incluíam a disponibilização de assessoria jurídica, atuação no fortalecimento dos serviços, campanhas de comunicação e ações para a visibilidade dessa população. Naquele tempo, associava-se a doença apenas ao grupo LGBT. (BRASIL, 2008, 2013).

A política nacional de atenção especial a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais – LGBT teve sua origem junto ao Ministério da Saúde em parceria com os movimentos sociais visando o combate ao HIV, teve sua aprovação em 2009, mas passou a ser implementada nos serviços de saúde em 2013. Nesse período, muitos estudos mostraram que o HIV não era doença apenas da população LGBT, porém, ainda era uma população mais atingida justamente pela falta de acesso da mesma aos serviços de saúde para prevenção de doenças. (BRASIL, 2016).

Ainda existem muitos problemas em relação ao acolhimento dessa população, e isto se dá muitas vezes por falta de capacitação em serviço dos profissionais. Foi realizada uma pesquisa em 2020, pela Universidade Luterana do Brasil evidenciando que a problemática do despreparo profissional, junto do preconceito social e à vulnerabilidade sofrida pela população LGBTQIA+ gera graves consequências no âmbito da saúde. Além disso, o preconceito dentro

dos consultórios e a falta de respeito à individualidade de cada paciente afasta e dificulta o acesso dos indivíduos à atenção básica de saúde (MANSUR et al., 2020).

BRAVERMAN (2014) categorizou algumas desvantagens econômicas e socioculturais responsáveis pelas iniquidades em saúde, uma delas sendo àquelas provocadas pelos estigmas dirigidos à orientação sexual e às identidades de gênero não convencionais. Especificamente quanto à população LGBTQIA+, que além de maior vulnerabilidade a sofrimento psíquico, abuso de álcool, drogas e violência, as desvantagens se expressam também por barreiras de acesso aos serviços de saúde provocadas por atendimentos estigmatizantes e por outras consequências condenatórias, tais como a omissão de informação sobre orientação sexual, o que impacta negativamente o planejamento de ações de saúde.

Para AYRES (2002), um reflexo desse processo na atualidade pode ser representado pelo desenvolvimento na epidemiologia e na clínica da categoria “fator de risco” e suas categorias secundárias “grupos de risco” e “práticas de risco”, que, mesmo inconscientemente, favorecem processos discriminatórios a essa população.

Na pesquisa etnográfica de SOUZA et al. (2015), as travestis relataram situações de violência, humilhação, julgamento moral e desrespeito ao nome social. Assim, segundo o estudo, diante da vivência do sofrimento na busca por serviços de saúde, as travestis dificilmente se dirigem às instituições de saúde, mesmo em casos graves.

LIONÇO (2008) destaca que essa discriminação ainda é subestimada, mesmo considerando que esta seja um ponto chave para exclusão e negação do acesso à saúde. ROMANO (2008) enfatiza que pessoas trans são estigmatizadas e vivenciam preconceito no cotidiano de saúde, de forma a não possibilitar garantias fundamentais como a equidade, ferindo assim o princípio da universalidade do acesso à saúde (FERREIRA et al., 2017).

Sabe-se que as lésbicas no Brasil tendem a procurar os serviços de saúde com menor frequência do que as mulheres heterossexuais, sendo apontadas como causas as experiências de discriminação no atendimento e acolhimento, pelos profissionais de saúde. Além da discriminação resultante do preconceito, o despreparo dos profissionais para lidar com as especificidades desse grupo e a negação, pelas próprias mulheres, do risco para determinadas doenças, especialmente, as doenças ginecológicas, são motivos apontados para a menor procura de serviços de saúde (FACCHINI, 2006).

De acordo com uma pesquisa pela UNICEF em 2011, foi relatado que adolescentes gays, que expõem sua orientação sexual e ou identidade de gênero, estão mais susceptíveis a sofrer preconceito e a discriminação. Evidenciado por MULLER, 2018, que os mesmos, ao buscar acesso aos serviços de saúde, enfrentam mais dificuldades devido aos serviços exigirem a presença de um familiar na consulta. Compreende-se então que boa parte dos jovens perde o vínculo com seus familiares devido à não aceitação frente ao modelo cisheteronormativo, o que favorece contextos de solidão, trabalho sexual, violência física, verbal, psicológica, sexual e até mesmo a morte (UNICEF, 2011).

Existe uma dificuldade muito grande na aceitação das novas configurações de famílias e nem todos os profissionais se sentem confortáveis com essas mudanças. Novos arranjos familiares emergem e, pode-se dizer que a família é reconhecida como, extensa, desconstruída, recomposta, monoparental e homoparental, no qual esses novos modelos de entidade familiar assumem um caráter inovador, democrático e pautam seus relacionamentos no princípio de igualdade, solidariedade, afetividade e liberdade. Entre os anos 2000 e 2010 o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) levou em conta o aumento das famílias recompostas, das uniões estáveis, das famílias lideradas por mulheres e do divórcio, que quase dobrou em dez anos. Esse aumento de divórcios se deu especialmente a partir de sua simplificação com a Emenda Constitucional nº 66, de 13/7/2010 (EC/66), que acabou com prazos para requerê-lo e extinguiu o inútil e anacrônico instituto da separação judicial, que funcionava como uma espécie de limbo ou purgatório antes do divórcio.

“As rupturas das tradições provavelmente propiciam uma quebra nas relações vinculares. Por isso representam um desarrumo no percurso do ritmo familiar, o que transforma os laços em desenlaço, e a ordem de desconcerto, criando-se assim vivências de transgressões. Em decorrência abrem espaço para a violação dos direitos e deveres individuais e coletivos” (MELO; CAMPOS, 2009, p.61).

Em 2013, pela primeira vez, as Estatísticas do Registro Civil investigaram o casamento entre pessoas de mesmo sexo. O seu reconhecimento, no Brasil, como entidade familiar, por analogia à união estável, foi declarado possível pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em maio de 2011. E, em maio de 2013, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) aprovou a Resolução nº 175, a qual determina a todos os Cartórios de Títulos e Documentos no território brasileiro habilitar ou celebrar casamento civil, ou converter união estável em casamento entre pessoas de mesmo sexo, removendo, assim, possíveis obstáculos administrativos à efetivação de direitos dessas famílias.

O acolhimento humanizado e o cuidado integral entram como os direitos supracitados, e será baseado observando a peculiaridade apresentada pelo paciente, o mesmo precisa ser atendido com respeito independente de sua orientação. Por conseguinte, a Estratégia de Saúde da Família trabalha justamente com a longitudinalidade, que de acordo com o Ministério da Saúde é a existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo (BRASIL, 2010). Além disso, a ligação entre a população e sua fonte de atenção deve refletir-se em relações interpessoais intensas que expressem a identificação mútua entre as pessoas atendidas e os profissionais de saúde. O usuário conseguirá entender que o vínculo servirá como parte de sua rede de apoio, que não estará sozinho. Muitas das vezes os usuários deixam de frequentar um serviço por não se sentirem acolhidos ou se sentirem parte de alguma coisa.

4.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT).

O direito à saúde no Brasil é fruto da luta do Movimento da Reforma Sanitária e está garantido na Constituição de 1988. No texto constitucional a saúde é entendida de maneira ampliada e não apenas como assistência médico sanitária. Nesta concepção, saúde é decorrente do acesso das pessoas e coletividades aos bens e serviços públicos oferecidos pelas políticas sociais universais. A Saúde, a Previdência e a Assistência Social integram o Sistema de Seguridade Social e esta conquista representa o compromisso e a responsabilidade do Estado com o bem-estar da população (BRASIL, 1988, art. 194).

Em 2011, o MINISTÉRIO DA SAÚDE apresenta a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), instituída pela Portaria nº 2.836/2011, de 1º de dezembro de 2011, e pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), conforme Resolução nº 2 do dia 6 de dezembro de 2011, que orienta o Plano Operativo de Saúde Integral LGBT.

A Política LGBT tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais. Esta Política reafirma o compromisso do SUS com a universalidade, a integralidade e com a efetiva participação da comunidade. Por isso, ela contempla ações voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, além do incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da

representação do segmento nas instâncias de participação popular. É composta por um conjunto de diretrizes cuja operacionalização requer planos contendo estratégias e metas sanitárias e sua execução requer desafios e compromissos das instâncias de governo, especialmente das secretarias estaduais e municipais de saúde, dos conselhos de saúde e de todas as áreas do Ministério da Saúde. Nesse processo estão sendo implantadas ações para evitar a discriminação contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos espaços e no atendimento dos serviços públicos de saúde. Este deve ser um compromisso ético-político para todas as instâncias do SUS, de seus gestores, conselheiros, de técnicos e de trabalhadores de saúde (BRASIL, 2013).

A Política LGBT é disponibilizada pelo ministério da saúde em *sites* gratuitos, de livre acesso para qualquer pessoa que desejar aprender, entender e respeitar. Nas unidades de saúde do Rio de Janeiro, as equipes têm acesso à internet e espaços para discussão de casos que na maioria das vezes geram processos para educação continuada, pois, enquanto formação integral e contínua do ser humano, existirão espaços para este tipo de discussão, diferente da educação permanente, que também precisa existir, porém, será com temas específicos. Ambas as estratégias de capacitação são importantes na Atenção Primária, pois uma se apoia no referencial teórico-metodológico problematizador, o que se dá no dia a dia, o que se pega para discutir no ato, e a outra por meio de momentos pontuais e com temas pré-selecionados, que muitas das vezes sairão da educação continuada.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE considera que no processo de Educação Permanente em Saúde o aprender e ensinar devem se incorporar ao cotidiano das organizações e ao trabalho, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, onde a atualização técnico-científica é um dos aspectos da transformação das práticas, porém, não é seu foco central. Desta forma, a Educação Permanente é considerada como algo mais abrangente da educação enquanto formação integral e contínua do ser humano com um referencial teórico-metodológico problematizador (BRASIL, 2018).

Conforme explicitado na figura 2, esta mostra uma linha do tempo com marcos históricos das conquistas da população LGBT. Foi feito um recorte a partir de 1990, onde se iniciaram as discussões sobre a cidadania da pessoa trans, a fim da criação de uma política que pudesse abranger todo o tipo de gênero. Com o passar dos anos, muitas conquistas foram surgindo pelos militantes, e uma das principais foi a da 13ª Conferência Nacional de Saúde

(2006), onde teve grande participação popular a fim de garantir o acesso de todas as populações vulneráveis aos serviços do SUS, e para isso se faria uma política nacional, que mais tarde, se criou e se aprovou a Política Nacional de Saúde LGBT pelo Ministério da Saúde.

Figura 2 – Marcos históricos das conquistas LGBTQIA+



Fonte: Adaptação de figura: O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa (PEREIRA, LBC; CHAZAN, ACS, 2019).

E hoje, o que significa LGBTQIA+?

Existem muitas dúvidas quando se fala de LGBTQIA+, houve uma evolução da sigla para designar diversas minorias sexuais e de gênero. É uma resposta ao tamanho do espectro e das demandas da comunidade composta por lésbicas, gays, bissexuais, travestis, trans, *queer*, intersexuais e assexuais, dentre outros. Na primeira sigla, GLS, o “S” representava os simpatizantes, pessoas aliadas à causa, mas se mostrou ultrapassado e excludente porque não contemplava todas as identidades. A grande mudança na sigla ocorreu com o “L” passando para a primeira, com a intenção de dar mais visibilidade às demandas de mulheres lésbicas.

De acordo com o Manual de Comunicação LGBTI+ (2018), as letras são definidas das seguintes formas: L: lésbica; é toda mulher que se identifica como mulher e têm preferências sexuais por outras mulheres. G: *gays*; é todo homem que se identifica como homem e têm preferências sexuais por outros homens. B: bissexuais; pessoas que têm preferências sexuais pelo gênero masculino e feminino. T: transexuais, travestis e transgêneros; pessoas que não se identificam com os gêneros impostos pela sociedade, masculino ou feminino, atribuídos na hora do nascimento e que têm como base os órgãos sexuais. Q: *queer*; pessoas que não se identificam com os padrões de heteronormatividade impostos pela sociedade e transitam entre os “gêneros”, sem também necessariamente concordar com tais rótulos. I: intersexo; antigamente chamadas de hermafroditas, são pessoas que não conseguem ser definidas de maneira distinta em masculino ou feminino. A: assexuais; que não sentem atração sexual por ninguém, podendo ou não se interessar por envolvimento romântico; +: engloba todas as outras letrinhas da sigla, como o “P” de pansexualidade, que é a atração por pessoas, independentemente do gênero ou da orientação sexual delas e Não-binariedade, que é uma pessoa que não se sente em conformidade com o sistema binário homem/mulher.

“A palavra *queer*, cujo sentido original era bizarro, excêntrico, estranho, passou a designar depreciativamente os homossexuais a partir do século XIX. Nos anos 1980, porém, a palavra foi reivindicada pelos grupos LGBT num processo de ressignificação em que se tornou valorativa. Com essa transformação de sentido, o termo começou a ser usado no sintagma “teoria *queer*”, inicialmente pela feminista italiana Teresa de Lauretis (SAFATLE, 2015, p.178)”.

Foram muitas lutas para alcançar um local de fala e de presença, e mesmo assim, ficam muitas dúvidas em relação ao que é sexualidade, sexo biológico, intersexualidade, expressão e identidade de gênero. A seguir, apresentam-se definições sobre esses termos:

Sexualidade: Refere-se às construções 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, ideias, 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 (BRASIL, 2016).

Gênero: Conceito formulado nos anos 1970 com profunda influência do movimento feminista. Foi criado para distinguir a dimensão biológica da dimensão social, baseando-se no raciocínio de que há machos e fêmeas na espécie humana, levando em consideração, no entanto, que a maneira de ser homem e de ser mulher é realizada pela cultura. Assim, gênero significa que homens e mulheres são produtos da realidade social e não somente decorrência da anatomia de seus corpos (BRASIL, 2016).

Sexo biológico (gênero atribuído ao nascimento): diz respeito às características biológicas que a pessoa tem ao nascer. Podendo incluir cromossomos, genitália, composição hormonal, entre outros. Em um primeiro momento, isso infere que a pessoa pode nascer macho, fêmea ou intersexual. Não há gênero no sexo biológico em si, o que existe é uma expectativa social de gênero em relação ao corpo/genital (CADERNO GLOBO 12, 2017).

Intersexualidade: É um termo que descreve pessoas que nascem com anatomia reprodutiva ou sexual e/ou um padrão de cromossomos que não podem ser classificados como sendo tipicamente masculinos ou femininos (GLAAD, 2016). Ainda é comum a prescrição de terapia hormonal e a realização de cirurgia, destinadas a adequar aparência e funcionalidade da genitália, muitas vezes antes dos 24 meses de idade. Contudo, algumas pessoas intersexuais submetidas a este processo relatam que não se adaptaram e rejeitaram o sexo designado ao nascimento, respaldando uma conduta terapêutica que defende o adiamento da intervenção até que a/o jovem sujeito possa participar na tomada da decisão (SANTOS, ARAÚJO, 2004).

Identidade de gênero é a percepção que uma pessoa tem de si como sendo do gênero masculino, feminino ou de alguma combinação dos dois, independente de sexo biológico. Trata-se da convicção íntima de uma pessoa de ser do gênero masculino (homem) ou do gênero

feminino (mulher) (ABGLT, 2010). A identidade de gênero da pessoa não necessariamente está visível para as demais pessoas.

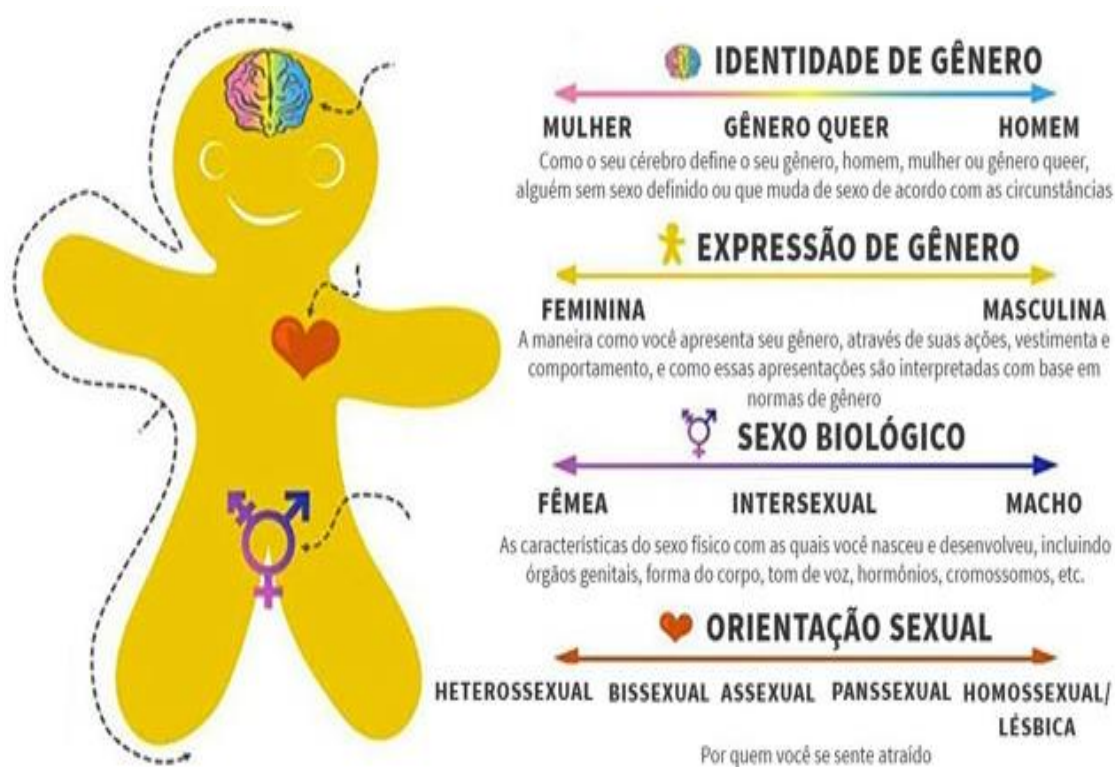
Expressão de gênero é como a pessoa manifesta publicamente, por meio do seu nome, da vestimenta, do corte de cabelo, dos comportamentos, da voz e/ou características corporais e da forma como interage com as demais pessoas. A expressão de gênero da pessoa nem sempre corresponde ao seu sexo biológico (GLAAD, 2016).

Dentre os marcos históricos, é importante destacar o processo Transexualizador, que inclui o tratamento de Hormonização. Por mais que muitos ainda não saibam, o processo está presente no SUS e no momento de pesquisa, no Rio de Janeiro, os locais que oferecem esse tipo de atendimento é o ambulatório do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) e o Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE). Estes serviços oferecem acompanhamento multiprofissional, com enfermeiros, médicos, psicólogos, psiquiatras e afins. Para dar entrada em algum desses serviços, o paciente deverá ser atendido em uma Unidade de Atenção Básica e ser referenciado via sistema de regulação para o atendimento.

O Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde foi instituído por meio da Portaria nº 1.707/GM/MS, de 18 de agosto de 2008 e da Portaria nº 457/SAS/MS, de 19 de agosto de 2008. Estas portarias estavam pautadas na habilitação de serviços em hospitais universitários e na realização de procedimentos hospitalares. O processo transexualizador é um procedimento de saúde, por isso, antes das cirurgias, há uma avaliação e acompanhamento ambulatorial com equipe multiprofissional, com assistência integral. Como o processo é irreversível, é necessário acompanhamento psicológico por, pelo menos, dois anos antes da realização dos procedimentos, para que o paciente tenha segurança e a certeza necessária para a sua realização. A Hormonização é financiada pelo SUS para pacientes em processo Transexualizador, sendo uma intervenção de saúde utilizada por muitas pessoas transexuais e travestis como uma estratégia para se expressarem e serem reconhecidas pela sociedade dentro dos limites do gênero com o qual se identificam ou com o qual preferem ser identificadas (BRASIL, 2020).

Para melhor representar o que foi supracitado, a figura 3 foi escolhida como um método lúdico a fim de melhor explicar as questões de expressão e identidade de gênero, orientação sexual e sexo biológico.

Figura 3 – “Biscoito Sexual”



Fonte: Adaptado “a guide to gender: the social justice advocate's handbook” (KILLERMANN, 2013).

4.3 ACOLHIMENTO E ACESSO LGBTQIA+ NA APS

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2008).

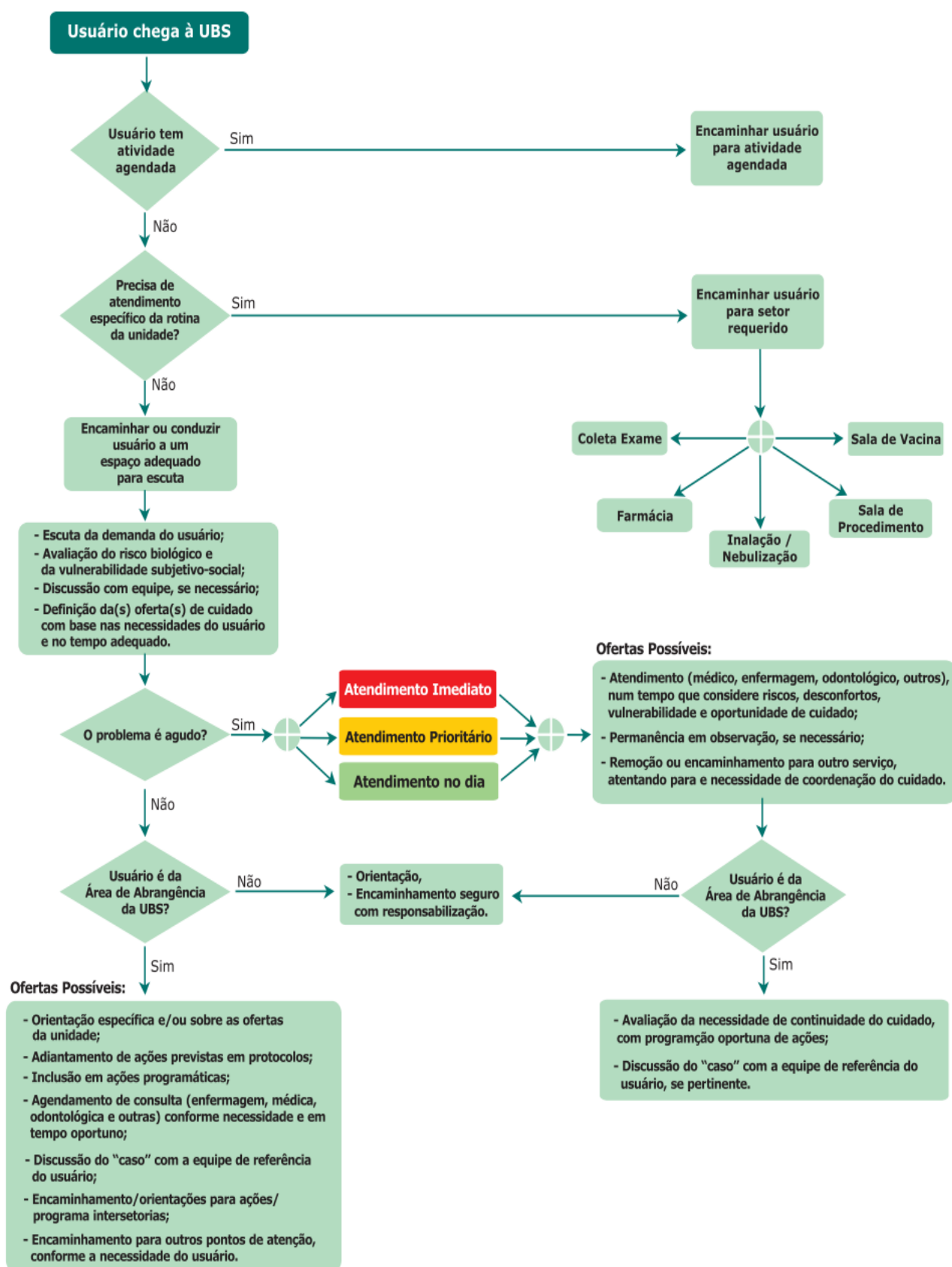
Observa-se que os serviços de saúde ainda se apresentam como locais de manutenção das desigualdades e preconceitos da sociedade, em vez de serem locais de acolhimento e proteção. O modelo de cuidado cisheteronormativo não contempla a população LGBTQIA+ e também a própria linguagem médica, muitas vezes técnica e incompreensível, ainda que não seja a intenção, mostra-se como uma barreira, uma forma de manter o distanciamento social, algo que é resultado e reforço do cuidado centrado no médico e não no usuário (MULLER, 2008).

Existem muitos relatos de pacientes que não foram chamados pelo Nome Social na hora de serem acolhidos nas demandas ou consultas. Assegurado na carta dos usuários do SUS, o decreto Nº 8.727/16, onde no Art. 1º diz o seguinte: “Este Decreto dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis ou transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional”. A estigmatização dessa população também contribui para as barreiras de acesso e vulnerabilidade desses pacientes (BRASIL, 2011, 2016).

Esse universo simbólico estigmatizante teria sido originalmente construído pela ordem médica, a qual desde o século XVIII teria começado uma classificação dos sujeitos LGBT dentro de um espectro de desvio de conduta e patologias mentais; isso resultou inclusive em internações manicomiais compulsórias, envolvendo diversos tratamentos cruéis, tais como imersões em água gelada, uso obrigatório de sedação psiquiátrica, isolamento, entre outros (CAPONI, 2012, p.210).

De acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2011) o acolhimento pela equipe de referência do usuário tem por principal característica cada usuário ser acolhido pelos profissionais de sua equipe de referência, de modo que um ou mais profissionais de cada equipe realizam a primeira escuta, negociando com os usuários as ofertas mais adequadas para responder às suas necessidades. Na página a seguir, a figura mostra o fluxograma de acolhimento que deve ser utilizado nas Unidades de Atenção Primária pelas equipes de ESF no Rio de Janeiro:

Figura 4 – Fluxograma de acolhimento à demanda espontânea.



VUORI (1991), define acesso como a liberdade e a capacidade de obter alguma coisa, ou dela fazer uso. No campo da saúde, o acesso é concebido como o conjunto de circunstâncias, de diversas naturezas, que viabiliza a entrada de cada usuário, ou paciente, na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade, bem como em suas diversas modalidades de atendimento. Está relacionado com as dificuldades e as facilidades em obter tratamento desejado, estando, portanto, intrinsecamente ligado às características da oferta e da disponibilidade de recursos. A garantia de acesso pressupõe a remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização dos serviços disponíveis. PENCHANSKY & THOMAS (1981), defendem o acesso como um conceito multidimensional na pesquisa de políticas e serviços de saúde. Referem ao ajuste 'ideal' entre o sistema de serviços e os usuários. Existem inúmeros fatores que irão influenciar o acesso e a permanência dos pacientes nos serviços de saúde. São eles:

- I. Acessibilidade: diz respeito à localização geográfica caracterizada pela forma de deslocamento, distância entre a residência do usuário e a unidade, tempo de ida e volta, dentre outros recursos. Sendo obstáculos da própria localização da unidade;
- II. Disponibilidade: corresponde à intensidade e tipos de recursos oferecidos em relação às necessidades dos usuários;
- III. Poder aquisitivo: possibilidade do usuário de pagar pelo serviço e também relacionado ao custo do serviço;
- IV. Adequação ou acomodação: corresponde ao modo como os recursos são organizados para atender as necessidades dos usuários e a capacidade de se adaptarem a essa organização;
- V. Aceitabilidade: representando as atitudes dos usuários e profissionais em relação às suas respectivas práticas e características. A aceitabilidade depende do vínculo que o profissional de saúde conseguirá criar com o paciente.

O acesso é uma importante categoria a ser considerada na formulação e implementação de políticas públicas e existem fatores limitantes para ele, corroborando com os outros autores, onde se pode destacar baixa acessibilidade, sistema fragmentado, focalizado e não integral, ausência de equidade e acolhimento, ausência de descentralização e regionalização da atenção. Uma das principais subdimensões do acesso é a acessibilidade, entendida como a distância e localização entre serviços de saúde e os usuários, as barreiras geográficas, tempo para o deslocamento e custos implicados, bem como a oferta de serviço e profissionais qualificados para a atenção desejada (UNGLERT, 1990).

5. METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada em dois meses, dividida em duas etapas: o primeiro mês (maio de 2022) para realização dos questionários (compondo a primeira etapa) que objetivou uma coleta de dados sobre o que os sujeitos entendiam sobre o acolhimento à população LGBTQIA+ e o segundo mês (junho de 2022) para realização das rodas de conversa (compondo a segunda etapa), objetivando uma discussão mais rica e aprofundada sobre o tema.

5.1 PERCURSO METODOLÓGICO

Para o desenvolvimento desta pesquisa foi realizado um estudo transversal, exploratório e descritivo, realizado sob a perspectiva de uma avaliação participativa e inclusiva, através do método qualitativo. Para tanto, os sujeitos participaram da pesquisa através de rodas de conversa presenciais e por meio de questionários online.

A pesquisa qualitativa está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências no mundo e a forma como o compreendem. Busca, assim, interpretar os fenômenos sociais, a partir da perspectiva dos atores envolvidos (POPE e MAYS, 2009). De acordo com LEOPARDI (2001), a pesquisa qualitativa é indicada “Quando o interesse não está focalizado em contar o número de vezes em que uma variável aparece, mas sim que qualidade elas apresentam”. Para MINAYO (2001), “A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado” (p. 21).

Para atingir os objetivos desta dissertação, foi realizada uma pesquisa-ação participativa, modalidade que vem sendo cada vez mais utilizada por diversos pesquisadores. Como a pesquisa qualitativa, a pesquisa-ação naturalmente detém suas origens similares àquele polo metodológico. Porém, a pesquisa-ação tem identidade demarcada pela ruptura com modelos pré-concebidos, no campo de estudos quantitativos, mas também no âmbito das investigações qualitativas (FRANCO, 2005).

[...] é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 1986, p.14).

De acordo com THIOLLENT (1986), a elaboração do plano de ação consiste em definir com precisão alguns tópicos, a fim de entender quem são os atores ou as unidades de intervenção, como se relacionam os atores e as instituições, se existe algum tipo de

convergência e atritos, quem toma as decisões, quais são os objetivos da ação, os critérios de avaliação e como dar continuidade à ação, mesmo se forem encontradas dificuldades.

Foram aplicados questionários, de forma online com 10 perguntas sobre o tema, além de perguntas sobre função, tempo de atuação na unidade, formação acadêmica e idade. A roda de conversa foi composta de 05 perguntas sobre o tema e os sujeitos falam livremente, com a ajuda do roteiro.

Na pesquisa ação, nem sempre são aplicados questionários codificados, pois, quando a população é de pequena dimensão e sua estruturação em grupos permite a fácil realização de discussões, é possível obter informações principalmente de modo coletivo, sem administração de questionários individuais. No entanto, quando a população é ampla e o objetivo da descrição e da análise de informação é bem definido e detalhado, o questionário geralmente é indispensável (THIOLLENT, 1986, p.65).

A pesquisa-ação entendida como investigação-ação, segundo TRIPP (2005), é um termo genérico para qualquer processo que siga um ciclo no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela. Como pontos positivos, a esse tipo de pesquisa enfoca diretamente o a questão norteadora e os objetivos. Como pontos negativos, podem surgir alguns vieses se as perguntas foram interpretadas de maneira diferente do que o pesquisador sugerir.

5.2. CENÁRIO

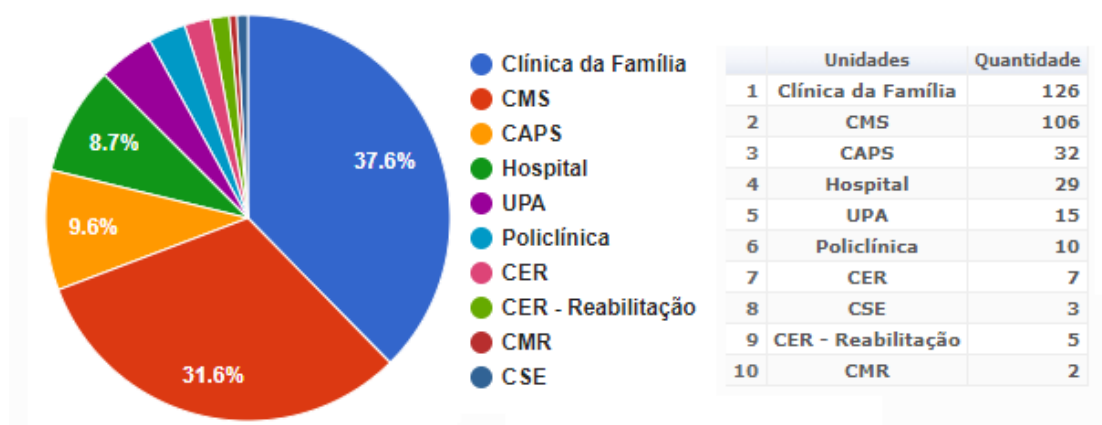
A pesquisa foi realizada no Centro Municipal de Saúde Maria Cristina Roma Paugartten, na Zona Norte do Rio de Janeiro, na Coordenadoria da Área Programática 3.1 (CAP 3.1), local de atuação profissional do autor da dissertação, que é enfermeiro responsável técnico da unidade. O CMS foi inaugurado no dia 30 de dezembro de 1960 e, desde então, vem sofrendo diversas transformações, tais como, ampliação da área de atuação e aumento das equipes de saúde da família, além de mudanças na estrutura física da unidade, pois anteriormente se tratava de uma Policlínica.

O acolhimento à demanda espontânea, ocorre seguindo as diretrizes do fluxograma do caderno de atenção básica número 28, já citado anteriormente. A unidade possui 08 estações de trabalho (antigos guichês), onde permanece 01 ACS por Equipe durante todo funcionamento da Unidade (07h-18h), totalizando 08 ACS durante o período de trabalho. Caso o paciente esteja na Unidade por questões de demanda aguda, ele será direcionado a um consultório para que o Enfermeiro realize uma escuta qualificada, a fim de identificar os problemas e encaminhar com resolubilidade. Este Enfermeiro atende todas as demandas agudas que chegam até a Unidade,

e distribui de forma equivalente para a demanda médica ou de enfermagem de acordo com o que for necessário com sua avaliação inicial. Ou seja, todas as demandas passam minimamente por um profissional de enfermagem de nível superior, que é capacitado para realizar a triagem e encaminhamento dos mesmos.

O CMS atua com 08 Equipes de Saúde da Família com aproximadamente 35 mil pacientes cadastrados, de níveis socioeconômicos diferenciados, onde apenas 02 equipes abrangem áreas bastante vulneráveis economicamente. As equipes são compostas por 05 Agentes Comunitários de Saúde, 01 Técnicos de Enfermagem, 01 Enfermeiro, 01 Médico e 01 Dentista (pela ESF, 01 dentista pode fazer parte de até 03 equipes, dentista 1: 03 equipes, dentista 2: 03 equipes e dentista 3: 02 equipes), totalizando aproximadamente 72 integrantes da saúde. Oferece serviços de Atenção Primária, assim como os que são oferecidos pelas Clínicas da Família e tem como área de atuação parte dos bairros da Zona Norte (Bonsucesso e Ramos). A diferença da CF para o CMS é que ele é uma unidade mista, portanto, existem profissionais que realizam apenas serviços de especialização, não fazendo parte da ESF. De acordo com a figura 5 abaixo, pode-se observar a quantidade de Unidades de Saúde distribuídas pelo Rio de Janeiro, sendo a maioria CF e CMS. A CAP 3.1 possui 17 CF e 13 CMS, sendo elas administradas hoje pela Organização de Saúde Viva Rio. A maioria das CAP possui de 30 a 45 unidades de Atenção Primária.

Figura 5 – Distribuição de Unidades de Saúde no Rio de Janeiro



Fonte: https://subpav.org/graficos/graf_unidades.php (atualizado em 01/06/2021)

Legenda: CMS (Centro Municipal de Saúde). CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). UPA (Unidade de Pronto Atendimento). CER (Coordenação de Emergência Regional). CER Reabilitação (Centro Especializado em Reabilitação). CMR (Centro Municipal de Reabilitação). CSE (Centro de Saúde Escola).

5.3. PARTICIPANTES

Os participantes da pesquisa de campo foram os profissionais da Equipe de ESF, sendo 08 médicos, 08 enfermeiros, 16 técnicos de enfermagem, 37 agentes comunitários de saúde e 03 dentistas, totalizando aproximadamente 72 participantes convidados.

Critérios de inclusão: ser profissional de saúde da ESF e estar há mais de um ano atuando na unidade de saúde selecionada.

Critérios de Exclusão: estar de férias ou em licença.

5.4. DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO

Neste estudo, o acesso ao acolhimento foi analisado a partir das dimensões acessibilidade e aceitabilidade, fatores principais que influenciam nas questões de barreiras e criação de vínculo. A acessibilidade está vinculada à localização geográfica, incluindo a forma de deslocamento, o tempo de deslocamento e distância entre a residência do usuário e a instituição. Refere-se à relação entre os recursos de poder dos usuários e os obstáculos colocados pela instituição. Já a aceitabilidade refere-se às atitudes dos usuários quanto à aceitação do atendimento prestado na unidade de saúde e o vínculo. Estes serão avaliados pelos profissionais de saúde e suas experiências com os usuários na unidade.

5.5. INSTRUMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Para a coleta de dados foram empregadas duas técnicas: primeiramente a aplicação de um questionário por meio de formulário eletrônico, e posteriormente rodas de conversa, ambas com os profissionais pertencentes à equipe ESF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista e agente comunitário de saúde). Importante destacar a ordem de antes vir o questionário e depois a roda de conversa para que o primeiro pudesse gerar dúvidas, questionamentos e motivação para discussão. Os sujeitos foram abordados nos turnos de reunião de equipe, onde foram informados que o convite para a pesquisa seria por e-mail, e que seria em duas etapas, um momento de questionário online e outro momento de roda de conversa, nesta respectiva ordem. Ambos foram realizados no período do expediente de trabalho, pois configurou como treinamento em serviço.

Nas reuniões de equipe, foi pactuado que os sujeitos teriam até 30 dias para responder o questionário. Ele foi realizado via Google Forms, e, todos receberam o link de duas formas

distintas, via e-mail e via WhatsApp, e ficou a critério do sujeito responder no computador da unidade ou no próprio celular. O TCLE foi incluído no convite, sendo de leitura obrigatória para prosseguir para o questionário, e o TCLE e as respostas seriam enviadas por e-mail após o terminar de responder.

A intenção de iniciar com o questionário foi para levantar algumas discussões importantes acerca da questão de pesquisa proposta. Ele foi composto por 10 questões relacionadas ao acolhimento e atendimento da população LGBTQIA+ e aos serviços oferecidos pelo SUS, dentre elas, questões sobre vulnerabilidade, acolhimento de paciente trans com nome social, acolhimento para preventivo (citopatológico), funcionamento da Hormonização e do Processo Transexualizador, além de mais 04 questões para identificação e dados socioeconômicos. As questões eram abertas e fechadas. Um total de 72 questionários foram enviados, e 60 questionários (84%) foram respondidos. O modelo de questionário está disponível no Anexo IV.

As rodas de conversa foram realizadas e gravadas em áudio pelo autor na própria unidade de saúde (sala de reunião ou auditório), em horário de reunião de equipe, não necessitando de gastos extras ou deslocamento do profissional para local externo. Duraram em média de 30 a 40 minutos. Por serem 08 equipes, foram realizadas 08 rodas de conversa para maior adesão de profissionais e otimização de tempo, visto que as reuniões de equipe já são horários protegidos acontecendo metade das reuniões pela manhã e metade pela tarde, sem impactar no atendimento da população. As rodas tiveram aproximadamente de 6 a 8 participantes, totalizando em 60 pessoas no total.

O roteiro para condução da roda de conversa foi composto por 04 perguntas, A primeira pergunta foi: vocês identificam dificuldades no atendimento à população LGBTQIA+?; a segunda: acreditam que essa população seja vulnerável? Por que?; a terceira: conseguem entender as diferenças entre expressão de gênero (feminino, andrógino, masculino), identidade de gênero (homem, não binário, mulher), orientação sexual (hétero, bi, homo) e sexo biológico (feminino, intersexo, masculino)?; e por último: o que vocês sugeririam para melhorar o atendimento deste segmento da população?

A intenção foi conseguir obter o maior número de participantes, explicando aos mesmos a importância da participação, inclusive por tratar-se de um projeto com objetivo de melhorar

o serviço de saúde. Para os questionários online, o principal objetivo foi dar ao participante um local para poder escrever livremente, relatar experiências e apresentar opiniões (Quadro 1).

Objetivos	Técnica de coleta	Fonte	Forma de análise
Descrever o acesso ao acolhimento da população LGBTQIA+ nas subdimensões acessibilidade e aceitabilidade	Questionário online Rodas de conversa	Profissionais de saúde	Análise de conteúdo temático
Identificar os fatores facilitadores e dificultadores do acesso ao acolhimento da população LGBTQIA+ na perspectiva dos profissionais de saúde	Questionário online Rodas de conversa	Profissionais de saúde	Análise de conteúdo temático
Identificar temáticas para educação permanente e educação continuada para qualificação e recomendar estratégias para desenvolvimento dos profissionais de saúde	Ações de Educação Permanente Ações de Educação Continuada	Profissionais de saúde	Análise de conteúdo temático

Quadro 1 – Ilustração esquemática dos Instrumentos para coleta e análise dos dados da pesquisa

A técnica de análise de conteúdo é usada desde a década de 1940, e MOSCOVICI (2003) acentua que tudo o que é dito ou escrito é suscetível de ser submetido a uma análise de conteúdo. Já BERELSON (1952) afirma que é uma técnica de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações.

Análise de conteúdo temático é uma técnica de pesquisa científica baseada em procedimentos sistemáticos, intersubjetivamente validados e públicos para criar inferências válidas sobre determinados conteúdos verbais, visuais ou escritos, buscando descrever, quantificar ou interpretar certo fenômeno em termos de seus significados, intenções, consequências ou contextos (SAMPAIO, 2021).

A análise de conteúdo como conjunto de técnicas se vale da comunicação como ponto de partida. É sempre feita a partir da mensagem e tem por finalidade a produção de inferências. Neste sentido, ideal para atingir os objetivos da pesquisa. Partindo desde ponto, é possível mostrar a importância das rodas de conversa já com perguntas específicas para conduzir o participante a falar mais especificamente sobre o que estava proposto no tema.

5.6. ASPECTOS ÉTICOS

Conforme preconizado nas resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Pesquisa este Projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Considerando também o cenário deste estudo, um serviço de saúde vinculado à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, e visando salvaguardar os trabalhadores, o Projeto foi submetido para apreciação do Centro de Estudos da CAP 3.1, responsável administrativo pelo distrito de saúde em que está localizada a Clínica da Família.

Os participantes que aceitaram participar da pesquisa concordaram com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), cientes dos riscos e benefícios da entrevista, conforme explicitados por escrito neste mesmo termo.

Como benefícios, a pesquisa pretende incentivar a reflexão sobre o acesso e o processo de trabalho no serviço de saúde ao realizar devolutivas dos achados do estudo para os trabalhadores, como forma de potencializar novas ações e contribuir com a produção de conhecimento.

Para garantir a confidencialidade apenas o pesquisador do projeto e os orientadores, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, tiveram acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. Ressalta-se que os benefícios de sua participação estão relacionados com a sua contribuição para a compreensão das dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Ainda que haja o compromisso por parte da pesquisa quanto à anonimização dos participantes e divulgação agregada das informações, por terem outras pessoas no grupo, não há como garantir a não identificação e a confidencialidade dos demais participantes.

Todos os participantes participaram da pesquisa em horário de trabalho na própria unidade, portanto não tiveram custos de deslocamento e material. Estando descrito no TCLE.

Esta pesquisa foi aprovada no dia 04 de maio pelos CEP ENSP com o parecer de número 55375222.0.0000.5240 e pelo CEP SMS-RJ de número 55375222.0.3001.5279.

5.7. DESCRIÇÃO DO ESTUDO PILOTO

Ao refletir a respeito do processo de construção de uma pesquisa, mais especificamente do caminhar metodológico, chegou-se à conclusão da importância de realização do piloto. Esta pode ser considerada uma estratégia metodológica para auxiliar o pesquisador a validar o instrumento de pesquisa desenhado, pois é aplicado antes dele entrar em contato com os sujeitos delimitados para o estudo, lapidando o mesmo. YIN (2010) denomina essa estratégia de estudo de caso piloto e explica que: “O estudo de caso piloto auxilia-o na hora de aprimorar os planos para a coleta de dados tanto em relação ao conteúdo dos dados quanto aos procedimentos que devem ser seguidos”.

No piloto o instrumento foi aplicado a 02 enfermeiros e 01 técnico de enfermagem, com grau de formação de pós-graduação e ensino superior incompleto respectivamente. Foram escolhidos ao acaso pois estariam de férias no período proposto de início de entrevistas. A intenção não era obter dados para a pesquisa, mas sim aprimorar o instrumento selecionado, entendendo se haveria alguma dificuldade no preenchimento do questionário, se alguma pergunta não estava clara, se faltava algum campo digitável, entre outros. Todos os entrevistados deram um *feedback* positivo em relação a esses tópicos, afirmando não ter dificuldades no preenchimento, que as perguntas eram bem explicativas e que todas apresentavam campo digitável para as dúvidas ou outros questionamentos.

O piloto possibilitou, assim, verificar que o instrumento poderia ser respondido tanto no computador, quanto no celular. Não houve nenhuma diferença na visualização e formatação do questionário e do TCLE na tela de ambos os recursos, nem dificuldades no seu preenchimento. Em termos de conteúdo, todos os entrevistados concordaram que a população LGBTQIA+ é vulnerável, e apenas um teve dificuldade de chamar pelo nome social devido ao sistema operacional, onde não aparece descrito o nome social. Nenhum deles relatou dificuldade em acolher ou atender esta população. Todos relataram falta de capacitação para lidar com a saúde dessa população, sendo este um fator dificultador para o acolhimento. Sobre o processo Transexualizador e Hormonização, nenhum dos três soube explicar o que era, porém, um deles sabia que o SUS fornece acesso ao tratamento. Quanto às opiniões formadas, a maioria relata dificuldade com o sistema de prontuário eletrônico, dificuldade por falta de treinamento em serviço e problemas relacionados ao preconceito. Estas respostas fizeram com que o pesquisador ficasse mais atento a estas questões quando da realização da pesquisa propriamente dita.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os questionários online foram aplicados no mês de maio e respondidos por um total de 60 profissionais: oito médicos, oito enfermeiros, três dentistas, 14 técnicos de enfermagem e 27 agentes comunitários de saúde. A idade de 25 a 44 anos correspondeu a aproximadamente 57% dos entrevistados. A escolaridade de nível superior ou acima foi aproximadamente de 50% dos participantes. Em relação ao tempo de contribuição no CMS Maria Cristina, 51,6 % dos profissionais trabalham por pelo menos 5 anos na unidade (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos sujeitos de pesquisa (n = 60)

Variável		Frequência (n)	Percentual (%)
Enfermeiro		8	13,30%
Técnico de Enfermagem		14	23,30%
ACS	Função	27	45%
Médico		8	13,30%
Dentista		3	5%
18 a 24		2	3,30%
25 a 34		17	28,30%
35 a 44	Idade (anos)	17	28,30%
45 a 54		16	26,70%
55 ou mais		8	13,30%
Ensino médio		21	35%
Ensino superior incompleto		10	16,70%
Ensino superior completo	Escolaridade	11	18,30%
Pós-graduação incompleta		5	8,30%
Pós-graduação completa		13	21,70%
1 a 3 anos		26	43,30%
3 a 5 anos	Tempo na Unidade	5	8,30%
5 a 10 anos		16	26,70%
Mais de 10 anos		13	21,70%

Fonte: análise do autor.

Para um melhor entendimento do que foi realizado na pesquisa, a seguir serão apresentados alguns resultados em relação às perguntas (Tabela 2) e destaques importantes dos sujeitos entrevistados.

Tabela 2 – Distribuição das respostas dos sujeitos de pesquisa às questões do formulário Eletrônico (N = 60)

Questões	Frequência (n)	Percentual (%)
Você considera a população LGBTQIA+ vulnerável?		
Sim	51	85%
Não	9	15%
Você sente dificuldade para chamar um paciente trans pelo nome social?		
Sim	6	10%
Não	54	90%
Você sente dificuldade ao acolher e/ou atender algum paciente LGBTQIA+?		
Sim	10	16,7%
Não	50	83,3%
Você se sente capacitado pelo serviço, para realizar o acolhimento e/ou atendimento à população LGBTQIA+?		
Sim	26	43,3%
Não	34	56,7%
Você acolheria e/ou atenderia uma mulher lésbica para realização do preventivo?		
Sim	60	100%
Não	0	0%
Você acolheria e/ou atenderia um homem trans para realização do preventivo?		
Sim	55	91,7%
Não	5	8,3%
Você sabe o que é Processo Transexualizador?		
Sim	25	41,7%
Não	35	58,3%
Você sabe o que é Processo de Hormonização?		
Sim	31	51,7%
Não	29	48,3%
Você sabia que o SUS realiza Processo Transexualizador e Hormonização?		
Sim	32	53,3%
Não	28	46,7%

Fonte: análise do autor.

6.2 VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO LGBTQIA+

A maioria (85%) dos participantes considera a população LGBTQIA+ vulnerável. Acredita-se que a vulnerabilidade não é apenas um contexto financeiro, mas também social e de saúde e identificam dificuldades no acesso dessa população no acolhimento de livre demanda.

“É difícil identificar logo de cara o que os pacientes LGBTs precisam, mas por entender que a vulnerabilidade vai muito além de ser pobre, sempre tento ouvir da melhor maneira possível para conseguir ajudar ao máximo” (Técnico de Enfermagem).

Vulnerabilidade remete ao sentido de fragilidade e é termo presente em diferentes campos temáticos, segundo AYRES (2006), o conceito de vulnerabilidade é vinculado à garantia da cidadania de populações politicamente fragilizadas na perspectiva dos direitos humanos. Embora suas representações na Saúde Coletiva permitam pensá-lo juntamente com autonomia e dependência no contexto das relações de relações sociais que constituem enfoque central na reflexão do sentido de vulnerabilidade, e com isto deve se fazer presente na Educação Popular em Saúde. Vulnerabilidade é termo interdisciplinar aplicável a diferentes campos temáticos, remetendo ao sentido de fragilidade. Na área da saúde, o conceito de vulnerabilidade tem presença na: Bioética, Saúde Mental, Saúde Ambiental, Epidemiologia.

No Brasil, para KOWARICK (2009), a vulnerabilidade remete à deterioração dos direitos civis, perda de garantias adquiridas, fragilização da cidadania. Destacam-se: desigualdade perante a lei e sujeição à violência, dificuldade de acesso à moradia, serviços de saúde, assistência social e emprego, coexistência de modalidades arcaicas e modernas de trabalho com importante participação da informalidade não legalmente protegida, sendo marcante o apartheid social nos ambientes urbanos.

Embora não seja necessariamente senso comum, também não é muito novo afirmar que as desigualdades socioeconômicas, de gênero, sexuais e outras, especialmente quando são altas e persistentes, têm um impacto significativo na vida das pessoas (PECHENY, 2013).

Uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade de Campinas (2020) mostrou que população LGBT está mais vulnerável ao desemprego e à depressão por causa da pandemia, além do mais, por causa do preconceito, do medo da violência, muitas pessoas que fazem parte dessa comunidade vivem em alerta, com cautela, o

que já as deixam vulneráveis à depressão, à ansiedade. E com o isolamento social, pessoas que vivem em casas onde há relações conflituosas sofrem muito mais (SILVA, 2020).

Duas das equipes que atuam onde a população mais vulnerável, apresentaram grande conhecimento em relação ao tema, onde uma delas possui um local de “cena de uso” (cena aberta de uso de drogas, usado esse nome popularmente para identificar locais de consumo de drogas) de uma população em situação de rua, relatando ser um dos locais onde mais frequenta a população LGBTQIA+, principalmente as travestis e transgêneros. Uma das ACS relatou que “as meninas” (assim como ela se refere às travestis) estavam muito agressivas e isso dificultava o vínculo. Percebeu que estavam com baixa autoestima, e conseguiu doações de bolsas, brincos, batons e outras maquiagens, e realizou uma ação social neste local do território. Além disso, também organizou distribuição de quentinhas para ajudar na alimentação.

“Foi esquisito porque sempre tive muito contato com as meninas da rua, do nada estavam me tratando mal e com agressividade, percebi que estavam desarrumadas de maneira que não era o usual. Então junto com a clínica e alguns doadores comerciais locais, consegui bolsinha, bijuterias e maquiagem. Elas ficaram tão felizes. Foi quando surgiu a ideia das quentinhas, conseguimos doações pra fazer algumas ações no território à noite para alimentação. (ACS).

A baixa autoestima na população LGBTQIA+ consequente ao preconceito social é considerada desencadeadora de episódios depressivos, sentimento de culpa, medo, desconfiança, confusão, insegurança, ansiedade, vergonha, isolamento social, dificuldades de estabelecer e manter relacionamentos amorosos, disfunções sexuais, hostilidade, distúrbios alimentares e abuso de álcool e drogas (CARDOSO e FERRO, 2012). Acredita-se que o uso abusivo de substâncias psicoativas no grupo LGBTQIA+, embora se trate de um processo exclusivo e individualizado, parece refletir estratégias de enfrentamento aos vários sentimentos negativos, como insegurança e ansiedade quanto à própria aceitação da orientação sexual (DEARING et al. 2013).

6.3 DIFICULDADES DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO E ACOLHIMENTO

Em unanimidade os sujeitos entrevistados sinalizaram não sentir dificuldades em chamar os pacientes pelo nome social quando este vem a pedido do próprio paciente, mas relatam que nem sempre o sistema de prontuário oferece essa opção para o registro, causando constrangimento de ambas as partes, dificultando a aceitabilidade do paciente e do agente. De acordo com os autores PENCHANSKY e THOMAS (1981), a aceitabilidade depende do vínculo que o profissional de saúde conseguirá criar com o paciente. No entanto, os agentes de saúde afirmam que muitos dos pacientes não retornam ao atendimento por não criarem esse tipo de vínculo e confiança. Ademais, reclamam que chamar um paciente por um nome masculino e aparecer uma paciente mulher trans é muito ruim, pois acabam expondo de forma negativa essa paciente, prejudicando o acolhimento da Unidade. Dizem que alguns pacientes reclamaram, como se os Agentes mesmos não quisessem chamar pelo nome correto, sendo que o problema estaria na opção de registro do sistema, ou nesse caso, a falta dessa opção, conforme os relatos a seguir:

“Sinto dificuldade em ver a pessoa e saber que o nome no sistema não está de acordo com o gênero apresentado e não ter como mudar, pois, o próprio sistema não tem essa opção” (ACS).

“Falta de orientação, treinamento e capacitação sobre o assunto. O sistema utilizado hoje não facilita e nem oferece opções básicas como nome social e sexo no primeiro acesso. Dificuldades em conhecer os protocolos de saúde da população LGBTQIA+ em geral, o preconceito, falta de empatia, respeito e os rótulos” (Enfermeiro).

“Falhas no prontuário para definição das nomenclaturas como identidade de gênero” (ACS).

De acordo com a Nota Técnica publicada no Dia Internacional da Visibilidade Trans, de 31 de março de 2009, a SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE (SES-RJ) instituiu o uso do nome social em todas as unidades de saúde do estado do Rio de Janeiro, além de orientar gestores, servidores, contratados e prestadores de serviço a observarem a garantia a esse direito em suas unidades. Travestis, mulheres e homens transexuais têm o direito de ser identificados como desejam ser conhecidos em todos os órgãos da administração direta, indireta e prestadores de serviço da Secretaria (SES-RJ, 2022).

As principais queixas para que os profissionais relataram sobre o acolhimento por nome social estão destacadas nas frases ditas pelos profissionais de saúde a seguir, destacando que o prontuário eletrônico possui falhas na exibição de nome social e que muitas das vezes o próprio paciente não identifica os pronomes como quer ser chamado e cadastrado.

“Aceitação dos agentes acolhedores a aprender a chamar pelos nomes sociais, tomando cuidado com os pronomes utilizados já que no prontuário nem sempre aparece” (ACS).

“Dificuldades quando o paciente não deixa explícito seu gênero ou até mesmo o nome social para que o atendimento seja da forma que a pessoa deseja, fica complicado de usar um nome que não aparece no prontuário” (Médico).

“A dificuldade de identificar cada significado da sigla LGBTQIA+ no paciente, alguns identificamos visualmente, outros somente com a declaração do próprio, que, quando bem acolhido e bem recepcionado, fica mais à vontade para o atendimento. Mas nem todos os nomes aparecem no sistema” (Enfermeiro).

6.4 CAPACITAÇÃO EM SERVIÇO.

Mais da metade dos sujeitos respondeu que não se sente capacitado para o atendimento diferenciado e específico para a população LGBTQIA+, se coloca disponível para possíveis capacitações. Alguns profissionais disseram que fizeram cursos de extensão pela Plataforma Una-SUS. O objetivo do curso da plataforma é contribuir na atuação dos profissionais de saúde, para que realizem suas ações de cuidado, promoção e prevenção da população com qualidade e de forma equânime, garantindo a essa população acesso à saúde integral. O curso possui três unidades, que tratam dos temas: Gênero e Sexualidade; Estudo da Política LGBT e seus marcos e o Acolhimento e o Cuidado à População LGBT. O curso é ofertado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, integrante da Rede Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS/UERJ, 2022).

“A falta de capacitação e preparo dos profissionais é o fator dominante para o atendimento/acolhimento adequado. Não há conhecimento dos programas de saúde voltados para essa população, dificultando o atendimento de qualidade”
(Enfermeiro).

“Falta capacitação, profissionalismo, empatia, humanização no atendimento, onde não deveria ser diferenciado e sim integralizado e unificado”
(Técnico de Enfermagem).

“Não recebi capacitação do meu serviço, mas por conta própria eu procurei aprender. Fiz alguns cursos online gratuitos do próprio sistema do SUS para melhorar meu atendimento na unidade”. (ACS)

“Os cursos do Una-SUS são bons e fáceis de serem realizados, além de gerar certificação no final. Assim que entrei na Unidade, por ser recém-formado, realizei algumas capacitações nessa plataforma, incluindo o de atendimento à população LGBT”. (Enfermeiro)

Nenhum dos entrevistados relatou dificuldade em realizar o acolhimento do paciente, em contrapartida, solicitam capacitação em serviço. Sentem falta da capacitação para melhorarem e conhecerem mais os serviços que podem oferecer seria o ideal para todos. Os relatos são de que ao mesmo tempo que não têm dificuldades, ainda se sentem despreparados.

“Por não conseguir entender as escolhas deles, às vezes me sinto incapaz de fornecer o que precisam de saúde” (ACS).

6.5 SAÚDE DA MULHER E EXAME PREVENTIVO (CITOPATOLÓGICO)

Em relação à saúde da mulher, todos os entrevistados acolheriam uma mulher lésbica para realização do exame preventivo (citopatológico).

“Acolheria se fosse minha função, atendo várias lésbicas na minha área e nenhuma reclama de não ter atendimento na clínica.” (Técnico de Enfermagem).

Essa pergunta foi importante, pois ao decorrer da pesquisa, alguns artigos mostraram a dificuldade de mulheres lésbicas em realizar o exame. Um deles, do Paraná, em 2018, descreve sobre os desafios relatados por um grupo de mulheres lésbicas durante o atendimento e acolhimento que vão desde a crença equivocada de profissionais de saúde de que lésbicas e bissexuais não têm risco de desenvolver cânceres de mama e de colo de útero. Segundo as diretrizes do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2016), o primeiro exame de Papanicolau deve ser coletado a partir dos 25 anos de idade. Se o exame for negativo, pode ser colhido a cada 3 anos. As mulheres que se identificam como lésbicas e bissexuais devem realizar exame de prevenção de câncer de colo uterino, o Papanicolau, seguindo as mesmas orientações para mulheres com relações heteroafetivas.

Em relação ao homem trans a maioria (90%) dos entrevistados acolheria o paciente.

“Independente se já passou pelo processo completo de transição ou não eu acolheria”. (ACS).

“Desconheço tal assunto. Pediria um momento e solicitaria a enfermeira informações a respeito para acolher”. (ACS).

“Me senti um pouco constrangida em ver um homem sentado na sala de Saúde da Mulher. Nosso acolhimento para preventivos acontece em uma sala temática rosa, e percebi que ele não estava muito confortável com as pessoas olhando. Chamei logo no consultório e perguntei se podia ajudar em alguma coisa, foi quando o mesmo relatou que era homem trans e que precisava fazer o preventivo. Perguntei sobre como queria ser chamado, porque eu já tinha aprendido que essa pergunta é primordial, e foi tudo muito tranquilo”. (Enfermeiro).

Esta pergunta se tornou relevante uma vez que os homens transgêneros apresentam maiores chances de ter um exame citopatológico inadequado, além de uma menor propensão a ter um rastreamento conforme o preconizado, quando em comparação com mulheres cisgêneros (que se identificam com o sexo feminino que lhes foi designado ao nascer), sendo necessário que esse público seja sempre lembrado da necessidade da realização desse exame (LAM e ABRAMOVICH, 2019). O desejo de ignorar seus órgãos reprodutivos, a ansiedade por precisar

se submeter a exames da região genital, o uso de terapia androgênica que ao decorrer do tempo acaba atrofiando o canal vaginal, bem como outros fatores psicológicos e sociais, se tornam desafios para a realização do exame de Papanicolau nos homens transgêneros. (PEITZMEIER et al., 2014).

6.6 PROCESSO TRANSEXUALIZADOR E HORMONIZAÇÃO

Algumas questões abordaram sobre o processo transexualizador e hormonização. Como previamente sinalizado, os locais que oferecem esse tipo de atendimento são o ambulatório do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), e o Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE).

A maioria dos participantes (60%) desconhece os serviços por não fazer parte da atenção básica, e relata que já ouviu falar sobre, mas não sabe a fundo o que significa ou como se daria o tipo de acolhimento ou atendimento mesmo sendo oferecido pelo SUS. Ou seja, a maior parte responde que não conhece o fluxo de encaminhamento para atenção secundária ou que a Atenção Primária também faz parte de um dos fluxos a ser seguido.

“Os profissionais não são capacitados o suficiente e os fluxos existentes não absorvem toda essa população em tempo oportuno. Não sabemos nem informar o tempo de espera do Processo Transexualizador. O que acaba aumentando a chance dessa população começar esse processo por meios próprios e colocando sua saúde em risco” (Médico).

“Entendo o básico do assunto, não sei a fundo do processo num todo como funciona” (Enfermeiro).

Como aponta CARVALHO, et al. (2013), é de suma importância que os usuários dos serviços de saúde tenham conhecimento de seus direitos quanto cidadãos brasileiros para melhor exercê-los, pois são peças principais de vários movimentos, desta forma faz-se de extrema importância estar a par de alguns programas desenvolvidos, que lutam pelos direitos à igualdade dessa população. Afinal existem direitos, mas também deveres de ambas as partes, tanto do atendimento quanto do usuário, e ter ciência disso é algo extremamente relevante, ainda mais por se tratar de saúde, um fator principal e determinante na vida de um ser humano.

Pacientes trans estão entre as minorias sexuais mais socialmente estigmatizadas, enfrentando discriminação e insensibilidade de prestadores de saúde mal-informados. Além disso, poucos funcionários ou prestadores tem conhecimento sobre a saúde trans ou são treinados para respeitar a identidade de gênero de usuários deste grupo, assim como as suas necessidades especiais de confidencialidade. (BOCKTING et al., 2004, MASCARENHAS, 2021).

De acordo com os entrevistados, isso acaba refletindo na acessibilidade dos pacientes para um serviço específico, sendo um fator dificultador, pois de acordo com os autores já mencionados, a acessibilidade diz respeito à localização geográfica e deslocamento, distância entre a residência do usuário e a unidade, tempo de ida e volta, dentre outros recursos. Sendo obstáculos da própria localização da unidade. O CMS em questão está localizado em Ramos, e os pacientes residem nesta área adscrita da Zona Norte. Os hospitais que oferecem os serviços estão localizados em Vila Isabel e no Centro da Cidade do Rio de Janeiro ficando, respectivamente, a 20 min de carro e 50 min de transporte público e a 18 min de carro e 40 min de transporte público de distância do CMS. Os ACS relatam que nem todos os pacientes possuem carro ou condições de pagar passagens, já o atendimento na unidade básica eles conseguem acessar andando ou de bicicleta.

Corroborando com a informação acima, dentre os problemas específicos muito observados na população trans, ressalta-se a indisponibilidade de insumos básicos necessários para a terapia hormonal, pois os medicamentos preconizados não estão incorporados no SUS, bem como a dificuldade de acesso a tratamentos cirúrgicos, especialmente de redesignação sexual, com isso os cuidados de saúde específicos para transgêneros são escassos, limitando suas escolhas no acesso aos cuidados de saúde para os quais tem uma necessidade urgente. Isso faz com que os poucos serviços disponíveis sejam ainda mais críticos e de acesso limitado quanto ao processo transexualizador (LERNER, ROBLES, 2017). Além disso, o preconceito e a falta de capacitação técnica dos profissionais envolvidos acabam por tornar o acolhimento e o atendimento desumano e traumático, limitando a aderência ao seguimento multidisciplinar (ROCON et al., 2020, MASCARENHAS, 2021).

6.7 POTENCIALIDADES E DESAFIOS ADVINDOS DA RODA DE CONVERSA

As rodas de conversa foram realizadas por equipes no mês de junho, totalizando 08 rodas de conversa por serem tratadas por oito equipes na Unidade, totalizando 60 participantes conforme ilustrado no quadro 2. Apenas duas equipes não estavam completas por falta de técnico de enfermagem. O dentista da estratégia de saúde da família atende mais de uma equipe e são três dentistas para a Unidade, onde todos participaram em pelo menos uma roda de conversa.

Equipe	Enfermeiro	Técnico de Enfermagem	Médico	Dentista	ACS	Total
A	1	2	1	1	3	8
B	1	1	1	1	3	7
C	1	2	1	0	3	7
D	1	2	1	1	3	8
E	1	2	1	0	4	8
F	1	2	1	0	4	8
G	1	2	1	0	3	7
H	1	1	1	0	4	7
Total	8	14	8	3	27	60

Quadro 2 – Distribuição dos sujeitos participantes da roda de conversa, por equipe e categoria profissional

Todos os participantes relataram estarem muito à vontade e se sentindo importantes em contribuir com a dissertação. Relataram que tinham algumas dificuldades com o novo sistema de prontuário eletrônico (*VitaCare*) e com o modo de acolher pacientes da população LGBTQIA+. Confessaram que além da dificuldade desse novo prontuário sentiam medo de pedir ajuda na hora de acolher algum paciente que fugisse do padrão heteronormativo e serem taxados de preconceituosos, visto que a dificuldade de preenchimento e falta de conhecimento de todos os campos limitava o processo de acolhimento e cadastramento do usuário.

Os momentos compartilhados na roda de conversa foram bem potentes e os participantes puderam expressar suas percepções a partir das questões disparadoras. Uma das questões foi sobre a vulnerabilidade da população, que nos questionários, em sua maioria foi dito que existia vulnerabilidade e conforme a discussão foi se formando, os sujeitos entenderam que a vulnerabilidade que eles acreditavam ser por falta de dinheiro não era apenas isso, que outros fatores como saúde mental e falta de segurança eram fatores importantes.

A proteção do direito à livre orientação sexual e identidade de gênero não é apenas uma questão de segurança pública, mas envolve também, de maneira significativa, questões pertinentes à saúde mental e a atenção a outras vulnerabilidades atinentes a esses segmentos. (BRASIL, 2008)

Os participantes expressaram sentir dificuldades no entendimento do que cada letra do LGBQIA significa, em saber diferenciar o sexo biológico, o gênero, a expressão e a identidade. Expressaram também estarem apreensivos e com medo de não entender alguma letra e serem agredidos por algum paciente, como já aconteceu anteriormente. Esta situação denota que a discussão sobre o processo de adoecimento da população LGBTQIA+ também requer a especificação dos conceitos de identidade sexual e identidade de gênero. MILLER (2002) enfatiza que a abreviatura LGBTQIA+ pode ser enganadora, já que o primeiro grupo LGB se refere à categoria de lésbicas, gays e bissexuais, que devem ser compreendidos como identidades sexuais. E o segundo grupo, representado pela sigla QIA+, é utilizado para se referir aos transgêneros (transexuais e travestis), *queer*, intersexo, assexuais e mais, que devem ser compreendidos como formas de identidade de gênero.

Os ACS são os primeiros a serem acionados para qualquer tipo de acolhimento ou atendimento e os Enfermeiros são responsáveis por toda demanda espontânea da Unidade, ou seja, qualquer demanda espontânea passa pelo ACS que encaminha para o enfermeiro para atendimento ou orientação. Alguns profissionais referem dificuldade para o acolhimento devido à dificuldade de criar vínculo com essa população, relatando que alguns pacientes demoraram alguns meses até solicitar uma primeira consulta. O CMS fica geograficamente próximo da residência dos usuários que fazem parte da área adscrita do território, não existindo grandes barreiras geográficas visto que todos os pacientes conseguem acessar a unidade sem necessidade de condução. Isto faz acreditar que uma das maiores dificuldades é a aceitabilidade, pois é ela quem diz se os pacientes e os agentes de saúde estão mantendo uma relação boa o suficiente para caracterizar o cuidado para o acolhimento e o atendimento, tal como descrito a seguir.

“Eu ia no território, via sempre uma cabeleireira que ficava me encarando, mas ela não falava nada, isso aconteceu por algumas vezes até eu abordar e perguntar se precisava de alguma ajuda. A mesma falou: preciso agendar uma consulta de coleta de preventivo para minha esposa. Levei o caso para minha enfermeira, e logo depois passei para entregar a data da consulta. A paciente ficou muito feliz, pois se sentiu acolhida, e disse que no outro local onde morava, ninguém da unidade tinha feito essa pergunta sobre a saúde.” (ACS).

A aceitabilidade se inicia pelo acolhimento do profissional de saúde, normalmente se inicia pelo ACS e quando estão com alguma dificuldade procuram os médicos ou enfermeiros para auxiliar na solução da demanda do usuário.

“Eu vi um rapaz sentado no acolhimento por quase uma hora. Percebi que começou a me olhar fixamente e eu fui abordar, quando cheguei perto, perguntou se podia falar comigo na porta da unidade porque ali estava muito cheio. Chegando na porta, solicita realizar testes rápidos para sífilis, HIV e hepatites porque teve uma relação desprotegida com o parceiro, mas que tinha vergonha de falar isso perto de outras pessoas. Eu disse que tudo bem, que iria acolher para o procedimento e que era só aguardar ser chamado pelo nome, que o enfermeiro estaria ciente e já levaria em um consultório para que ficasse mais à vontade.” (ACS).

Foi relatado um caso de paciente solicitando hormonização e ficaram um pouco desconfortáveis por não saberem o fluxo correto para o atendimento.

“Eu sei que o SUS fornece tratamento de hormonização, mas não sei para onde iria encaminhar, por mais que a gente estude e se esforce, os fluxos são muito complexos e falta um pouco de organização. O paciente foi encaminhado depois de algumas ligações, mas não consegui orientar em relação ao tempo de espera.” (Médico).

De acordo com o que foi debatido, ficou claro que os profissionais entendem a vulnerabilidade da população LGBTQIA+. Declaram que sentem dificuldade no acolhimento e que sentem falta de um treinamento baseado em protocolos de atendimento para que não ocorram falhas, divergências e preconceito. Se mostraram interessados e mobilizados, com um sentimento de querer aprender mais sobre o assunto, que a posteriori, poderá ser feito em forma de educação continuada. Neste caso, a roda de conversa apontou que a opinião dos profissionais sobre os principais dificultadores do acolhimento é principalmente pela falta de capacitação em serviço e pela dificuldade de vínculo com o paciente.

Em 2017, GUIMARÃES por meio de estudo qualitativo, através do método do Discurso do Sujeito Coletivo identifica a existência de preconceitos nos ACS que funcionam como barreiras e da necessidade de melhor capacitação das equipes. Nesta pesquisa atual (2022), os sujeitos não demonstraram nenhum tipo de preconceito na hora de responder aos questionários ou na roda de conversa. O autor desta dissertação atua como Responsável Técnico da Unidade, o que talvez faça com que os sujeitos limitem suas falas e esse preconceito fique um pouco “escondido”, porém, não inviabiliza a pesquisa.

De acordo com as Políticas LGBTQIA+, todos os sujeitos relataram uma dificuldade de colocar em prática, pois os pacientes aparecem apenas quando já estão com algum sintoma de doença, que por mais que passem no território para oferecer consultas, a maioria da população LGBTQIA+ só vai até a unidade para casos de emergência. Corroborando com o que MELLO et al. (2011) defendem, por haver dificuldades na implementação de ações de saúde na população LGBT, acabam procurando serviços de saúde apenas em situações de emergência. Infelizmente ainda não temos políticas LGBTQIA+ para o planejamento reprodutivo de casais que queiram engravidar e nem manual de sexo seguro com pessoas do mesmo sexo.

6.8 CATEGORIZAÇÃO DOS RESULTADOS:

De acordo com as questões utilizadas nos questionários e nas rodas de conversa, com a função de nortear os participantes na pesquisa, sendo 02 voltadas para a vulnerabilidade, 05 para o acolhimento e 05 para capacitação, foi possível separar em três blocos, sendo eles:

- Questões sobre Vulnerabilidade:
 - A maioria dos participantes considera a população vulnerável.
- Questões sobre Acolhimento:
 - A maioria dos profissionais relatou realizar um bom acolhimento, considerando o uso do nome social e linhas de cuidado.
- Questões sobre Capacitação em Serviço:
 - A maioria dos sujeitos sente falta de capacitação e treinamento, não só para o prontuário, mas para alguns serviços oferecidos que não fazem parte da atenção primária.

7. CONCLUSÃO

Esta dissertação teve como objetivo avaliar o acesso da população LGBTQIA+ ao acolhimento na perspectiva dos profissionais de saúde, no sentido de contribuir para a melhoria do processo de trabalho em uma Unidade de Atenção Primária. Ao se avaliar os critérios de aceitabilidade e acessibilidade, foi identificado pelos sujeitos que as maiores barreiras do acesso não foram as geográficas e sim àquelas relacionadas a atuação dos próprios profissionais e usuários, indicando a fragilidade do vínculo, da capacidade profissional de acolhimento e da implementação das diretrizes e normas que regem a Atenção Integral a População LGBTQIA+ no SUS. Essa dificuldade se torna mútua quando os dois lados não possuem conhecimento dos direitos e deveres e dos espaços de fala com a própria comunidade. Muitas das vezes a realização de grupais ajuda a entender o que a população realmente precisa, principalmente com toda a dificuldade após a pandemia e todas as restrições que todos tiveram que passar.

Os resultados dessa pesquisa exaltam a função dos profissionais que atuam na estratégia de saúde da família deste centro municipal de saúde, principalmente do Enfermeiro, pois é este quem recebe toda a demanda da Unidade e direciona para os locais pertinentes. Os enfermeiros demonstraram bastante conhecimento sobre a diversidade sexual, com relatos pertinentes ao atendimento, o que diferencia de outros estudos, em que todos os enfermeiros avaliados demonstraram o contrário, ou seja, pouco ou nenhum conhecimento.

A pesquisa em si gerou aproximação, troca de saberes e informações entre todos os participantes. Vivenciaram momentos de descontração em que ao mesmo tempo foram passadas diversas questões importantes que precisam ser melhoradas. De início acreditou-se não ser possível realizar tudo em tão pouco tempo, porém, os participantes se mostraram disponíveis e interessados, fazendo com que desenvolvimento do estudo fosse viável.

Como limitações do estudo, destaca-se que por ser Responsável Técnico da Unidade em questão, talvez os sujeitos possam ter ficado um pouco constrangidos ou com certa cautela em responder os questionamentos, podendo gerar algumas limitações para a pesquisa. Além disso, o autor pode ter conflito de interesses por fazer parte das equipes e atuar como chefia no local de pesquisa, podendo gerar uma hipervalorização em alguns pontos das entrevistas. O conflito de interesses tem o potencial de provocar vieses e influenciar a decisão da pesquisa positivamente ou negativamente. De maneira geral, pode ser entendido como um conjunto de condições onde o julgamento ou a validade da pesquisa é por interesses secundários – que nesse

caso pode ser pela vontade de identificar as possíveis fragilidades para melhorar o acolhimento a partir da implementação da capacitação em serviço como algo inerente ao trabalho.

- Os facilitadores do processo de acolhimento podem ser definidos como:
 - Disponibilidade dos profissionais para o acolhimento apesar da falta de processos educativos específicos;
 - Capacidade de realizar consultas com pessoas LGBTQIA+ para coleta de exames preventivos;
 - Realização de ações voltadas para a população LGBTQIA+ no território, educando a população sobre quais serviços são oferecidos na unidade de Atenção Básica.

- As barreiras ao processo de acolhimento foram:
 - Prontuário eletrônico não permite uso do nome social;
 - Falta de conhecimento/divulgação dos fluxos do processo transexualizador;
 - Dificuldades de formação de vínculo entre os usuários, ACS e demais profissionais de saúde;
 - Déficit de processos de educação permanente em saúde no tema específico.

8. RECOMENDAÇÕES

A partir da análise dos achados do estudo, sugerem-se as seguintes recomendações.

- Gerência do CMS:
 - Aumentar a frequência do colegiado gestor e de ações no território.
- Prontuário Eletrônico:
 - Solicitar nova capacitação com a empresa de prontuário eletrônico, visando o atendimento fidedigno às questões de gênero, sexualidade, nome social, entre outros.
- Déficit de capacitação dos profissionais:
 - Proporcionar mais espaços para discussão de casos, educação continuada e educação permanente.
- Acolhimento da população LGBTQIA+ pelas equipes:
 - Priorizar o acolhimento por equipe e não só apenas por um enfermeiro como centro das demandas da unidade, isso pode fazer com que o vínculo seja mais fácil de ser criado, visto que o paciente vai verbalizar sua demanda direto para a própria equipe;
 - Criar mais espaços no território, utilizando as redes de apoio para proporcionar espaços de promoção de saúde e prevenção de doença e educação em saúde também focados na população LGBTQIA+.

REFERÊNCIAS

ABGLT – Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. **Manual de Comunicação LGBT**. Curitiba: ABGLT, 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6024: informação e documentação: numeração progressiva das seções de um documento: apresentação**. Rio de Janeiro, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6027: informação e documentação: sumário: apresentação**. Rio de Janeiro, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação**. 3. ed. Rio de Janeiro, 2011.

AYRES, JR. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface Comunic., Saúde, Educ.** 2002; 6(11); 11-24

AYRES, JR, Paiva V, França Júnior I, Gravato N, Lacerda R, Negra MD, et al. **Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with hiv/aids**. Am J Public Health. 2006; 96:1001-6.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 66**, promulgada em 13 de julho de 2010.

BRASIL. **Constituição 1988. Art 198, Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016**, Presidência da República, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Departamento de Atenção Básica, 2013. (**Cadernos de Atenção Básica**; n. 28, V. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência em planejamento familiar: manual técnico 4ª ed.** Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. 2016. Ano V, n. 1. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro/05/2016_034-Aids_publicacao.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.836/2011, de 1º de dezembro de 2011**, e pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), conforme Resolução nº 2 do dia 6 de dezembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Conteúdo para capacitação: conferências conjuntas de direitos humanos**. Brasília, 2016.

BRASIL. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Texto-Base da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, DF. 2008.

BRAVERMAN P. **What is Health Equity: And how does a life-course approach take us further toward it?** *Matern Child Health. J.* 2014; 18(2): 366-372.

BAPTISTA, TWF. 2005. **“O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele”**. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz. p. 11-41.

BERELSON, B. **Content analysis in communication research**. Glencoe: Editora The Free Press; 1952.

CADERNO GLOBO 12. **Corpo: artigo indefinido**. São Paulo: Globo Comunicação e Participantes S.A., 2017.

CAPONI S. **Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, p. 210. 2012.

CARDOSO MR, FERRO LF. **Health and LGBT community: needs and specificities under discussion**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2012; 32(3): 552-563

CARVALHO, LS, & PHILLIPI, MM. (2013). **Percepção de lésbicas, gays e bissexuais em relação aos serviços de saúde** - 10512/ucs. v11i2. 1837. *Universitas: Ciências da Saúde*, 11(2), 83-92.

CEPESC, **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.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ), **Resolução nº 175 de 14/05/2013**.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE.
Declaração de Ala-ata, URSS, 1978.

CORRÊA, GCG.; CAMPOS, ICP.; ALMAGRO, RC., Pesquisa-ação: uma abordagem prática de pesquisa qualitativa. **Ensaio Pedagógico (Sorocaba)**, vol.2, n.1, jan./abr. 2018, p.62-72.

COSTA, ÂB., & NARDI, HC. (2015). Homofobia e preconceito contra diversidade sexual: debate conceitual. **Temas em psicologia**, 23(3), 715-726.

Curso livre, Política Nacional de Saúde Integral Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, (UNA-SUS/UERJ), 2022, disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/35988>

DE OLIVEIRA FERREIRA, B.; DOS SANTOS PEDROSA, JI; DO NASCIMENTO, EF. Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 1, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6726>.

DEARING RL, HEQUEMBOURG AL. Exploring shame, guilt, and risky substance use among sexual minority men and women - **Journal of homosexuality**, 2013.

DECRETO Nº 8.727, DE 28 DE ABRIL DE 2016, disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8727.htm.

FACCHINI R, Barbosa RM. **Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade**. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Belo Horizonte (MG): Rede Feminista de Saúde; 2006.

FERREIRA, BO. et al. Vivências de travestis no acesso ao SUS. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1.023-1.038, 2017.

FRANCO, MAS. Pedagogia da pesquisa-ação. **Educação e Pesquisa**. V. 31, n. 3, p. 483-502, 2005.

GLAAD. **Media Reference Guide 2016. New York e Los Angeles, 2016**. Disponível em: www.glaad.org/references, Acesso em 27 set. 2021.

GUIMARÃES, NP; SOTERO, RL; ET AL. **Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil** / Evaluation of the implementation of the National Comprehensive Health Policy for the LGBT population in a municipality in the Southeast region of Brazil / Evaluación de la implementación de la Política Nacional de Salud Integral para la población LGBT en un municipio de la región sudeste de Brasil. RECIIS (Online); 14(2): 372-385, abr.-jun. 2020. Tab.

GUIMARÃES, RCP; Cavadinha, Edu Turte; Mendonça, Ana Valéria Machado; Sousa, Maria Fátima. **Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde** / Health assistance of LGBT people in a Brazilian capital what do Community Health Agents say Atención de la salud de la población LGBT en una

capital brasileira ¿qué dicen los Agentes Comunitarios de la Salud. *Tempus* (Brasília); 11(1) 121-139, jan.-mar. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

KILLERMANN, S. **The Social Justice Advocate's Handbook: A Guide to Gender**, p.32, 2013.

KOWARICK, L. **Viver em risco – sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil**. São Paulo: Editora 34; 2009.

LAM, J S H., & ABRAMOVICH, A. (2019). **Transgender-inclusive care**. *Canadian Medical Association Journal*, 191(3), E79.

LEOPARDI, MT. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001. p. 251-256.

LIONÇO, T. **Que direito à saúde para a população GLBT? considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade**. *Saúde e Sociedade*, v. 17, n.2, p. 11-21, 2008.

MASCARENHAS, AB. **Satisfação do (a) usuário (a) trans com os serviços ofertados por um ambulatório de referência no Distrito Federal**, Brasília, 2021.

MANSUR, et al. **Dificuldades da população LGBT para o alcance da saúde universalizada na Atenção Primária**. ev. APS. 2020; 23 (Supl. 2 –Anais do 8º Congresso Mineiro de Medicina de Família e Comunidade).

MANZANO NP, CARDIN VSG. **Do planejamento familiar e da paternidade responsável nas famílias homoafetivas**. In: Anais Eletrônicos do VII Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar; Maringá, 2011.

MELO, ZM; CAMPOS, ZDP. **Violência intrafamiliar: crimes contra a mulher na área metropolitana de Recife**. *Psicologia em estudo*, Maringá, PR, vol. 14 n. 1, p.61 jan./mar., 2009.

MINAYO, MCS (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Prefeitura do Rio de Janeiro, Caderneta de Serviços da Atenção Primária, disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_populacao.pdf.

MOSCOVICI, S. **Les méthodes des sciences humaines**. Paris (Fr): Editora Presses Universitaires de France; 2003.

MULLER MI, KNAUTH DR. **Desigualdades no SUS: o caso de atendimento às travestis é ‘babado’!** *Cad EBAPE.BR*. 2008;6(2):1-14.

MULLER A. **The no-go zone: a qualitative study of access to sexual and reproductive health services for sexual and gender minority adolescents in Southern Africa.** BMC Reprod Health. 2018.

PECHENY, MM. **Desigualdades estruturais, saúde de jovens LGBT y lagunas de conocimiento: ¿ qué sabemos y qué preguntamos?** Temas de Psicología, v.21, n.3, p.961-972, 2013.

PEITZMEIER, SM., REISNER, SL., HARIGOPAL, P., & POTTER, J. (2014). **Female-to-male patients have high prevalence of unsatisfactory Paps compared to nontransgender females: implications for cervical cancer screening.** Journal of General Internal Medicine, 29(5), 778-784.

PENCHANSKY, DBA; THOMAS, JW, 1981. **The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction.** Med Care, February, 19(2):127-40.

PEREIRA, LBC.; CHAZAN, ACS. **O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa / The Access of Transsexuals and Crossdressers to the Primary Health Care: an integrative review / El Acceso de las Personas Transexuales y Travestis a la Atención Primaria de Salud: una Revisión Integradora** *Rev. bras. med. fam. comunidade*; 14(41): e1795, fev. 2019. *Ilus.*

PONTELLI NN., CURTI FFA., SILVA LA. **Políticas públicas e direitos reprodutivos: entre a efetividade dos direitos fundamentais e a ampliação da experiência democrática** [Internet]. In: Anais do I Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: Desafios Contemporâneos; 9-12 jun 2015; Londrina. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2015.

POPE, M; Mays, N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

REIS, T., org. **Manual de Comunicação LGBTI+.** 2ª edição. Curitiba: Aliança Nacional LGBTI / GayLatino, 2018.

ROCON, PC. et al. Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, p. e0023469, 2020.

ROMANO, VF. **Inclusão não-homofóbica: um diálogo entre estudantes de medicina e travestis / Non-homophobic inclusion: a dialogue between medicine students and transvestites.** *Rev. bras. med. fam. comunidade*; 3(10): 99-105, nov. 2007.

ROMANO, VF. As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 211-219, 2008.

SAFATLE, VP. **Dos problemas de gênero a uma teoria da despossessão necessária: ética, política e reconhecimento em Judith Butler.** In: BUTLER, Judith. *Relatar a si mesmo. Crítica da violência ética.* Tradução de Regina Bettoni. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015.

SAMPAIO, RC, **Análise de conteúdo categorial: manual de aplicação**, ENAP, BRASÍLIA, 2021.

SANTOS, MMR.; ARAUJO, TCF de. **Intersexo: o desafio da construção da identidade de gênero**. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 17- 28, jun. 2004.

SANTOS AR, SANTOS RMM, SOUZA ML, BOERY RNSO, SENA ELS, YARID SD. **Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTT**. Rev Bioét [Internet]. 2015 aug; [cited 2019 jul 17]; 23(2):400-8

SILVA, JPV da & LIMA, JC. 2005. **“Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária Brasileira”**. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz. p. 43-73.

SILVA et al, **Diversidade sexual e homofobia: o conhecimento de enfermeiros da estratégia saúde da família**, 2016, J. res.: fundam. care. online 2016. jan./mar. 8(1):3725-3739

SNYDER BK, et al. A. **LGBTQ youth’s perceptions of primary care**. *Clinical pediatrics*, 2017; 56 (5): 443-450

SOMOSGAY. **Manual LGBT Paraguayo**. Assunção, Paraguai: SOMOSGAY, 2014. Disponível em: www.somosgay.org/publicaciones/manual-LGBT-paraguayo. Acesso em 27 set. 2021.

SOUZA, MHT. et al. **Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n.4, p. 767-776, 2015.

STARFIELD, B, **Primary Care: concept, evaluation and policy**, 1992.

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

STAKE RE. **Investigación com estudio de casos**. 4ª ed. Madrid (ES): Ediciones Morata; 2007.

TRAD, LAB. **"Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde."** (2009).

TRAVASSOS C. **Fórum: equidade no acesso aos serviços de saúde**. *Cad Saude Publica*. 2008;24(5):1159-61.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. São Paulo: Cortez, 1986.

TRIPP, D. **Pesquisa-ação: uma introdução metodológica**. In: *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a09v31n3.pdf>. Acesso em 30 jun. 2018.

ULBRA, **Dificuldades da população LGBT para o alcance da saúde universalizada na Atenção Primária.** Rev. APS. 2020; 23 (Supl. 2 – Anais do 8º Congresso Mineiro de Medicina de Família e Comunidade),

UNGLERT CVS. **O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde.** Rev Saúde Pública. 1990;24(6):445-52.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89101990000600002>.

UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância. **O direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidades a superar desigualdades.** Brasília; 2011.

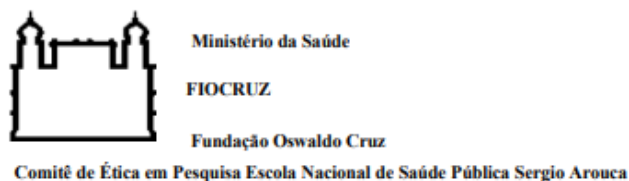
VALENZUELA-VALENZUELA AV, CARTES-VELÁSQUEZ R. **Ausencia de perspectiva de género en la educación médica. Implicaciones en pacientes mujeres y LGBT+, estudiantes y profesores.** Iatreia, 2020; 33 (1): 59-67.

VUORI, H (1991) **A qualidade da Saúde. Divulgação em Saúde para Debate**, 3:17-25

WORLD HEALTH ORGANIZATION / UNITED NATIONS CHILDRENS' FUND (WHO/UNICEF). **Primary Health Care: report of the International Conference on PHC, Alma-Ata, USSR, Geneva: WHO**, sept., 1978.

YIN RK. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 4ª ed. Porto Alegre (RS): Bookman; 2010.

ANEXO I - TCLE PARA RODA DE CONVERSA COM AS EQUIPES



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“Avaliação do acesso ao acolhimento à população LGBTQIA+ por parte dos profissionais de saúde de um Centro Municipal de Saúde na Zona Norte do RJ”**, desenvolvida por **Rainer Lopes**, enfermeiro responsável técnico do Centro Municipal de Saúde em questão, discente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação dos Professores Dra. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso e Me. Thiago Rodrigues de Amorim. A finalidade desse convite pessoal é auxiliar a avaliação do acesso ao acolhimento prestado por componentes da Equipe da Estratégia de Saúde da Família que trabalham a mais de 01 ano no Centro Municipal de Saúde em questão, sendo eles médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas e agentes comunitários de saúde, que são os principais atores do processo de acolhimento e atendimento da população supracitada. O objetivo deste estudo será avaliar o acesso ao acolhimento e atendimento à população LGBTQIA+ por parte dos profissionais de saúde de uma clínica da estratégia da família na Zona Norte do RJ. A pesquisa pretende incentivar a reflexão sobre o acesso e o processo de trabalho no serviço de saúde ao realizar devolutivas dos achados do estudo para os trabalhadores, como forma de potencializar novas ações e contribuir com a produção de conhecimento, bem como realizar capacitação em serviço caso seja necessário. O objetivo da roda de conversa se dá também para abordar os questionários online, será feita por modo de roteiro a fim de auxiliar no recebimento dos formulários.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira, o mesmo ocorrerá em horário de expediente, podendo ser no Auditório ou em reunião de equipe que são realizadas na própria Unidade. O roteiro estima um tempo mínimo de 30 minutos e será discutido em equipe. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar a qualquer momento, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, sua participação é muito importante para a execução da pesquisa.

Para minimizar riscos eventuais, sempre presentes em pesquisas que envolvam indivíduos, e assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações fornecidas, em nenhuma pergunta haverá necessidade da sua identificação. Ademais, qualquer informação oriunda das respostas que possa identificar o (a) Sr. (a) será tratada sob a forma de código e omitida do compilado final, minimizando os riscos da sua exposição, bem como possíveis riscos de constrangimentos.

A qualquer momento, o (a) Sr. (a) poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados ao final deste Termo. Caso você venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, terá direito a assistência e a buscar indenização por meio das vias judiciais e /ou extrajudiciais, conforme previsto no Código Civil Lei 10.406 de 2002, Artigos 927 e 954 e Resolução CNS/MS nº 510 de 2016 art.19.

Ainda que haja o compromisso por parte da pesquisa quanto à anonimização dos participantes e divulgação agregada das informações, por terem outras pessoas no grupo, não há como garantir a não identificação e a confidencialidade dos demais participantes.

Rubrica do (a) participante

Rubrica do Pesquisador Responsável

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma delas será arquivada pelo pesquisador responsável, na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e a outra lhe será fornecida. Todo o material da pesquisa será mantido em arquivo pelo pesquisador responsável pelo período de pelo menos cinco (5) anos, conforme as Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16

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

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública. (número de aprovação 55375222.0.0000.5240)

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

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

Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde - RJ (número de aprovação: 55375222.0.3001.5279)

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

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

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

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

E-Mail: conep@saude.gov.br

Contato com o pesquisador responsável: Rainer Lopes - Enfermeiro Responsável Técnico do Centro Municipal de Saúde estudado.

Telefone: (21) 972 250 660. E-mail: rainer4work@gmail.com.

Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos do estudo “**Avaliação do acesso ao acolhimento à população LGBTQIA+ por parte dos profissionais de saúde de um Centro Municipal de Saúde na Zona Norte do RJ**”, de maneira clara e detalhada, sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo e autorizo a gravação da roda de conversa. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Rio de Janeiro, _____ de _____ 2022.

Assinatura/Rubrica do (a) participante

Assinatura/Rubrica do Pesquisador Responsável

ANEXO II - ROTEIRO PARA AS RODAS DE CONVERSA:

Nome da Equipe: nomear as equipes.

Participantes: integrantes da equipe ESF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, agente comunitário de saúde).

Local: reunião de equipe programada realizada na própria unidade.

Vulnerabilidade da equipe: descrever a vulnerabilidade.

Questões norteadoras:

- 1) Vocês identificam dificuldades no atendimento à população LGBTQIA+?
- 2) Acreditam que essa população seja vulnerável? Por que?
- 3) Conseguem entender as diferenças entre expressão de gênero (feminino, andrógino, masculino), identidade de gênero (homem, não binário, mulher), orientação sexual (hetero, bi, homo) e sexo biológico (feminino, intersexo, masculino)?
- 4) O que vocês sugeririam para melhorar o atendimento deste segmento da população?

ANEXO III - TCLE QUESTIONÁRIO ONLINE:



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Comitê de Ética em Pesquisa Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Avaliação do acesso ao acolhimento à população LGBTQIA+ por parte dos profissionais de saúde de um Centro Municipal de Saúde na Zona Norte do RJ**”, desenvolvida por **Rainer Lopes**, enfermeiro responsável técnico do Centro Municipal de Saúde em questão, discente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação dos Professores Dra. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso e Me. Thiago Rodrigues de Amorim. A finalidade desse convite pessoal é auxiliar a avaliação do acesso ao acolhimento prestado por componentes da Equipe da Estratégia de Saúde da Família que trabalham a mais de 01 ano no Centro Municipal de Saúde em questão, sendo eles médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas e agentes comunitários de saúde, que são os principais atores do processo de acolhimento e atendimento da população supracitada. O objetivo deste estudo será avaliar o acesso ao acolhimento e atendimento à população LGBTQIA+ por parte dos profissionais de saúde de uma clínica da estratégia da família na Zona Norte do RJ. A pesquisa pretende incentivar a reflexão sobre o acesso e o processo de trabalho no serviço de saúde ao realizar devolutivas dos achados do estudo para os trabalhadores, como forma de potencializar novas ações e contribuir com a produção de conhecimento, bem como realizar capacitação em serviço caso seja necessário.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar a qualquer momento, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Para minimizar riscos eventuais, sempre presentes em pesquisas que envolvam indivíduos, e assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações fornecidas, em nenhuma pergunta do questionário haverá necessidade da sua identificação. Ademais, qualquer informação oriunda das respostas que possa identificar o (a) Sr. (a) será tratada sob a forma de código e omitida do compilado final, minimizando os riscos da sua exposição, bem como possíveis riscos de constrangimentos. A qualquer momento, o (a) Sr. (a) poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados ao final deste Termo. Caso você venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, terá direito a assistência e a buscar indenização por meio das vias judiciais e /ou extrajudiciais, conforme previsto no Código Civil Lei 10.406 de 2002, Artigos 927 e 954 e Resolução CNS/MS nº 510 de 2016 art.19.

O (A) Sr. (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes da pesquisa, cujo preenchimento levará aproximadamente 20 minutos. Como será feita em formulário digital, não há necessidade de seu deslocamento físico, podendo ser realizado em casa, no Auditório ou nas salas de reunião da Unidade, onde dispõe-se de computadores com acesso à internet. Ao final da pesquisa, todos os dados obtidos e tratados serão mantidos permanentemente em um banco de dados, com acesso restrito, sob a responsabilidade do pesquisador coordenador. O (A) Sr. (a) não será penalizado (a) de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação na pesquisa, ou caso desista da mesma após ter iniciado, tendo plena autonomia na

decisão de responder e para se retirar a qualquer momento. Não haverá despesas pessoais para o (a) Sr. (a) em qualquer fase da pesquisa, como também não haverá pagamento pela sua participação, que será voluntária.

Para garantir a confidencialidade apenas o pesquisador do projeto, que se comprometeu com o dever de sigilo e confidencialidade, terá acesso a seus dados e não fará uso destas informações para outras finalidades. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

Uma vez sanadas todas as suas dúvidas a respeito desta pesquisa e, caso aceite responde-la, o (a) Sr. (a) deverá, na seção seguinte, marcar a opção em que concorda em participar do estudo, o que corresponderá à sua assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. ATENÇÃO: é importante que o (a) Sr. (a) salve uma cópia digital deste documento ou que imprima e guarde, já que este formulário é inteiramente online. Todo o material da pesquisa será mantido em arquivo pelo pesquisador responsável pelo período de pelo menos cinco (5) anos, conforme as Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16.

Encerrada a pesquisa, o pesquisador responsável se compromete em divulgar o produto final do estudo, tanto em termos acadêmicos (dissertação, artigo científico), quanto em termos dos dados gerais, em formato acessível e linguagem adaptada, para todos os participantes do estudo.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato, a qualquer momento, com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP, cujo meio de contato está disponibilizado abaixo. Os Comitês são formados por grupos de pessoas que tem por objetivo defender os interesses dos (as) participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e, assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na sua realização.

Declaro que entendi o objetivo e condições de minha participação, e concordo em participar do estudo.

[] Sim [] Não

(Uma cópia deste termo será enviada ao seu e-mail.)

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública. (número de aprovação 55375222.0.0000.5240)

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

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

Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde - RJ (número de aprovação: 55375222.0.3001.5279)

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

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

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

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

E-Mail: conep@saude.gov.br

Contato com o pesquisador responsável: Rainer Lopes - Enfermeiro Responsável Técnico do Centro Municipal de Saúde estudado.

Telefone: (21) 972 250 660. E-mail: rainer4work@gmail.com.

ANEXO IV – QUESTIONÁRIO ONLINE.

Função:

Agente Comunitário de Saúde (),

Técnico de Enfermagem (),

Enfermeiro (),

Dentista (),

Médico (),

Outro: _____.

Qual a sua idade?

18 a 24 anos (),

25 a 34 anos (),

35 a 44 anos (),

45 a 54 anos (),

55 anos ou mais ().

Qual a sua escolaridade?

Ensino médio completo (),

Ensino superior incompleto (),

Ensino superior completo (),

Pós-graduação incompleta (),

Pós-graduação completa ().

Tempo de atuação na unidade:

1 a 3 anos (),

3 a 5 anos (),

5 a 10 (),

mais de 10 anos ().

Questão 01

Você considera a população LGBTQIA+ vulnerável?

Sim () Não ()

Por que? _____.

Questão 02

Você sente dificuldade para chamar um paciente trans pelo nome social?

Sim () Não ()

Por que? _____.

Questão 03

Você sente dificuldade ao acolher e/ou atender algum paciente LGBTQIA+?

Sim () Não ()

Por que? _____.

Questão 04

Você se sente capacitado pelo serviço, para realizar o acolhimento e/ou atendimento à população LGBTQIA+?

Sim () Não ()

Explique brevemente sua resposta: _____.

Questão 05

Você acolheria e/ou atenderia uma mulher lésbica para realização do preventivo?

Sim () Não ()

Questão 06

Você acolheria e/ou atenderia um homem trans para realização do preventivo?

Sim () Não ()

Não sei o que é homem trans ().

Questão 07

Você sabe o que é Processo Transexualizador?

Sim () Não ()

Descreva brevemente: _____.

Questão 08

Você sabe o que é Processo de Harmonização?

Sim () Não ()

Descreva brevemente: _____.

Questão 09

Você sabia que o SUS realiza Processo Transexualizador e Harmonização?

Sim () Não ()

Questão 10

Na sua opinião, quais são as maiores dificuldades em realizar o acolhimento e/ou atendimento à população LGBTQIA+?

Descreva brevemente: _____.