



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

RAFAEL SOUSA SILVA

**MATRIZ DE COMPETÊNCIAS CULTURAIS EM SAÚDE PARA ATUAÇÃO
COM MINORIAS SEXUAIS E DE GÊNERO**

FORTALEZA/CE

2026

RAFAEL SOUSA SILVA

MATRIZ DE COMPETÊNCIAS CULTURAIS EM SAÚDE PARA ATUAÇÃO
COM MINORIAS SEXUAIS E DE GÊNERO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Política, Ambiente e Sociedade.

Orientadora: Prof(a). Dra. Tatiana Monteiro Fiuza

FORTALEZA/CE

2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S583m Silva, Rafael Sousa.

MATRIZ DE COMPETÊNCIAS CULTURAIS EM SAÚDE PARA ATUAÇÃO COM
MINORIAS SEXUAIS E DE GÊNERO / Rafael Sousa Silva. – 2026.
130 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2026.
Orientação: Profa. Dra. Tatiana Monteiro Fiuza.

1. Competência cultural. 2. Atenção à saúde. 3. Minorias Sexuais e de Gênero. 4.
Formação profissional. 5. Pessoas LGBT. I. Título.

CDD 610

RAFAEL SOUSA SILVA

MATRIZ DE COMPETÊNCIAS CULTURAIS EM SAÚDE PARA ATUAÇÃO
COM MINORIAS SEXUAIS E DE GÊNERO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Política, Ambiente e Sociedade.

Orientadora: Prof(a). Dra. Tatiana Monteiro Fiuza

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Tatiana Monteiro Fiuza (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará

Prof. Dra. Maxmiria Holanda Batista
Universidade Federal do Ceará

Prof. Ph.D Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto
Fundação Oswaldo Cruz/Ceará

Prof. Ph. D. Juliana Vieira Sampaio
Universidade Federal de Minas Gerais

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por tornar possível minha jornada neste mestrado e, certamente, mais segura. Viva a ciência brasileira!¹

Às pessoas participantes da pesquisa que, coletivamente, construíram este trabalho comigo. A luta continua. A luta tem muitas frentes. Avante.

À minha sempre alegre, generosa e gentil orientadora, Tatiana Monteiro Fiuza, pela liberdade concedida para criar, pensar e fazer.

¹ O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 PANORAMA DO PROCESSO DE SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO DE MINORIAS SEXUAIS E DE GÊNERO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	9
3 COMPETÊNCIAS CULTURAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA MSG	19
3.1 Competência cultural: conceituações articuladas ao campo da saúde	21
3.2 Competências culturais na formação profissional para atuação com população MSG: ausência, fomento e impactos	27
3.3 Sobre a necessária formação profissional	32
4 OBJETIVO	33
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	33
5.1 Caminho metodológico	36
5.1.1 Revisão integrativa de literatura	36
5.1.2 Construção da Matriz de competências culturais em saúde para atuação com população MSG	37
5.1.3 Validação da Matriz através da Técnica de Grupo Nominal com profissionais de saúde, professores e usuários da saúde MSG	38
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	41
6.1 Revisão Integrativa de literatura	41
6.2 Processo de validação da Matriz de Competências Culturais em saúde para atuação com Minorias Sexuais e de Gênero	53
6.3 Finalidades de uma Matriz de competências culturais em saúde para atuação com Minorias Sexuais e de Gênero.	98
6.4 A Técnica de Grupo Nominal (TGN): contradições epistemológicas e reconstruções metodológicas a partir de uma abordagem freiriana.	101
6.4.1 A técnica de grupo nominal	102
6.4.2 Contradições epistemológicas e reconstruções metodológicas na pesquisa	104
6.4.3 Síntese acerca do percurso metodológico	111
7 SÍNTESE SOBRE O PROCESSO DE PESQUISA E A MATRIZ	111
REFERÊNCIAS	113
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	121
APÊNDICE B - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	125

RESUMO

Competência cultural em saúde é a capacidade de produzir um cuidado efetivo para populações entendendo as questões culturais que operam nos processos de produção de saúde-doença, modificando práticas assistenciais universais e neutras para uma culturalizada visando a equidade. A partir da revisão de literatura que evidenciou demandas de saúde de Minorias Sexuais e de Gênero (MSG) e intervenções para desenvolver competências culturais em profissionais de saúde é que se construiu uma “Matriz de competências culturais na saúde para atuação com MSG”. A Matriz passou por um processo de reconstrução-validação através da Técnica de Grupo Nominal reunindo pessoas LGBTQIA+ usuárias do sistema de saúde; profissionais de saúde com histórico de atuação com LGBTQIA+; docentes do ensino superior do campo da saúde pública/saúde de MSG; é estruturada com 4 domínios: 1) Identidades de Gênero e orientações sexuais: conceitos e vivências; 2) Aspectos biopsicossociais da saúde da população LGBTQIA+; 3) Relação profissional-usuário de saúde; 4) Rede de saúde, rede de apoio e território. Para cada domínio, conhecimentos, habilidades e atitudes correspondentes. A matriz subsidia tanto o campo da formação ao oferecer referências para implementação de conteúdos a serem desenvolvidos nos processos de ensino-aprendizagem, bem como da ação profissional guiando de modo propositivo intervenções e tomadas de decisões. Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Ceará sob o parecer número 7.354.457.

Descritores: competência cultural; atenção à saúde; minorias sexuais e de gênero; pessoas LGBT; formação profissional em saúde.

ABSTRACT

Cultural competence in health is the ability to provide effective care to populations by understanding the cultural issues that operate in the processes of health-illness production, modifying universal and neutral care practices to a culturally sensitive approach aimed at equity. Based on a review of the literature that highlighted the health demands of Sexual and Gender Minorities (SGM) and interventions to develop cultural competencies in health professionals, a “Matrix of cultural competencies in health for working with SGM” was constructed. The Matrix underwent a reconstruction-validation process using the Nominal Group Technique, bringing together LGBTQIA+ people who use the health system; health professionals with a history of working with LGBTQIA+ people; higher education teachers in the field of public health/SGM health. It is structured around four domains: 1) Gender identities and sexual orientations: concepts and experiences; 2) Biopsychosocial aspects of LGBTQIA+ population health; 3) Professional-healthcare user relationship; 4) Healthcare network, support network, and territory. For each domain, corresponding knowledge, skills, and attitudes. The matrix supports both the field of training by offering references for the implementation of content to be developed in teaching-learning processes, as well as professional action by proactively guiding interventions and decision-making. This research was approved by the research ethics committee of the Federal University of Ceará under opinion number 7.354.457.

Keywords: cultural competence; health care; sexual and gender minorities; LGBT people; professional health training.

1 INTRODUÇÃO

Em 1º de dezembro de 2011 foi instituída, pela portaria nº 2836, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) que marcou um momento histórico de conquista das lutas de movimentos de Minorias Sexuais e de Gênero (MSG)² em prol da saúde dessa população que começou a ser visibilizada na década de 1980 quando da adoção de estratégias de enfrentamento ao HIV/Aids pelo Ministério da Saúde e que ao longo desses anos outras demandas foram sendo reconhecidas até a produção desta Política.

Esse documento é mais uma tentativa de efetivar os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), dado que os processos de exclusão que marcam essa população prejudicam-lhe o acesso aos seus serviços, portanto, sendo pensada com o intuito de “evitar a discriminação contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos espaços e no atendimento dos serviços públicos de saúde”, afirmando “ser um compromisso ético-político para todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), de seus gestores, conselheiros, de técnicos e de trabalhadores de saúde” (Brasil, 2013, p. 6). Com o objetivo de promover saúde integral e eliminar “a discriminação e preconceito institucional[is]” (BRASIL, 2013, p. 18), a Política visa promover outras formas de relacionamentos baseados no respeito e valorização dessa população para garantir seu acesso aos serviços de saúde.

A PNSILGBT enquanto conjunto de diretrizes elenca objetivos claros para sua efetivação que envolve a gestão, trabalhadores da saúde, tecnologias, ações de cuidado, formação e informação e abrange desde as necessidades mais básicas até as mais complexas, como o respeito ao nome social, passando pela atenção à saúde mental dessa população considerando dentre outras questões o suicídio e a depressão, até o processo transexualizador que envolve cirurgias de transgenitalização, terapias hormonais e outros processos. A PNSILGBT apresenta

² Encontraremos variações da sigla ao longo desse trabalho. Em citações diretas preservo a sigla que os autores utilizaram. Na escrita autoral, utilizo o termo “Minorias Sexuais e de Gênero” (MSG) para designar pessoas LGBTQ+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros e outras diversidades sexuais e de gênero) e por este ser o termo preferido que consta na base dos Descritores em Ciências da Saúde.

9 diretrizes que deverão ser observadas “na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde” (BRASIL, 2013, p. 22) que sucintamente as descrevo:

- I. Respeito aos direitos humanos de LGBT contribuindo para a eliminação dos estigmas e discriminações homofóbicas
- II. Promoção da cidadania e inclusão da população LGBT pela articulação intersetorial de políticas públicas
- III. Inclusão do tema da diversidade populacional na formulação e implementação de outras políticas para grupos específicos
- IV. Eliminação das homofobias e outras formas de violência contra a população LGBT no SUS
- V. Criação de tecnologias que objetivem o alívio do sofrimento, dor ou adoecimento relativos às pessoas travestis e transexuais quando do conflito corpo-gênero-identidade.
- VI. Difusão de informações em todos os âmbitos do SUS acerca do acesso e qualidade da atenção a essa população.
- VII. Educação permanente desenvolvidas pelo SUS que aborde a temática da orientação sexual e identidade de gênero.
- VIII. Produção de conhecimentos científicos e tecnológicos que melhore a saúde dessa população
- IX. Potencialização da participação dos movimentos sociais LGBT nos Conselhos de Saúde, Conferências e outros espaços de participação social.

Ainda que a PNSILGBT exista, seu processo de implementação não é linear e sem rupturas e ainda enfrenta problemas que vão desde à falta de conhecimentos dos profissionais da existência da Política até burocracias que obstaculizam sua implementação, isso em um cenário em que a literatura internacional aponta acerca dos riscos adicionais e agravos à saúde que acomete a população de MSG e informa sobre como a assistência em saúde discriminatória acarreta baixa adesão e/ou maus resultados dos tratamentos, adiamento da busca por serviços de saúde, dentre outros. A lacuna na formação de profissionais de saúde para atuarem com competência cultural nas necessidades específicas que essa população apresenta em níveis biológicos, psicológicos e sociais estão na base de serviços e atenção à saúde discriminatórias.

A competência cultural em saúde pode ser caracterizada como a capacidade do profissional de saúde de produzir um cuidado efetivo para pessoas e populações (neste contexto, populações politicamente minoritárias, socialmente vulneráveis) entendendo as questões culturais que operam no seus processos de subjetivação e de produção de saúde e adoecimento. É a habilidade de reconhecer as diferenças e demandas específicas que surgem dentro de um contexto geográfico, histórico e social e modificar sua prática assistencial de uma pretensa universalidade, neutralidade e igualdade para uma prática culturalizada, implicada e visando a equidade (Gouveia; Silva; Pessoa, 2019).

Criar competência cultural em saúde pressupõe uma formação profissional que aborde questões de diferenças culturais e desenvolva, via práticas pedagógicas, as relativas competências culturais.

A PNSILGBT tem um eixo específico de educação permanente com foco na população LGBT (BRASIL, 2013) e propõe 6 ações que, sumarizadamente, apresento:

1. Inserção do tema “Saúde LGBT” na educação permanente de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde”.
2. Produção de material e estratégias acerca da saúde de LGBT
3. Fomento à pesquisa com foco em saúde de LGBT
4. Inserção do tema “saúde LGBT” nos módulos de Educação à Distância (EAD) para profissionais de saúde e UnaSUS
5. Inserção do tema “saúde LGBT” nos cursos EAD para conselheiros e lideranças sociais
6. Articulação com outras políticas para garantir que integrem as questões relativas à PNSILGBT.

A Educação Permanente em Saúde pode ser entendida como “aprendizagem no trabalho” que integra formação profissional no cotidiano do trabalho em saúde articulando “as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde” (BRASIL, 2009, p. 20)

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde. Uma

cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a idéia (sic) de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatorios de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações (BRASIL, 2009, p. 20)

Este projeto se encontra na interface temática “atuação profissional - formação profissional - saúde de MSG” que suscita seu questionamento norteador e fundador: Como potencializar as iniciativas de desenvolvimento de competências culturais dos profissionais de saúde para atuação com Minorias Sexuais e de Gênero?

O questionamento aponta caminhos para investigar lacunas e propor contribuições para a melhoria da formação profissional e assistência em saúde para MSG entendendo que obstáculos encontram-se, principalmente, nessas esferas. Faz-se, portanto, uma revisão narrativa para traçar um panorama acerca do processo de saúde-doença-cuidado de MSG como passo fundamental para investigar o que a literatura informa sobre a questão. Posteriormente, discute-se competência cultural e formação em saúde, campos conceituais e práticos sobre o qual se alicerça o objetivo deste trabalho.

2 PANORAMA DO PROCESSO DE SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO DE MINORIAS SEXUAIS E DE GÊNERO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Albuquerque e colaboradores (2013), numa revisão integrativa de literatura com os descritores “homossexualidade”, “políticas públicas” e “acesso integral a saúde” levantam dados sobre o “contexto discriminatório” existente nos atendimentos nas unidades de saúde. Esse fato desemboca, segundo os achados dos autores (2013, p. 521) em uma

maior propensão ao envolvimento com tabagismo, uso de álcool e drogas ilícitas, obesidade, prática sexual sem proteção, demanda aumentada aos problemas mentais, IST's, bullying, câncer de colo de útero e de mama, HIV-Aids, comportamentos violentos, entre outros.

Desse modo, as unidades de saúde que deveriam fazer valer a “universalidade”, “integralidade”, e “equidade” do SUS, na realidade afastam e

promovem mais desconforto e sofrimento para a população LGBT, sendo o atendimento discriminatório, a presunção de uma heterossexualidade, “as principais causa da exclusão” dessa população dos “espaços de saúde” (p. 523).

Guimarães et.al (2017) aprofunda a discussão:

as barreiras simbólicas ao acesso - impostas pelo preconceito e pelo estigma - obstaculizam o cumprimento do princípio da universalidade. O desconhecimento e/ou negligência por parte de gestores e profissionais de saúde dos aspectos psicossociais e necessidades específicas da população LGBT impede um atendimento integral, e o padrão heteronormativo das práticas de saúde, o processo de patologização das variantes comportamentais, o preconceito encarnado nas subjetividades de usuários e profissionais, e o sexismo institucional dificultam o cumprimento das ações previstas pelas políticas de equidade (p. 123)

Taquette e Rodrigues (2015) corroboram com essas asserções quando na ocasião de pesquisa com jovens homossexuais eles relataram que não houve indagação acerca de suas experiências sexuais e, portanto, também não houve orientação sobre os cuidados em saúde e as especificidades das práticas homossexuais. Isso se deve ao fato que “os profissionais de saúde reproduzem a heteronormatividade [...] e agem como se todos fossem heterossexuais” (Taquette; Rodrigues, 2015, p. 1184).

As autoras criticam que o sistema de saúde está organizado para atender e responder demandas heterossexuais, o que de certo modo inviabiliza a revelação por parte dos jovens de sua orientação sexual, fator que contribui para a marginalização e à clandestinidade da prática, como também podemos perceber nos achados de Franklin et. al. (2016), que trata a inacessibilidade do público LGBT aos serviços de Atenção Básica como um problema ético, devendo ser combatido por políticas públicas e um interesse de “gestores e profissionais” à “procura de atualização para o desempenho de sua prática profissional, sobretudo em seus aspectos éticos e bioéticos” (sic) (Franklin, 2016, p. 3486).

Pensar, portanto, em promoção de saúde ou assistência à saúde para LGBT é reconhecer a exclusão e discriminação histórica que esse grupo vem sofrendo e considerá-las como fatores determinantes na produção de saúde-doença-cuidados com esse público, seja em âmbito das políticas públicas, seja na convivência diária no trato social (Brasil, 2013).

A PNSILGBT reconhece “que todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias que compreendem lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de

doença” (Brasil, 2013, p. 13). Portanto, a assistência à saúde para LGBTs precisa estar assentada em um modelo assistencial capaz de compreender as dimensões culturais, históricas, sociais, comunitárias, políticas e individuais que interagem para criar condições de saúde e/ou adoecimento e que fuja da lógica individualizante e biologizante típica do modelo biomédico positivista, de se pensar saúde-doença.

A crítica fundamental ao modelo biomédico aplicada para a saúde da população tem por base a ocorrência de correlações (observadas na clínica médica) dos fenômenos epidemiológicos com aspectos da organização política e social da sociedade humana” (Puttini; Junior; Oliveira, 2010, p. 755).

Por isso, passa-se a ampliar o campo de ação que envolve a dimensão psicossocial, admitindo que o processo saúde-doença de sujeitos LGBTs estão intimamente ligados à práticas de LGBTfobia que se concretizam por vias diversas: rejeição familiar; negação de serviços; violência física e psicológica; marginalização social: práticas que desencadeiam comportamentos de riscos e os vulnerabilizam, tornando-os mais suscetíveis a desenvolverem sofrimentos psíquicos, isolamento social, maior exposição à Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's).

Um estudo realizado por Natarelli e colaboradores (2015) traz dados significativos para a compreensão desse fenômeno. No intuito de entender o impacto da homofobia na saúde do adolescente verificou-se que a população adolescente homossexual se configura como população vulnerável por estarem em situação de risco de violência de várias ordens: psicológicas, verbais, físicas e sociais, nos âmbitos familiar, escolar e comunitário. Além desses locais, o estudo aponta que nas unidades de saúde esse público sofre preconceito, o que inviabiliza a atenção integral aos sujeitos adolescentes LGBTs e os relegam às bordas do cuidado, podendo por vezes nem serem alcançados pelos serviços de saúde. Os entrevistados apontam a violência psicológica como a mais “prevalente” e, também, “como a causa de maior sofrimento, bem como maiores agravos, podendo levar a ideações e tentativas de suicídio” (sic.) (p. 668), como ficava claro nos relatos sobre seus processos de sofrimento psíquico como “stress”, “depressão” e sobre presenciar “pessoas que começaram a virar anoréxicas e ter bulimia” (Natarelli et al, 2015, p. 668).

Assis, Gomes e Pires (2014) em pesquisa realizada com adolescentes acerca dos comportamentos sexuais e fatores de risco chegaram a resultados que demonstram que adolescentes com comportamento homo/bissexual estão mais

vulneráveis aos fatores de risco se comparados com adolescentes com comportamento heterossexual. Apresentam características como: maior uso de maconha, ideação suicida e violência sexual. A pesquisa aponta que esses adolescentes estão mais expostos a fatores de risco devido à “difícil aceitação desses comportamentos por parte de seus familiares” (p. 50), denotando a precariedade ou ausência de redes de apoio familiar e social (Assis; Gomes, Pires, 2014).

Nesse sentido, Perucchi, Brandão e Vieira (2014) em pesquisa realizada com jovens homossexuais (19 a 23 anos) analisando os impactos psicossociais da homofobia intrafamiliar e seu impacto na saúde dos jovens, constataram através dos discursos dos pesquisados que uma visível mudança no trato relacional intrafamiliar após a “saída do armário” acontecia, ora por meio de silenciamentos onde os pais fingiam que nada havia sido dito, ora por meio de agressões ou expulsões de casa. As autoras refletem que as famílias, enquanto microdispositivos reguladores e normalizadores de identidades, reproduzem e tentam enquadrar os seus integrantes na norma heterossexual, sendo desafiadas e contrapostas quando algum desviante se manifesta. Portanto, em dadas situações, as famílias servem mais para fortalecer uma norma social do que para exercer seu papel de “protetora e promotora de saúde e dignidade de tais indivíduos” relegando-os à indiferença discriminatória e às margens de seus cuidados, desencadeando “situações constrangedoras e dolorosas para esses(as) jovens” (Perucchi; Brandão; Vieira, 2014, p. 71).

A pesquisa revela que o mais impactante para esses jovens não é exatamente a expulsão de casa depois que se assumem, mas o convívio cotidiano que os submetem às opressões heteronormativas por meio de humilhações sutis e que a busca pelos amigos é uma estratégia de enfrentamento a esse tipo de discriminação que muitos deles lançam mão para “relatar momentos de angústia, tristeza e culpa em decorrência de práticas desviantes da heteronormatividade, ou ainda a busca da fuga do contexto familiar, que se torna insuportável” (Perucchi; Brandão; Vieira, 2014, p. 73). As autoras apontam para a necessidade de uma maior atenção para os desdobramentos na saúde mental desses sujeitos em futuras investigações. (Perucchi; Brandão; Vieira, 2014)

Cunha e Gomes (2016) em pesquisa acerca dos sentidos atribuídos aos cuidados de saúde revelam que os jovens (18 a 24 anos) apresentam um “desejo do

bem-estar” e uma preocupação com sua saúde mental, relacionando-a com as “dificuldades e pressões vividas por serem homossexuais, especialmente nas suas relações com suas famílias e na sua inserção social” (Cunha; Gomes, 2016, p. 815). Os autores ainda refletem a importância de a saúde ser pensada nas suas questões sócio-culturais por entenderem que esses sujeitos estão imersos numa “rede de sentidos” e “num contínuo processo de enfrentamento, negociação, legitimação e transformação” (Cunha; Gomes, 2016, p.808). Outros achados da pesquisa revelam que além de os sujeitos apontarem a desqualificação do atendimento na Atenção Primária, denunciando a falta de postura ética dos profissionais, desconhecimentos acerca de suas demandas e a falta de adequado acolhimento, apontaram, também, a “escassez de trabalho com promoção de saúde” (Cunha; Gomes, 2016, p.822) nesse nível de atenção (Cunha; Gomes, 2016).

Retomando Taquette e Rodrigues (2015), as autoras apontam para algumas vulnerabilidades que perpassam a prática afetiva-sexual dos jovens homossexuais como a precocidade das relações, a depressão, as ideações suicidas e as mais variadas violências que podem ocorrer em âmbito intrafamiliar como fica claro no excerto a seguir:

Castigos desumanos, por parte da família, são relatados por homossexuais quando, ainda adolescentes, revelaram suas práticas homoeróticas: humilhações verbais, terror psicológico, surras, alguns chegando a ter fraturas ósseas e sequelas irreparáveis. Muitos gays menores de 18 anos são expulsos de casa e, não tendo onde morar ou a quem recorrer, iniciam-se na prostituição como michês ou travestis” (Taquette; Rodrigues, 2015, p. 1186).

O artigo intitulado “Atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais na estratégia saúde da família” de Belém e colaboradores (2018) trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada com 12 enfermeiros atuantes na Estratégias Saúde da Família (ESF), em Juazeiro do Norte (Ceará, Brasil). Através de entrevistas semiestruturadas buscou-se entender como a atenção à saúde LGBT estava sendo prestada na ESF (Belém et al, 2018).

Os dados foram analisados a partir dos 4 eixos estratégicos da PNSILGBT, a saber: 1) Acesso da População LGBT à Atenção Integral à Saúde; 2) Ações de promoção e vigilância em saúde para a população LGBT; 3) Educação permanente e Educação popular em saúde com foco na população LGBT e 4) Monitoramento e Avaliação das ações de saúde para a população LGBT (Belém et al, 2018).

No eixo 1, o artigo traz dados sobre a baixa adesão e assiduidade da população LGBT ao serviço de saúde. No segundo eixo, os resultados apontam para uma assistência que é produzida a partir de uma lógica reducionista e patologizante que é discutida pelos autores.

No contexto de cuidados primários, as ações de cuidado reportadas pelos profissionais entrevistados foram enviesadas em função da orientação sexual não heterossexual do usuário, à medida que se restringiram aos aspectos sexuais com foco nas IST, vulnerabilidades e aspectos psicológicos. Essa lógica reducionista é alicerçada na concepção de grupos de risco, na ESF como cenário de atenção heteronormativo e em representações sociais discriminatórias e marginalizantes. Esse aspecto é interiorizado pelos integrantes do grupo e reproduz-se nos comportamentos de autocuidado adotados e na busca por assistência, que se encontram condicionados à presença de sintomas patológicos ou para rastreio e tratamento de IST (Belém et al, 2018, p. 9).

No eixo 3, o artigo traz dados sobre dificuldades de abordar a temática por falhas na formação profissional e aponta um desconhecimento da PNSILGBT por parte dos profissionais, não obstante, os autores compreendam essa política como necessária para a transformação da qualidade da atenção à população LGBT (Belém et al, 2018).

Já no eixo 4, os dados referem-se à ausência de recursos e apoio por parte de gestores em relação às ações em saúde e ausência de participação de segmentos sociais na formulação de estratégias em saúde, categoria também a ser discutida posteriormente (Belém et al, 2018).

Corroborando e complementando, o artigo intitulado “Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde?” (GUIMARÃES et . al., 2017) trata-se, também, de uma pesquisa qualitativa que buscou compreender a percepção de Agente Comunitários de Saúde (ACS) de 5 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Goiânia, acerca da atenção integral para a população LGBT, a partir de entrevistas semiestruturadas e tendo os dados analisados sob o método Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (Guimarães et . al., 2017).

Os resultados do artigo apontam para 3 tipos de discursos dos ACS: 1) Discurso que minimiza o problema e delega à população LGBT as causas da construção de barreiras no acesso aos serviços; 2) Discurso que nega essas barreiras e considera que ações específicas são formas de discriminar ou privilegiar esses sujeitos e 3) Discurso que reconhece o preconceito e a necessidade de capacitação profissional para atuar com essa população (Guimarães et . al., 2017).

É importante analisarmos como a negação do preconceito ou seu não reconhecimento dizem respeito também à não visibilização da negação estrutural de direitos que essa população sofre e suas necessidades específicas, invisibilizando todo o problema. Percebemos uma não-vontade ou indisposição para igualar em direitos esse grupo dos demais, havendo uma inversão de sentidos, ao considerar aquilo que é equidade como “privilégio” ou outro modo de “discriminação”.

O artigo discute como o preconceito e discriminação podem ser barreiras para o acesso à saúde e problematiza como, quando relacionado a população LGBT, os princípios do SUS não são efetivados.

[...] as barreiras simbólicas, ao acesso – impostas pelo preconceito e estigma obstaculizam o cumprimento do princípio da universalidade. O desconhecimento e/ou negligência por parte de gestores e profissionais de saúde dos aspectos psicossociais e necessidades específicas da população LGBT impede um atendimento integral, e o padrão heteronormativo das práticas de saúde, o processo de patologização das variantes comportamentais, o preconceito encarnado nas subjetividades de usuários e profissionais, e o sexismo institucional dificultam o cumprimento das ações previstas pelas políticas de equidade.” (Guimarães et al, 2017, p. 123).

A pesquisa qualitativa de Ferreira, Pedrosa e Nascimento (2018), “A diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único de Saúde”, também, comenta as fragilidades e barreiras no acesso aos serviços de saúde e como essas barreiras podem afastar os sujeitos LGBTs do SUS, aumentarem suas buscas por serviços clandestinos de saúde aumentando, conseqüentemente, suas vulnerabilidades. No entanto, mudam a perspectiva. Os autores tentam apreender a partir de usuários LGBT de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Teresina, Piauí, suas concepções acerca do acesso e atenção integral à saúde, a partir da técnica de grupos focais, realizados em 2016, dos quais emergiram 4 categorias interpretativas, a saber: 1) Atendimento ginecológico às lésbicas; 2) O gay afeminado nos serviços de saúde; 3) Em busca da equidade para as travestis e 4) O nome social para mulheres transexuais no SUS (Ferreira; Pedrosa; Nascimento, 2018).

Na primeira categoria, é discutido como o atendimento para as mulheres lésbicas ainda partem de uma lógica biologicista, que enquadra a mulher dentro do binômio “mãe-reprodutora” e presume-se que suas vivências sexuais sejam heterossexuais. E novamente nos esbarramos com o problema que é o modelo biomédico potencializado por estar associado às normas heterossexuais. Esse tipo de assistência concorre para a invisibilização do tema e das práticas lésbicas.

O tema lesbiandade encontra-se marginal a todo o processo saúde-doença-cuidado das mulheres lésbicas ou bissexuais, indicando invisibilidade, desconhecimento, preconceitos, estigma e repressão da sexualidade feminina, que, de forma implícita ou explícita, denotam modelos normativos de tecnologias em Saúde” (Ferreira; Pedrosa; Nascimento, 2018, p. 4).

Na segunda categoria, os autores apreenderam, a partir dos relatos, a necessidade de se discutir conceitos como feminilidade e machismo e sobre a necessidade de se trabalhar questões como os pressupostos simbólicos de masculinidades, pois percebeu-se como características ditas femininas são um agravante para as fragilidades do acesso aos serviços e para comportamentos discriminatórios. Vê-se a necessidade de se discutir direitos, LGBTfobia e seus impactos na saúde mental desses sujeitos (Ferreira; Pedrosa; Nascimento, 2018).

É aqui que os autores vão reconhecer a escassez de informação de qualidade para os profissionais, o baixo contingente de profissionais capacitados para atuar com essa população na saúde e na educação e tensionar as incongruências existentes entre as políticas e as assistências (Ferreira; Pedrosa; Nascimento, 2018).

Na terceira categoria, é problematizado sobre a equidade em saúde para as travestis e sobre os centros ambulatoriais específicos para esse segmento e como alguns deles as associam com demandas relacionadas à IST's. Novamente, é mencionado o atendimento discriminatório como intensificador de sofrimento (Ferreira; Pedrosa; Nascimento, 2018).

Na quarta categoria, o que é enfatizado é a necessidade que as pessoas transexuais têm de respeito pelo seu nome social e como o seu uso qualifica e potencializa o acesso à saúde, ao passo que a dificuldade em respeitar o nome social tem impactos negativos no processo saúde-doença-cuidado. Os participantes da pesquisa relataram a constante necessidade de explicarem o que é Identidade de Gênero e o nome social para os profissionais de saúde (Ferreira; Pedrosa; Nascimento, 2018).

O estudo “Caminhos e vivências de investigação acerca da saúde da população LGBT em uma capital do nordeste brasileiro” é um relato de experiência que analisou a condução de uma pesquisa nacional acerca do acesso e qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no SUS. Assim como os outros

trabalhos, os autores também problematizam o acesso à saúde dessa população e como ela é feita aos moldes heteronormativos. Discutem:

Nesse cenário de violências, destaca-se a invisibilidade das questões de gênero nas práticas de saúde e desconsideram-se os modos de vivência da sexualidade. Em geral, tem-se atribuído a modalidade heterossexual como padrão, com implicações direta na atenção à saúde da população LGBT. Neste sentido, a heteronormatividade age aliada a outras formas de violência estrutural, gerando um ambiente hostil e segregador nos serviços de saúde (Ferreira et al, 2017, p. 45).

A assistência à saúde aos moldes da heteronormatividade não contempla em seu bojo de ações os sujeitos que não estão inscritos dentro dessa norma. Nesse sentido, não é que as minorias sexuais e de gênero sejam explicitamente excluídas, como se os cuidados fossem exclusivamente para pessoas cisheterossexuais, como um tipo de “apartheid”, mas a própria forma naturalizada de prestar assistência já se encarrega de não considerar suas vivências e demandas específicas de saúde (Ferreira et al, 2017).

Maloney e colaboradores (2017) divulgaram estudo qualitativo cujo objetivo era descrever o contexto que limita a divulgação da orientação sexual e a aquisição da profilaxia pré-exposição (PREP). Tendo homem gays e homens que fazem sexo com homens (HSH) como público alvo da pesquisa, os autores discutem sobre os benefícios da adesão consistente à PREP, que é capaz de reduzir entre 86% a 99% a incidência de HIV, e das dificuldades dos usuários em discutir tais questões com seus profissionais de saúde. O estudo mostrou que embora os respondentes da pesquisa consideram que os profissionais de saúde sejam a melhor fonte para se discutir prevenção e comportamento sexual, a maioria indicou desconforto devido ao constrangimento e medo de ser julgado. Os autores apontam que quanto maior o estigma associado às minorias sexuais e gênero (como ausência de direitos e proteções) mais pobre é a comunicação sobre PREP e menor o conhecimento dos usuários sobre tal estratégia de prevenção (Maloney et al, 2017).

Não se fazer conhecer a orientação sexual dos usuários dos serviços constituem-se em barreiras para se discutir saúde sexual que ora é associada com a falta de atitude do profissional em ir em busca de obter tal informação, ora responsabilidade do usuário que prefere esquivar-se de tais perguntas. Em contrapartida, divulgar a orientação sexual somada a uma postura não discriminatória dos profissionais está associada a melhor comunicação sobre PREP e estratégias preventivas. Os autores ainda consideram que profissionais de saúde

gays podem ser um fator facilitador para se discutir saúde sexual entre pacientes gays e HSH (Maloney et al, 2017).

Para descrever o atual estado do rastreamento do câncer e sua utilização por pessoas LGBTQs, Ceres e colaboradores (2018) explanaram dados sobre o aumento de risco de câncer e outras condições de saúde na referida população.

Em lésbicas, gays e bissexuais, o aumento do risco foi associado ao crescimento percentual do uso de cigarro, uso abusivo/dependência de álcool se comparados aos seus pares heterossexuais. Entre 20% a 30% de gays e pessoas trans, identifica-se o abuso de substâncias comparado a 9% da população geral. Em homens gays, bissexuais e homens trans esse aumento foi associado ao aumento de ISTs por práticas sexuais não seguras (Ceres et al, 2018).

Considerando gays, mulheres lésbicas e bissexuais, têm-se aumento do risco de desenvolver transtornos alimentares associados a pobre imagem corporal e depressão. O estudo observou a associação entre risco aumentado de câncer de mama, ovário e colo uterino em mulheres lésbicas. Fatores de risco identificados foram excesso de peso, uso e abuso de álcool e tabaco e nuliparidade (Ceres et al, 2018).

No que diz respeito aos procedimentos de rastreamento, homens trans têm preferência pelo autoexame em detrimento do rastreamento realizado por profissionais. Isso devido ao medo da discriminação e experiências negativas já passadas em contextos de saúde que também levam pessoas trans a adiarem cuidados médicos. Linguagem abusiva/severa, excesso de precauções e abuso/asperidade física são algumas experiências mencionadas (Ceres et al, 2018).

Os autores ratificam que revelar orientação sexual e identidade de gênero pode levar a uma melhor relação entre profissional e paciente, a uma perspectiva mais integral do paciente e, conseqüentemente, a um rastreamento mais ativo e individualizado; mencionam que a falta de sensibilidade cultural no sistema de saúde representa barreira na busca por cuidados, todavia, as melhores práticas em saúde incluem: a) coleta de dados sobre orientação sexual e identidade de gênero; b) treinamento dos profissionais em competência cultural para cuidados com pessoas LGBTQs; c) desenvolvimento e uso de diretrizes sob medida para rastreamento de câncer nessa população (Ceres et al, 2018).

Schabath e colaboradores (2018) realizaram um inquérito nacional com oncologistas para identificar potenciais lacunas em termos de atitudes,

conhecimentos e práticas institucionais relativamente a pacientes LGBTQ e o desejo de formação e educação futuras. O estudo ratifica o aumento do risco para desenvolver câncer na população LGBTQ associado ao maior envolvimento com comportamentos de risco como fumar, usar abusivamente álcool, nuliparidade, obesidade, pouca atividade física; pontua também a menor probabilidade de rastreio e detecção do câncer, menor satisfação com o tratamento, aumento da percepção de discriminação nos contextos de saúde, altas taxas de estresse, menor cobertura de seguros (Schabath et al, 2018).

Em linhas gerais, quando se tratavam de LGB, os profissionais relataram mais confiança em seus conhecimentos e tratamento se comparados com suas respostas quando se tratavam de pessoas trans. 70,4% mostraram-se interessados na educação das necessidades específicas de saúde LGBT, 34,3% disseram não importar conhecer orientação sexual e 15,5% o mesmo para identidade de gênero. Acerca dos formulários de admissão perguntarem sobre orientação sexual, sexo de nascimento e identidade de gênero, os participantes responderam que, respetivamente, 63,1%, 54,4% e 55% não perguntavam sobre. No pós inquérito, percebeu-se diminuição da confiança relatada nos conhecimentos e tratamentos com LGBT. Os autores pontuaram a importância da sensibilidade cultural, a criação de ambientes inclusivos e acolhedores (Schabath et al, 2018).

3 COMPETÊNCIAS CULTURAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA MSG

Estudos nacionais e internacionais reconhecem a problemática das especificidades inerentes às demandas de saúde das MSG advindos dos riscos adicionais e agravamentos que lhes acometem e da base cultural heteronormativa, cisgênera e binária que fazem operar mecanismos de opressão, discriminação e negligências no campo da saúde.

Considera-se que a lacuna na formação de profissionais de saúde para atuarem com competência cultural nas necessidades específicas que essa população apresenta em níveis biológicos, psicológicos e sociais estão na base de serviços e atenção à saúde discriminatórias

Tem-se empreendido tentativas de avaliar o impacto da ausência de competências culturais nos profissionais de saúde, bem como para efetivar a implementação dessas e avaliar seu impacto nos serviços de saúde em todos os

níveis. Os estudos não utilizam o conceito de “competência cultural” de modo homogêneo, lançando mão de outros termos ao avaliar o fenômeno dos conhecimentos, habilidades e atitudes nos serviços de saúde para produzir o cuidado efetivo e intercultural para a população de MSG. Porém, de modo comum, trazem discussões acerca dessas dimensões e das lacunas na formação profissional que são importantes para desenhar um entendimento sobre os impactos de um serviço comprometido ou não com o cuidado culturalmente competente para essa população.

Destarte, é importante delimitar uma base conceitual para o construto de “competência” para prosseguir no desenvolvimento das explicações que se deterão a partir de agora a focar no construto derivado “competência cultural” dentro do campo da saúde referindo-se especificamente a um público, a saber: as minorias sexuais e de gênero ou mais comumente conhecida, população LGBTQIA+.

A Organização Internacional do Trabalho (2002) define competência como a:

Capacidade de articular e mobilizar condições intelectuais e emocionais em termos de **conhecimentos, habilidades, atitudes** e práticas, necessários para o desempenho de uma determinada função ou atividade, de maneira eficiente, eficaz e criativa, conforme a natureza do trabalho. Capacidade produtiva de um indivíduo que se define e mede em termos de desempenho real e demonstrado em determinado contexto de trabalho e que resulta não apenas da instrução, mas em grande medida, da experiência em situações concretas de exercício ocupacional. (OIT, 2002, p. 22) (grifos meus)

Nesta definição, há um destrinchamento do construto geral em elementos constitutivos que precisam ser compreendidos e empreendidos de modo articulado: conhecimento - habilidade - atitude.

Conhecimento é a dimensão do *saber*, um conjunto de informações estruturadas que uma pessoa tem e que pode estar a serviço da ação e causar impacto na situação social e em si mesma. Habilidade é a dimensão do *saber-fazer* e refere-se à prática do conhecimento, seu uso para alcançar objetivos. Atitude é a dimensão do *querer-fazer*, que para a proposta central deste projeto é conceito-chave, pois refere-se a predisposição que coloca em ação os conhecimentos e habilidades (ENAP, 2021). A atitude é a dimensão afetiva e ética da competência, pois a partir do julgamento pessoal das situações é que se mobiliza o arcabouço teórico-prático possível e necessário.

Dentro do contexto temático que se insere este trabalho, de nada, portanto, basta saber sobre os aspectos socioculturais que influem na produção de saúde-doença de MSG se não há por parte dos profissionais e serviços disposição ética e afetiva para compor um trabalho em saúde que seja inclusivo e afirmador da vida, que envolve acolhimento, respeito, compreensão integral do usuário de saúde, escuta, esforço para resolubilidade (Ceccim; Capazzolo, 2006).

É a partir deste entendimento que este trabalho toma para sua construção e proposta o construto de “competência cultural” como um dispositivo pelo qual é possível a transformação dos modos de aprender e fazer saúde. Feitas as contribuições basilares é possível prosseguir para esmiuçamento conceitual de competência cultural.

3.1 Competência cultural: conceituações articuladas ao campo da saúde

A competência cultural em saúde pode ser caracterizada como a capacidade do profissional de produzir um cuidado efetivo para pessoas e populações (neste contexto, populações politicamente minoritárias, socialmente vulneráveis) entendendo as questões culturais que operam no seus processos de subjetivação e de produção de saúde e adoecimento. É a habilidade de reconhecer as diferenças e demandas específicas que surgem dentro de um contexto geográfico, histórico e social e modificar sua prática assistencial de uma pretensa universalidade, neutralidade e igualdade para uma prática culturalizada, implicada e visando a equidade (Gouveia; Silva; Pessoa, 2019).

Cross e colaboradores (1989) para discutir competência cultural decompõem o termo. Definem cultura como padrões integrados de comportamento humano que incluem bens, comunicações, ações, costumes, crenças, valores e instituições de raça, etnia, religião, grupo social; e competência como o “funcionar efetivamente”.

Para explicitar os possíveis modos de respostas às diferenças culturais, os autores propõem o “continuum da competência cultural” no qual traça-se de um extremo a outro o processo de tornar-se culturalmente competente. O “continuum” é formado pelas experiências de: destrutividade cultural - incapacidade cultural - cegueira cultural - pré-competência cultural - competência cultural - proficiência cultural (Cross et al, 1989).

A destrutividade cultural, na soma entre intolerância e poder, pode se expressar como genocídio, epistemicídio, ação voluntária e intencional de aniquilação e apagamento cultural de população minoritárias (Cross et al, 1989).

Incapacidade cultural se refere a falta de capacidade de ajudar, alimentada por ideias de superioridade, posturas paternalistas, desvalorização, subalternização do outro culturalmente diverso (Cross et al, 1989).

A cegueira cultural é compreendida como um ponto neutro no processo. Profissionais que se localizam nesse ponto do “continuum” alegam a condição de igualdade para todos e reproduzem abordagens universalizantes, desatentos que estão aos recursos e necessidades específicas da comunidade/grupo/indivíduo (Cross et al, 1989).

Pré-competência cultural implica movimento, percepção das fraquezas, tentativas de melhorar os serviços específicos; aqui há o desejo de ofertar um serviço de qualidade comprometido com os direitos humanos; em caso de falhas nas tentativas de melhorias, pode haver estagnação. Nesse ponto do processo, os autores chamam atenção para a possibilidade de haver tokenismo³ (Cross et al, 1989).

Na competência cultural temos a aceitação e respeito às diferenças; expansão contínua dos recursos e saberes culturais; adaptação dos serviços às necessidades das populações minoritárias; comprometimento com políticas para minorias. Por fim, na proficiência cultural há alta estima pela cultura, o desenvolvimento constante e o aprimoramento contínuo (Cross et al, 1989).

Um profissional culturalmente competente é capaz de questionar e reconhecer o “projeto de felicidade” do indivíduo/população a quem está prestando serviço, ou seja, qual a concepção de vida bem-sucedida orienta as existências dos usuários que pode ou não comungar com suas próprias. Esse é capaz de reconhecer e compreender que outras cosmologias, epistemologias guiam as ideias e modos de fazer saúde que podem ou não divergir, em maior ou menor grau, do paradigma médico, moderno, positivista e ocidental que geralmente está na base dos cuidados nos serviços de saúde; a perspectiva formativa de uma assistência culturalmente competente não é etnocêntrica e sim inspirada pela ética da alteridade que proporciona o contato intercultural.

³ Termo que surge dentro de lutas antirracistas para designar a inclusão simbólica e superficial de sujeitos de minorias políticas criando uma falsa sensação de diversidade e integração.

No campo da saúde, o contato intercultural pressupõe trocas de saberes e fazeres que se alinham ou se rejeitam numa dinâmica que precisa ser incentivada e respeitada para que não haja partes sobrepujadas e nem negligências quanto às possibilidades de cuidados em saúde. Isso significa que na dinâmica de valorização das culturas, as interações profissional-paciente são mediadas pelos valores, ideias, ritos, procedimentos, linguagens, sentidos e significados que se anulam, neutralizam ou se multiplicam e abrem caminhos para um cuidado que se produz em trabalho criativo. Essa interação, ao contrário do que pode parecer, não põe em risco os saberes de nenhuma das partes, mas transformam-se e fortalecem-se mutuamente no intercâmbio do diálogo (Junqueira, 2020).

A competência cultural aprimora a comunicação, a escuta e flexibiliza as práticas de cuidado; permite ao profissional migrar de uma abordagem biomédica para a sensibilidade cultural interessada em compreender a diferença, os significados, os valores, os sentidos. Envolve respeito, responsabilidade, aceitação da diferença e a não-presunção sobre as pessoas e situações. Aqui jaz um dos grandes desafios, de ordem pessoal, na implementação e promoção de uma assistência culturalmente competente: reconhecer, dialogar, aprender, envolver-se e deixar-se ser afetado por outra cultura. Exige autoconsciência, autocrítica e disposição em identificar os preconceitos subjacentes à sua subjetividade que transbordam em uma prática profissional discriminatória, autocentrada, insensível e, em última instância, violenta; e a coragem de transformar essa prática em uma assistência inclusiva e integradora. (Martínez; Martínez; Calzado, 2006; Stubbe, 2020).

Fleury e Abdo (2019) discutem que competência cultural envolve 3 dimensões: autoconsciência, conhecimento e habilidade e que o fortalecimento dessa competência proporciona um espaço de cuidado aberto e flexível e o profissional torna-se capaz de adaptar-se e adquirir novos conhecimentos. As autoras colocam competência cultural como oposição à “opressão cultural” referindo-se às práticas discriminatórias que adicionam às minorias cargas outras de sofrimento e agravamento de doenças (Fleury; Abdo, 2019).

Purnell (2008) explana uma série de efeitos que a competência cultural pode gerar em práticas de cuidado à saúde: melhorias da satisfação dos clientes; diminuição das desigualdades e complicações nos tratamentos de saúde; coparticipação; melhores oportunidades de promoção de saúde e bem-estar;

prevenção de doenças e injúrias; manutenção e restauração da saúde; entrega de um cuidado congruente com as crenças e práticas do clientes. O autor traz a dimensão da “autopercepção” como necessária aos profissionais para avaliarem como se comunicam com seus clientes, pois isso denota sua própria cultura, crença, evidencia estilos de comunicação, bem como a importância de notar os impactos disso no cliente e nos colegas de trabalho também culturalmente diversos. A “autoconsciência” é possível a partir de um exercício de “autoexploração”, da atitude de investigar a si mesmo, identificar os preconceitos que são erigidos em sua subjetividade cuja nascente é seu berço cultural, isso implica se entender como um ser cultural e não acultural, universal, neutro. Isso põe o profissional na horizontalidade do cuidado em que a interação profissional-cliente é interação intercultural. Purnell afirma que a cultura é poderosa influência, majoritariamente inconsciente, dos processos saúde-doença.

Fahlberg, Foronda e Baptiste (2017) trazem outras dimensões para a competência cultural: a) consciência cultural; b) conhecimento cultural; c) habilidade cultural; d) encontros culturais; e) desejo cultural. Definem competência cultural como um conjunto de conhecimentos e habilidades adquiridas e aprimoradas e a coloca em diálogo com o conceito de “humildade cultural”, este sendo o desejo de estabelecer aliança, a atitude aberta para a troca cultural e o despojamento de atitudes e desejos de superioridade. A humildade cultural é possível a partir de: a) processo de abertura; b) consciência própria; c) ausência de ego; d) incorporação da autorreflexão e crítica.

Já em 1998, Tervalon e Murray-García também discutiam as diferenças entre competência e humildade cultural. A humildade cultural é o processo de autorreflexão, autocrítica e aprendizagem contínuas; a comunicação torna-se menos controladora e autoritária; dispensa a falsa seguridade dos estereótipos; identifica padrões intencionais e não-intencionais de discriminação, isso tudo para corrigir as desigualdades de poder entre profissional e paciente. Na mesma esteira, Foronda (2020) enxerga que a chave para a humildade cultural é a flexibilidade, entendida como uma mentalidade aberta para abraçar os conflitos de modo positivo para voltar às necessidades humanas básicas: conexão, interação, a partilha de objetivos e visões comuns. A autora pontua alguns resultados positivos advindo da humildade cultural: melhora na comunicação, satisfação, empoderamento, cuidado otimizado,

saúde e bem-estar. E ainda o achatamento das hierarquias, valoração de todos os tipos de humanos e flexibilidade (Foronda, 2020).

Nas reflexões acerca das diferenças entre humildade cultural e competência cultural, Bersani e colaboradores (2022), entendendo cultura como processo aberto, em fluxo e reconstrução, apontam alguns perigos quando a competência cultural é tomada como simples aquisição de conhecimento e habilidade, em que pode ser promovida através de treinamentos e capacitações, pois pode cair na perspectiva rígida e estereotipada de cultura. Ao discutir humildade cultural, declaram que esta não é possível de se avaliar quantitativamente, pois pertencem ao campo do subjetivo, de um movimento pessoal de autoconsciência e autocrítica embasadas no questionamento “A qual cultura pertenço e às quais percepções culturais pertenço?”. A humildade fala diretamente às relações de poder.

Em 2009, Kumagai e Lybson já teciam críticas e afirmavam que competência cultural não pode ser preenchimento de habilidades, mas de um posicionamento crítico diante dos problemas da sociedade. Os autores retomam o conceito de “competência” como um estado/qualidade de ser adequado/qualificado/possuidor de certos requisitos, conhecimentos e habilidades numa área particular e continuam debatendo, inspirados por Paulo Freire, que competência cultural não é requisito estático, checks em listas e ou gabaritar em conhecimentos, habilidades e atitudes e sim um refinamento contínuo da consciência crítica, visando justiça social, discursos engajados, resoluções colaborativas de problemas e “re- humanização” das relações humanas (Kumagai; Lybson, 2009).

Alpert e colaboradores (2020) focam na humildade cultural como foco dos treinamentos, em vez de desenvolver competências culturais, por partir da mesma problemática já discutida aqui sobre a avaliação de competências como a capacidade de alguém ser competente nas experiências de outras culturas, denotando o conceito estático de cultura. Os autores discutem que diante das avaliações de programas de treinamentos em humildade/competência cultural, as respostas provindas dos participantes, geralmente no preenchimento de escalas, após treinamentos que apontavam para uma suposta melhoria das competências e humildade cultural não necessariamente estariam, de fato, associados a mudanças de comportamento e um interesse no cuidado centrado no paciente MSG e que as mudanças de atitude poderiam ser suscitada por um elevado grau de deseabilidade social. A confiabilidade dessas mudanças só poderiam ser medidas a partir da

avaliação dos próprios pacientes de minorias sexuais e de gênero que fossem assistidos pelos profissionais antes e depois (ou com grupos de controle: pacientes atendidos com profissionais treinados e não treinados) do treinamento para avaliar se houve realmente mudanças de atitudes (Alpert et.al., 2020). Ainda assim, ao propor modelos de avaliações, os autores não conseguem fugir da necessidade de avaliar outros aspectos referentes à equidade na assistência à saúde de minorias sexuais e gênero, a saber: aspectos organizacionais, estruturais e políticos.

Embora autores (Kumagai; Lybson, 2009; Alpert et.al., 2020; Bersani et. al., 2022) façam distinções acerca dos construtos “humildade cultural” e outros como “segurança cultural”, “sensibilidade cultural”, “competência estrutural”, “competência intercultural” como alternativas à competência cultural (Müller, Lima; Ortega, 2023), o autor deste trabalho não acredita que as divergências conceituais sejam significativas a ponto de galgar novas terminologias e acredita que essas variações antes de serem alternativas, são complementares e/ou conceitos inerentes à competência cultural e que servem mais para enfatizar determinado momento do processo de desenvolvimento de competência cultural que mesmo para se lançarem como caminho alternativo. Por exemplo, criar humildade cultural pode ser tomado como passo fundamental para todo o desenrolar da competência cultural, esta não sendo possível sem uma atitude de abertura (humildade) para a diferença cultural que se apresenta. Competência estrutural, por sua vez, que se refere ao entendimento do profissional das questões estruturais (econômicas, sociais, políticas) que perpassam as vivências pessoais, é componente indispensável da competência cultural que não pode se desenvolver sem compreender macrodeterminantes de saúde e sem o engajamento político pela defesa de direitos.

Sendo assim, apostamos no uso dessa terminologia - competência cultural - como construto que engloba desde o desenvolvimento afetivo (abertura, desejo, estima, respeito e apoio à diversidade cultural) até a sistematização de conhecimentos teóricos, práticos, organizacionais e políticos que embasam um serviço de saúde que atenda às necessidades específicas das populações culturalmente diversas e se dá em continuum por meio de constantes auto avaliações críticas para se construir autoconsciência.

3.2 Competências culturais na formação profissional para atuação com população MSG: ausência, fomento e impactos

Em “Competência Cultural e Atenção à Saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT)”, Costa e colaboradores (2017) analisam, a partir de uma revisão integrativa de literatura, a competência cultural de profissionais de saúde em relação à população LGBT e concluem que as falhas na assistência são devido à falta de informações e experiência de profissionais. Há uma fragilidade no desenvolvimento da competência cultural desses profissionais e afirmam:

O desenvolvimento da competência cultural na atenção à saúde da população LGBT pode proporcionar a redução das barreiras de interação entre os usuários e os profissionais de saúde, visto que, ela leva em consideração as distintas experiências da população e reconhece suas diferenças. Esta interação impactaria na qualidade da atenção que é prestada, melhorando o acesso e a qualidade dos serviços oferecidos e ajudaria na implementação das políticas públicas de saúde (COSTA, et al., 2017, p. 108)

Os autores problematizam como a heteronormatividade está incorporada nos modos de cuidado em saúde desde “formulários de admissão, banheiros específicos de gênero, cartazes e panfletos e todas as interações que um indivíduo tem durante sua visita” (p. 113) e tensionam a necessidade dos profissionais descolarem-se dessas tecnologias de saúde e abrirem oportunidade para os usuários se expressarem-se de outra forma, como também foi discutido anteriormente em Ferreira, Pedrosa e Nascimento (2018).

Fernandes (2017) reconhece que essa necessidade e sistematiza sua experiência em “Educação popular em saúde LGBTT: um diálogo da sociedade civil com os Postos de Saúde em Goiânia”. (Fernandes, 2017)

Após problematizar sobre o acesso da população LGBT ao serviço de saúde, a autora descreve sua experiência em um posto de saúde de Goiânia. Na ocasião da Semana de Saúde LGBTT que ocorria na semana da XXI Parada do Orgulho LGBTT, em 2016, a autora implementou na rotina do posto minicursos com o intuito de sensibilizar e capacitar gestores e profissionais de saúde para uma atuação mais qualificada com a população LGBTT, com enfoque na população de travestis e transexuais (Fernandes, 2017).

Esses minicursos, segundo a autora, eram encontros na perspectiva da educação popular em saúde, além de se configurarem como espaços de discussões

acerca dos princípios do SUS, de leituras de documentos como a Carta dos Usuários, de distribuição de folders e cartilhas. Esses foram também, espaços de convivência e troca entre os profissionais dos postos e ativistas LGBTT que se faziam presentes nesses encontros afim de discutirem sobre especificidades de saúde e temas transversais como violência e discriminação (Fernandes, 2017)

A autora afirma a necessidade de qualificar as relações entre usuários e profissionais de saúde para qualificar a atenção à saúde.

Mas sobre a qualidade do relacionamento estabelecido entre usuários e profissionais de saúde foi o foco de todo o trabalho em todos os postos de saúde; as relações do usuário LGBT e o profissional de saúde é o desafiador para a reorganização dos serviços de saúde pública (FERNANDES, 2017, p. 34).

Qualificar e potencializar as relações entre usuários e profissionais de saúde é tema de discussão também em Ferreira, Pedrosa e Nascimento (2018) que falam de tecnologias leves:

Assim, o usuário LGBT pode sofrer discriminações e estigmatizações, traduzidas em barreiras no acesso aos serviços de saúde, que podem influenciar na procura por atendimentos de serviços clandestinos, os quais, pela precariedade de forma generalizada, podem oferecer risco e, sobretudo, elevar os padrões de vulnerabilidade, fatos que sinalizam a importância de aumentar o uso de tecnologias leves na saúde LGBT, sem desconsiderar as demais” (p. 3)

O conceito de Tecnologias Leves está associado ao que Franco e Merhy (2012) chamam de “trabalho vivo”. O “trabalho vivo” é o trabalho produzido na relação entre profissionais e usuários. A micropolítica desse trabalho se dá a partir de um alto grau de liberdade que o profissional de saúde tem para estabelecer vínculo, para acolher, para reconhecer no usuário sua alteridade, seus desejos, seus planos e juntos com eles produzir o trabalho em saúde. A potencialização das tecnologias leves é responsável por mudanças estruturais no modo como o cuidado em saúde é produzido (Franco; Merhy, 2012).

Belém e colaboradores (2018) associam as fragilidades de ofertar assistência à população LGBT às falhas nos processos formativos dos profissionais.

Os profissionais relataram dificuldades em abordar aspectos relativos à saúde dessa população em decorrência de lacunas na formação profissional [...] capacitações foram apontadas como essenciais para qualificar o atendimento ao público LGBT (Belém et al, 2018, p. 7).

Retomando Costa e colaboradores (2017) que também discutem que o desenvolvimento do conhecimento e da competência de atuação com a população LGBT pelos profissionais de saúde tem impactos diretos na qualidade da assistência a ser prestada, e, como afirmam “Na redução das barreiras de interação entre os usuários e os profissionais de saúde [...] melhorando o acesso e a qualidade dos serviços oferecidos e ajudaria na implementação das políticas públicas de saúde” (Costa et al, 2017, p. 108).

Popadiuk, Oliveira e Signorelli (2017) apontam algumas estratégias de educação permanente para os profissionais e de educação popular, desde cartazes informativos, campanhas de visibilidades até cursos sobre a PNSILGBT e publicações de livros e cartilhas. (Popadiuk; Oliveira; Signorelli, 2017) Já Cabral e colaboradores (2017) salientam que nas formações acadêmicas é importante que processos de ensino se afastem dos protocolos heteronormativos (CABRAL et al, 2017). A mudança desses protocolos para que se tornem mais inclusivo também é comentado por Ferreira, Pedrosa e Nascimento (2018) que reconhecem a necessidade de “construção de um novo paradigma ensino-saúde em que contemple uma formação acadêmica capaz de discutir a sexualidade como questão atinente do agir em saúde” (Ferreira; Pedrosa; Nascimento, 2018, p. 4).

Embora reconheçamos a pertinência de se colocar em pauta nas formações o tema da diversidade de gênero e sexual, assim como Guimarães et al (2017) vamos repensar essa formação para além de mero processo de repasse de conteúdos cognitivos sendo necessário um tipo de processo que sensibilize os profissionais. É reconhecido que apenas saber não basta. Discutem.

O sujeito não reconhece em si mesmo os elementos do preconceito, nem suas ações discriminatórias, assim como não demonstram nenhuma sensibilidade para percebê-la no mundo a sua volta. [...] Isso aponta para a necessidade de se pensar metodologias formadoras, que não sejam apenas expositivas, de conteúdo cognitivo, mas que utilizem processos ativos, onde os valores, crenças, emoções e perspectivas possam ser expostas e problematizadas (Guimarães et al, 2017, p. 131).

E continuam tensionando esse processo formativo ao notarem que “do ponto de vista da capacitação, por exemplo, ou elas não estão existindo ou se existem não têm sido capazes de sensibilizar [...] para a importância de políticas como essa [PNSILGBT]” (Guimarães et al, 2017, p. 133).

Felsenstein (2018) corrobora que a falta de competência cultural é parte responsável pelos maus resultados em saúde da população LGBT, que a lacuna no

conhecimento somada à atitudes negativas estão associados a uma experiência negativa de cuidado. No seu estudo, descreve um projeto cujo objetivo foi melhorar a qualidade do cuidado ao paciente LGBT no contexto clínico por meio da implementação de 3 competências culturais: 1) criação de um ambiente acolhedor; 2) facilitação da divulgação de orientação sexual e de gênero; 3) incorporação de informações sobre cuidados com a população LGBT para funcionários novatos e veteranos (Felsenstein, 2018).

Do processo participaram 10 funcionários e o diretor da clínica que recebeu as intervenções planejadas em cima das necessidades da equipe da clínica que foram avaliadas a partir de 3 questionamentos: 1) quais tópicos sobre saúde/cultura LGBT seriam úteis?; 2) Há alguma questão específica que gostaria de abordar nos módulos educacionais?; 3) Que tipos de recursos seriam úteis para a promoção dos cuidados?

As intervenções foram: a) a criação de um ambiente que sinalizasse que a clínica era uma aliada da população LGBT através de cartaz com símbolo LGBT e declaração de não discriminação; b) a reestruturação dos formulários de admissão para conter campos em que o paciente pudesse se auto identificar em sua orientação sexual e identidade de gênero; c) módulo educacional virtual e painel de discussões com especialistas feito de modo presencial, mas gravado para servir de material educativo para futuras ações educativas com funcionários novatos e veteranos (Felsenstein, 2018).

Os resultados das intervenções demonstraram que os funcionários pontuaram se sentirem mais preparados para os cuidados com pessoas LGBTs e houve aumento da pontuação do pré-teste ao pós-teste. A autora comenta que para enfrentar o desafio do preconceito dos funcionários foi preciso discutir humildade cultural para gerar autorreflexão sobre pensamentos e preconceitos e que houve resistências no início do projeto (Felsenstein, 2018).

Ufomata e colaboradores (2020) descrevem a implementação de um currículo para fazer parte do programa de residência em ambulatório na University of Pittsburgh Medical Center que desenvolvido em módulos educacionais para médicos residentes e docentes preceptores sobre cuidados primários à saúde da população LGBT cujo objetivo era capacitar os participantes para: 1) definir orientação sexual, identidade de gênero, expressão de gênero, estresse de minorias; 2) identificar pelo menos 3 fatores de riscos que estão na base das disparidades de saúde entre

LGBTs e seus contextos socioculturais; 3) descrever a afirmação de gênero e os cuidados afirmativos de gênero; 4) identificar recomendações e de cuidados preventivos de HSH, MSM acerca do câncer, HIV, HPV e Hepatites (Ufomata et. al., 2020).

O desenvolvimento e implementação do currículo se deu em formato de conferências pré-clínica divididas em 4 módulos: 1) compreensão das questões LGBTs; 2) Competência Cultural, realização de um histórico e exame físico sensíveis; 3) promoção de saúde, prevenção de doenças; 4) saúde mental, violência e saúde reprodutiva. Foi aplicado inquéritos antes e após os módulos e os resultados demonstram melhora nas estatísticas no conhecimento geral, melhoria da confiança na maioria dos tópicos de saúde LGBT; a maioria dos residentes e docentes (84%) referiu que o currículo aumentou a sua concetualização das barreiras que LGBTs enfrentam quando obtêm cuidados de saúde; sobre o módulo que mais consideraram impactante do currículo, a ligeira maioria de docentes e discentes escolheu o módulo “promoção da saúde e prevenção da doença” e o módulo que se tratava de saúde mental foi considerado o menos impactante. Por mais que os autores reconheçam que os resultados da intervenção não são generalizáveis, julgam que a concepção dos módulos possam ser adaptadas às especificidades locais (Ufomata et. al., 2020).

Furness e colaboradores (2020) descrevem resultados de uma iniciativa de melhoria da qualidade para aumentar a capacidade dos centros primários de saúde em prestar cuidados culturalmente afirmativos para LGBTs. A iniciativa consistia em intervenções distribuídas ao longo de 1 ano com foco em rastreamento de ISTs e HIV e tinham os seguintes objetivos: a) criar ambientes favoráveis às pessoas LGBT para garantir a inclusão e a segurança; b) melhorar a coleta, a captação e a comunicação dos dados sobre orientação sexual e identidade de gênero nos prontuários eletrônicos; (3) melhorar a recolha, a captação e a comunicação de histórias de saúde sexual com base no risco de doentes LGBT para determinar a necessidade, a frequência e os locais anatômicos para os testes de IST e HIV e; d) aumentar a percentagem de LGBTs que recebem o rastreamento adequado de ISTs e HIV (Furness, 2020).

O estudo de Furness (2020) demonstrou relatos de melhorias na formação, práticas, políticas e sistemas de afirmação cultural LGBT; modificação dos prontuários eletrônicos para coletar dados de orientação sexual e de gênero,

formação de novos funcionários, aumento de pessoas LGBTQs na equipe de funcionários. Reconheceu-se a necessidade de mais tempo para desenvolver a humildade cultural entre os médicos antes do rastreio. Outros centros concordaram que a criação de um ambiente clínico mais culturalmente afirmativo através da formação do pessoal em termos, conceitos e disparidades de saúde LGBTQ ajudou-os a recolher com sucesso dados de orientação sexual e identidade de gênero e a fornecer rastreio de saúde sexual com base no risco (FURNESS, 2020).

Prasad e colaboradores (2023) avaliam o impacto educacional de uma sessão de aprendizagem ativa baseada em estudo de caso voltada para melhorar competência cultural de MSG em contexto interprofissional. Participaram 180 estudantes de 7 faculdades e 16 programas profissionais; 111 responderam pré e pós-inquérito; 44,2% estava no 1º ano de estudo e 42,3% no 2º ano; 25,23% não tiveram treinamento voltado para saúde MSG, 21,62% dos participantes receberam menos 1 hora de formação no currículo do programa, 26,13% tiveram 1 a 2 horas dedicadas à formação em cuidados de saúde MSG, 9,91% dos participantes completaram 3 a 4 horas de formação prévia e 17,12% tiveram mais 5 horas. Após intervenção, relata-se aumento da percepção da importância de receber educação sobre cuidados primários à população MSG, implementação de cuidados e procedimentos em gênero neutro nas práticas clínicas; reconhecimento da importância da autorreflexão; melhoria na confiança dos conhecimentos e habilidades para criar um ambiente seguro e inclusivo. Os autores assinalam que apenas 1 hora de atividade teve significativo efeito no entendimento das questões MSG e sinalizam para a necessidade de aumentar as oportunidades de treinamentos para promover colaboração interprofissional e cuidados padronizados para grupos vulneráveis como a referida população MSG (Prasad *et. al.*, 2023).

3.3 Sobre a necessária formação profissional

As referidas evidências acerca do fomento de programas e ações que desenvolvam competência cultural para atuação com MSG informa a possibilidade de transformação e a diversidade de modos com os quais é possível desenvolver competências culturais.

É importante, no entanto, retomar alguns posicionamentos críticos acerca das ações formativas que buscam desenvolver competências culturais. Relevo, portanto, as críticas de Guimarães e colaboradores (2017) e Kumagai & Lyson

(2009), já referidos neste estudo, para reforçar que os processos formativos em saúde precisam transcender à mera transferência de conteúdos cognitivos (Guimarães e col., 2017) a fim de evitar que a cultura seja tomada como objeto estático a ser apreendido (Kumagai & Lypson, 2009), para assim podermos criar processos formativos que desenvolvam competências culturais desde seus aspectos mais profundos - colocando em questão os valores, crenças, emoções dos profissionais - até seus aspectos mais práticos - relativos ao produzir uma assistência não-discriminatória, acolhedora e capaz de referenciar e contrarreferenciar os sujeitos na rede de saúde. Estes não podem se desenvolver e se operar efetivamente sem antes ter se criado nos profissionais autoconsciência crítica e abertura à diferença, posicionando-os como atores políticos corresponsáveis pela operacionalização dos princípios de universalidade, integralidade e equidade que orientam o Sistema Único de Saúde brasileiro.

A premissa que movimenta este trabalho é o radical reconhecimento de que só é possível fazer saúde como prática de justiça social se embasado em uma formação profissional que considere os afetos como principal motor. Não existe neutralidade nas práticas de assistência à saúde!

Como desenvolver competência cultural - conhecimentos, habilidades e atitudes - dos participantes da pesquisa sustentados pelos posicionamentos críticos já tecidos neste trabalho de que não há como promover competência cultural apenas pelo viés cognitivo é questão que acompanhará o processo dessa pesquisa.

4 OBJETIVO

Propor uma Matriz de Competências Culturais em saúde para atuação com Minorias Sexuais e de Gênero (MSG)

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Na pesquisa em questão, diante da proposta de construir-validar uma matriz de competências culturais para atuação em saúde com MSG, portanto, um instrumento direcionado para determinado público (profissionais de saúde) com potencial impacto em outro (pessoas LGBTQIA+), é que se fez necessário operar com os pressupostos de uma pesquisa participante.

Compreendida como processo que se direciona pelo compromisso histórico com as demandas de grupos e comunidades populares (Faerman, 2014) a pesquisa participante infere e promove a participação dos sujeitos sociais pesquisados como coprodutores de conhecimento, estabelecendo uma relação de horizontalidade entre quem pesquisa e quem é pesquisado, este não sendo estabelecido apenas como mera fonte de informação a ser explorada, mas que em relação com o pesquisador, trava reflexões e ações que visam responder às necessidades da realidade dos sujeitos e comunidades (Faerman, 2014; Brandão; Borges, 2007).

Ao entender a opressão histórica contra alguns grupos, a pesquisa participante surge como possibilidade de abrir espaço aos sujeitos e comunidades que, nas relações capitalistas, são oprimidas, marginalizadas e criam resistências para garantir a sobrevivência de suas existências. É na pesquisa participante que se efetiva o campo no qual os sujeitos e comunidades não mais são explorados (leia-se “meramente investigados, observados, estudados”), mas convidados a construir outras propostas de ação para a transformação social; é de cunho pedagógico, educacional, visa formação crítica de sujeitos e comunidades; é, por natureza, emancipadora e toda compreensão que dela resulta é para, antes de tudo, servir (Moretti; Adams, 2011).

O esforço da construção de uma pesquisa emancipadora depende do comprometimento do pesquisador que, imerso e consciente de seu posicionamento epistemológico, coerentemente desenha um caminho metodológico que avança no esforço para se chegar a um conteúdo rigorosamente produzido, analisado, interpretado e divulgado (Uchimura; Bosi, 2007).

A pesquisa participante, portanto, pressupõe que o pesquisador seja quem deve compreender e assumir sua posição teórica, epistemológica, social, política e cultural como elemento fundamental no processo de investigar entendendo que nenhuma pesquisa e pesquisador, por mais que se pretendam e se esforcem em ser neutros, não o são e estão em consonância com ideais políticos, visões de mundo e ontologias. É a partir da assunção da identidade cultural (em contraponto à pretensão do “ser universal”) que é possível estranhar o outro, o local, os dilemas, as realidades que não são familiares e perceber as complexas relações que se travam para gerar o que se vê. Sem isso, tudo o quanto o pesquisador consegue indagar, investigar, pesquisar e responder está dentro do seu campo ontológico que só lhe permite enxergar até os limites de suas teorias, sem perceber as nuances ou

as escancaradas diferenças que compõem o mundo (e a ele também) e de não conseguir implicar-se na transformação dos problemas políticos e sociais que permeiam sua realidade por achar que estão demasiadamente distantes ou que não faz parte do seu papel agir para transformar (Freire, 1996).

Define-se, então, para estabelecer o posicionamento epistemológico-metodológico deste artigo, que pesquisa é *práxis*. Práxis, conceito que permeia a obra de Paulo Freire, refere-se à inseparabilidade entre teoria-prática, pensamento-palavra-ação. Implica uma interpretação sobre o mundo que leva ao enunciado sobre ele e então ao agir nele para poder transformá-lo. Mundo transformado, modifica-se a própria interpretação do mundo e segue-se aberto o movimento dialético (Rossato, 2010).

Sendo práxis, o próprio ato de pesquisar, a aplicação procedimental dos métodos, devem ser postos, continuamente, em reflexão, sob o pensamento crítico do pesquisador que entende as nuances e singularidades do pesquisar em contexto vivo, que é o contexto com seres humanos. Práxis, portanto, é consciência do processo. Na práxis da pesquisa, o pesquisador [crítico-consciente] toma os procedimentos técnicos não em sua rigidez protocolar que dobra os humanos a si, mas uma técnica que não sendo neutra é uma forma de produzir informação entre subjetividades e, desse modo, à serviço da fluidez dos movimentos humanos. É essa compreensão e postura que abre a possibilidade de “amolecer” a técnica e fazer da produção do conhecimento científico um trabalho vivo, criativo e artesanal (Freire, 2007; Carnut, 2019).

Posto tal perspectiva, é que optou-se desenhar um caminho metodológico em que fosse possível colocar em contato sujeitos envolvidos no tema gerador, a saber, saúde de MSG, no desafio de validar, via consenso, uma matriz de competências culturais em saúde cujo visão de impacto é a prática e a formação profissional em saúde com a população LGBTQIA+ para que seja inclusiva, não-discriminatória e afirmadora de vida. Elegeu-se, pois, a Técnica de Grupo Nominal (TGN) como o método adequado para se colocar em horizontalidade sujeitos perpassados pelo tema gerador e comprometidos com o enfrentamento das discriminações no campo da saúde para que, reunidos, pudessem validar o conteúdo da referida matriz.

A pesquisa, no entanto, seguiu etapas preliminares à validação descritas a seguir.

5.1 Caminho metodológico

A pesquisa ocorreu em três etapas complementares:

Etapa 1: Realização de revisão integrativa da literatura.

Etapa 2: Construção de Matriz de competências culturais na saúde para atenção à população MSG

Etapa 3: Validação da Matriz através da Técnica de Grupo Nominal com profissionais de saúde, docentes e pessoas LGBTQIA+ usuárias do sistema de saúde.

5.1.1 Revisão integrativa de literatura

A revisão integrativa da literatura é uma construção ampla de análise dos estudos publicados sobre determinado tema uma vez que permite a coadunação de diversos tipos de estudos, de natureza qualitativa e/ou quantitativa, bem como estudos teóricos e empíricos o que confere uma compreensão complexa e abrangente sobre o tema a ser estudado (Mendes; Silveira; Galvão, 2008). Segue, geralmente, etapas definidas para o percurso de elaboração, a saber: 1) formulação da hipótese/questão da pesquisa. Esta etapa fundamental guia o processo de pesquisa uma vez que delimita tema específico, descritores, questão a ser respondida pela revisão, público, metodologias e outras dimensões; 2) A segunda etapa consiste na busca dos estudos publicados sobre a temática. O ideal seria a integração de toda a base de dados referente ao estudo, no entanto, dependendo da temática de pesquisa o estudo poderia se tornar muito amplo e inviável. É a fase que exige, portanto, critérios de inclusão e exclusão bem definidos e comunicados, que delimite uma amostra com a qual o estudo seja sustentável e exequível sem perder de vista a qualidade da amostra; 3) Em seguida, e com amostra já delimitada, parte para a coleta de dados, fase de extração e sumarização das informações-chave que respondam aos objetivos da pesquisa; 4) Na quarta etapa, empreende análise dos estudos, a ser feita de forma detalhada e crítica, identificando as diferenças e semelhanças entre os estudos, compreender as escolhas metodológicas dos autores, os resultados de suas investigações bem como seus alcances e limitações. Esta fase embasa tomada de decisões e mudanças nos conhecimentos práticas já estabelecidos; 5) Na interpretação de dados, o revisor correlaciona conhecimentos teóricos, indica suas conclusões, aponta lacunas e necessidades de pesquisas

futuras; 6) Por fim, a apresentação da revisão traz a síntese de todo o processo anterior, descrevendo o passo a passo da pesquisa para explicitar os vieses e razões do revisor e como isso impacta no resultado final do estudo; se dá através de uma comunicação precisa, sumarizada, acessível, também visual com gráficos, tabelas e outros elementos quando pertinente; é, portanto, a entrega ao campo científico do acúmulo de saber construído durante o processo de revisão (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

A revisão integrativa de literatura realizada para este projeto dá base para se pensar a criação da Matriz de competências culturais em saúde para atuação com população MSG.

5.1.2 Construção da Matriz de competências culturais em saúde para atuação com população MSG

A construção preliminar de uma matriz de competências culturais para atuação com MSG no campo da saúde se deu com base nas informações da revisão integrativa de literatura e nos dados apresentados no escopo teórico deste projeto considerando componente conhecimentos, habilidades e atitudes que profissionais de saúde devem desenvolver para promover um serviço de saúde não discriminatório, inclusivo e culturalmente competente.

A matriz foi composta por *elementos de competência*, divididos em *domínios*, grandes áreas temáticas cujo profissional deverá se desenvolver, subdivididos em seus correspondentes *conhecimentos, habilidades e atitudes*.

Articulo para a construção desta matriz o referido conceito de “elemento de competência” tomando a definição da Organização Internacional do Trabalho que o define como:

Conjunto mínimo de ações ou resultados que podem ser realizados por uma pessoa. Deve ser definido em termos da qualidade a ser alcançada, das evidências de desempenho, do campo de aplicação e dos conhecimentos requeridos. É a descrição de uma realização que deve ser lograda por uma pessoa no âmbito da sua ocupação. Refere-se a uma ação, um comportamento ou um resultado que o trabalhador deve demonstrar (OIT, 2002, p. 24)

A construção de uma matriz de competências sintetiza objetivamente uma proposta de construção de um perfil de trabalhador e trabalho e, por isso, torna-se instrumento que subsidia tanto o campo da formação como o campo da ação profissional ao oferecer referências para implementação de estratégias educativas sugerindo conteúdos a serem desenvolvidos nos processos de ensino-aprendizagem, por consequência, orientando processos avaliativos, bem como guiando de modo propositivo intervenções e tomadas de decisões (Belarmino; Renovato, 2020; Gontijo *et al*, 2013).

A proposta deste projeto em construir e validar uma matriz de competências culturais para atuação com MSG responde às necessidades de diminuir as lacunas já evidenciadas tanto na formação quanto na atuação dos profissionais de saúde na lida com MSG. Contudo, é preciso delimitar que a matriz não visa articular competências de modo estrito para qualquer categoria profissional e nível de atenção dado a dimensão do trabalho e detalhamento das peculiaridades assistenciais (éticas, protocolares e outros) que se estenderiam aos equipamentos, setores e serviços dos profissionais. Sua construção teve o propósito de articular um campo comum de conhecimento e ação em que o trabalhador de saúde será capaz de se desenvolver profissionalmente a fim de promover uma assistência culturalmente competente, ou seja, capaz de articular ao raciocínio clínico comum informações derivadas dos estudos das realidades das MSG e a postura necessária para que o serviço de saúde seja inclusivo, afirmador de vida e não-discriminatório.

5.1.3 Validação da Matriz através da Técnica de Grupo Nominal com profissionais de saúde, professores e usuários da saúde MSG

A validação da Matriz se deu a partir da Técnica de Grupo Nominal (TGN) que reuniu, em ambiente virtual, especialistas, professores, profissionais da saúde e usuários pertencentes às MSG.

A TGN consiste em uma técnica criada, inicialmente, para melhorar a produtividade grupal, gerar e agrupar ideias que balizem a tomada de decisões. Permite o encontro grupal entre diversos atores sociais, o que contribui para a geração de uma grande número de ideias, seu compartilhamento, crítica e avaliação, bem como a ponderação de suas pertinências permitindo a criação de consensos através de um processo estruturado (Delbecq; Van de ven, 1971). A

técnica, também denominada de Painel de Especialistas, serve para reunir julgamentos acerca de um determinado problema (Campos et. al., 2010). A pesquisa se dará em ambiente virtual seguindo o caso de adaptabilidade já desenvolvida (Gusmão et. al., 2024).

A escolha da TGN para validação da Matriz correspondeu à natureza participante da pesquisa ao colocar em horizontalidade os diversos atores sociais envolvidos na temática “saúde de MSG” e visou, não somente propiciar o compartilhamento grupal de ideias acerca do tema e sim, tendo como objetivo último, o consenso grupal acerca da pertinência do conteúdo e estrutura da Matriz desenvolvida pelo autor. Foi pelo crivo dos pares que esta etapa se justificou, devido a importância de uma Matriz democraticamente formulada que compreenda os componentes necessários, sustentáveis e exequíveis para embasar formações e atuações profissionais comprometidas com a assistência em saúde não-discriminatória.

A busca dos participantes se deu através da técnica bola de neve, estratégia pela qual participantes indicam outros possíveis participantes dentro de sua rede de referências (Vinuto, 2014). Não se perdeu o caráter intencional da seleção que teve como critérios de inclusão: 1) Pessoas que fazem parte das Minorias Sexuais e de Gênero usuárias dos serviços de saúde; 2) Docentes e pesquisadores do campo da saúde pública e/ou do campo do gênero e sexualidade; 3) Profissionais de saúde que atuem com Minorias Sexuais e de gênero (pelo menos 1 ano de experiência com população); 4) Público maior de 18 anos; 5) Público com acesso à internet e dispositivos eletrônicos; 6) Aceite de participação voluntária

As etapas para implementar a TGN neste projeto se inspiram em outros modelos (Delbecq; Van de ven, 1971; Jones; Hunter, 1995; Cassiani; Rodrigues, 1996; Belarmino; Renovato, 2020; Olaz; Ortiz, 2021) que previam adaptação a partir das circunstâncias dos estudos:

1. Introdução: integração grupal; explicar o objetivo do grupo; apresentar a matriz desenvolvida; disparar problemática: Como você avalia a matriz desenvolvida?
2. Geração silenciosa de ideias: individualmente, os participantes terão tempo determinado para avaliar e gerar ideias (sugestões, críticas e etc.).
3. Compartilhamento de ideias: em turnos, cada participante expõe suas ideias.

4. Agrupamento de ideias: o facilitador será responsável por agrupar as ideias, se for o caso, por similaridade de conteúdo e exclusão de ideias repetidas.
5. Fundamentação das ideias: os participantes poderão sustentar teoricamente suas ideias.
6. Seleção e votação: democraticamente, os participantes votarão nas ideias que impactarão na estrutura da matriz.
7. Reformulação da matriz
8. Reapresentação da matriz para reavaliação: caso necessário, repete-se o processo.

Posteriormente, o percurso metodológico será retomado a fim de descrever algumas modificações empreendidas nesta pesquisa em cima da TGN, em parte, fundamentadas por algumas contradições epistemológicas que guiam esta pesquisa e o pesquisador, como antes já exposto.

5.1.3 Aspectos éticos da pesquisa

A participação se deu mediante leitura e aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido enviado de forma digital (APÊNDICE A) que o garante o encerramento de sua participação na pesquisa a qualquer momento sem ônus e detalha procedimentos da pesquisa. O aceite do Termo encaminhou o participante para o preenchimento dos dados sociodemográficos (APÊNDICE B). Os dados darão à pesquisa informações sobre o perfil de participantes que participaram da validação da matriz. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará sob o número 7.354.457.

Ainda que por se tratar de tema sensível, o desenho da pesquisa e o modo de participação dos sujeitos pode minimizar os impactos negativos à integridade física, mental e social. Das vulnerabilidades às quais os sujeitos estiveram submetidos foram: 1) desconforto ao tratar do tema diante da possibilidade de suscitar sentimentos desagradáveis; 2) conflitos de opiniões com demais participantes e 3) constrangimento ao posicionar-se sobre o tema.

Ainda que existisse a possibilidade de mínima vulnerabilização, a qualquer momento foi possível ao participante solicitar apoio psicológico e escuta qualificada ao autor da pesquisa que foi responsável por prestar determinado serviço, já que também se encontra devidamente qualificado para atividade por ser profissional de

psicologia em atuação e registrado no seu conselho de classe (Conselho Regional de Psicologia) sob a inscrição 11/14627 ou ser encaminhado, sem ônus, a outro profissional e equipamento de saúde.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados da pesquisa serão apresentados em 3 seções: 1° A apresentação da revisão integrativa de literatura realizada para embasar a construção da Matriz; 2° A descrição do processo de validação da Matriz de Competências Culturais para atuação em saúde com Minorias Sexuais e de Gênero até sua versão final; e 3° Discussões sobre modificações nos procedimentos metodológicos da pesquisa.

6.1 Revisão Integrativa de literatura

A revisão integrativa de literatura que dá base à construção da Matriz foi publicada (SILVA, et. al., 2025) e sua execução se deu entre fevereiro e maio de 2024 com o intuito de responder a seguinte pergunta norteadora: *O que tem sido discutido sobre competência cultural nos serviços de saúde para a população MSG?*. A busca se deu na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e passou por um processo de revisão por pares, 3 outros revisores participaram voluntariamente. A revisão seguiu o esquema ilustrado na Figura 1 seguindo duas buscas avançadas com os descritores em saúde combinados da seguinte maneira: 1) (competência cultural) AND (atenção à saúde) AND (minorias sexuais e de gênero); 2) (competência cultural) AND (serviços de saúde) AND (LGBT). Os critérios de inclusão foram: 1) Artigos; 2) Disponíveis; 3) Nos últimos 5 anos (2019-2024). Mesmo não tendo definido idioma em critério de inclusão ou exclusão, todos os artigos estavam publicados exclusivamente ou também em inglês.

Verificou-se que mesmo após a filtragem “Disponíveis” haviam artigos cujo acesso eram pagos, estes foram excluídos resultando em outra amostra. Após verificar a disponibilidade gratuita dos estudos, haviam artigos cujo títulos e resumos não contemplavam os descritores da busca. Optou-se por mantê-los para seguir para a próxima fase por entender que mesmo não usando termos como “competência cultural” ou equivalentes como “humildade cultural” os estudos

contribuíam com a temática a nível teórico ou prático e outros ainda usavam termos como “cuidado inclusivo” ou “cuidado afirmativo” que no entendimento do autor a diferença terminológica não apontava diferenças conceituais significativas e nem a nível fenomenológico, ou seja, tratava-se do mesmo fenômeno investigado nesta revisão.

Os resultados das duas buscas foram somadas e artigos repetidos também foram critérios de exclusão. Após leitura na íntegra dos artigos, aplicou-se outro critério de exclusão: *Artigo não responde à pergunta norteadora da revisão*, ou seja, houve artigos que não se detinham nas discussões sobre competência cultural nos serviços de saúde para população MSG.

A amostra final que constitui o corpo desta revisão está organizada na TABELA 1 contendo: 1) Título; 2) Autores; 3) Revista; 4) País e 5) Objetivos e separadas por ano distribuídas no período entre 2019 e 2024. Verificou-se também que neste período as publicações se intensificaram no ano de 2020 como ilustra o GRÁFICO 1 levando em consideração a amostra final dos artigos, o que resultou também no total de 0 estudos para os anos de 2023 e 2024. O GRÁFICO 2, apresenta a distribuição dos estudos em seus países de filiação dos autores e revela que os Estados Unidos da América é o país do qual saem o maior número de contribuições para a temática em questão.

Como decidiu-se incluir os artigos cujo títulos e resumos não continham os termos “competência cultural” analisou-se que a amostra final, mesmo apresentando terminologias diferentes contribuíam para fortalecer a nível teórico e prático para o entendimento da temática e responder à pergunta norteadora da pesquisa. Sendo assim, a TABELA 2 serve para organizar os artigos em 2 categorias: 1) Artigos que discutem a nível teórico Competências Culturais ou equivalentes para o fomento de um serviço de saúde inclusivo e 2) Artigos que relatam o desenvolvimento prático de Competência Cultural ou equivalente (treinamentos de pessoal, ações educativas, módulos educacionais) para o fomento de um serviço de saúde inclusivo.

Na categoria 1, há estudos que discutem o construto “competência cultural” ou equivalente em diferentes graus de profundidade, alguns apenas o mencionando como algo importante a ser desenvolvido ou como atributo da Atenção Primária à Saúde (APS), em outros aprofundando e criticando o conceito e a prática. Na categoria 2, tem-se relatos de ações formativas para o desenvolvimento de competência cultural ou equivalente que variam nos objetivos, nos públicos-alvo e

nas metodologias. As terminologias diferentes usadas nos estudos para se referir ao fenômeno estudado, foram devidamente destacadas.

Figura 1 — Esquema de busca da revisão integrativa de literatura.



Fonte: Fluxograma elaborado pelo autor.

TABELA 1— Amostra final de artigos da revisão integrativa de literatura

TÍTULO	AUTORES	REVISTA	PAÍS	OBJETIVOS
2019				
1. Narratives of young people on same-sex relationships about their path and implications for mental health	Andréa Noeremberg Guimarães; Gabriel Deolinda da Silva de Marqui; Maria Luiza Bevilaqua Brum; Carine Vendruscolo; João Marcos Werner; Elisangela Argenta Zanatta.	Escola Anna Nery	Brasil	Conhecer a trajetória de jovens homoafetivos(as) a partir da descoberta da sua orientação sexual e do enfrentamento de problemas decorrentes, contextualizando situações que afetam sua saúde mental e refletir sobre o papel da enfermagem no cuidado, no âmbito da Atenção Primária à Saúde
2. National Survey of Oncologists at National Cancer Institute-Designated Comprehensive Cancer Centers: Attitudes, Knowledge, and Practice Behaviors About LGBTQ Patients With Cancer	Matthew B. Schabath; Catherine A. Blackburn; Megan E. Sutter; Peter A. Kanetsky; Susan T. Vadaparampil; Vani N. Simmons; Julian A. Sanche; Steven K. Sutton; Gwendolyn P. Quinn.	Journal of Clinical Oncology	Estados Unidos da América	Identificar possíveis lacunas nas atitudes, no conhecimento e nas práticas institucionais em relação a pacientes lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e queer/questionadores (LGBTQ), desejo de treinamento e educação futuros em oncologistas do National Cancer Institute-Designated Comprehensive Cancer Centers
3. "We have a stronger survival mode": exploring knowledge gaps and culturally sensitive messaging of PrEP among Latino men who have sex with men and Latina transgender women in Los Angeles, CA	J. L. Barrerasa, S. L. Linnemayrb, S. MacCarthy	AIDS Care	Estados Unidos da América	Compreender as lacunas de conhecimento e as preocupações dos participantes relativamente à PrEP e identificar formas de integrar melhor uma linguagem e conteúdos culturalmente sensíveis relativamente à PrEP.
2020				
4. The provider perspective on behavioral health care for transgender and gender nonconforming individuals in the Central Great Plains: A qualitative study of approaches and needs.	Natalie R. Holt; Debra A. Hope; Richard Mocariski; Heather Meyer; Robyn King; Nathan Woodruff	Am J Orthopsychiatry	Estados Unidos da América	Descrever os serviços de cuidados de saúde mental prestados por prestadores de serviços considerados afirmativos pelos membros da comunidade transgênero e gênero não-conforme (TGNC) em Central Great Plains (EUA)
5. Comprehensive Curriculum for Internal Medicine Residents on Primary Care of Patients Identifying as Lesbian, Gay, Bisexual, or Transgender.	Eloho Ufomata; Kristen L. Eckstrand; Carla Spagnoletti; Clark Veet; Thomas J. Walk; Camille Webb; Elena Jiménez	MedEdPORTAL	Estados Unidos da América	Relatar implementação de um currículo desenvolvido em 4 módulos baseados em casos, destinados a residentes de medicina interna, para abordar a questão dos cuidados de saúde primários para LGBT. O currículo foi

	Gutiérrez; Christina Imming; Emily Guhl; Kwonho Jeong; Doris Rubio; Peggy Hasley			implementado como parte do currículo do programa de residência em ambulatório, utilizando um formato de conferência pré-clínica de 45 minutos, baseada em casos
6. LGBTQ+ Inclusive Palliative Care in the Context of COVID-19: Pragmatic Recommendations for Clinicians	William E. Rosa; Alic Shook; Kimberly D. Acquaviva	Jornal of Pain and Symptom Management	Estados Unidos da América	Colmatar lacuna na literatura acerca de cuidados paliativos para LGBTQ+ no contexto de COVID-19, fornecendo recomendações práticas para implementação imediata que apoiem cuidados inclusivos e respeitosos para estas populações.
7. Transforming Primary Care for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: A Collaborative Quality Improvement Initiative	Bruce W. Furness; Hilary Goldhammer; Wanda Montalvo; Kelly Gagnon; Lauren Bifulco; Daniel Lentine; Daren Anderson	Annals of Family Medicine	Estados Unidos da América	Descrever quantitativamente os resultados de uma iniciativa de melhoria na qualidade para aumentar a capacidade dos centros de saúde para prestar cuidados culturalmente afirmativos para LGBT.
8. The availability of LGBT-specific mental health and substance abuse treatment in the United States	Natasha D. Williams; Jessica N. Fish	Health Services Research	Estados Unidos da América	Examinar a disponibilidade e os fatores de previsão a nível dos estabelecimentos de saúde mental e de tratamento da toxicod dependência específicos para as pessoas LGBT nos Estados Unidos.
9. What Exactly Are We Measuring? Evaluating Sexual and Gender Minority Cultural Humility Training for Oncology Care Clinicians	Ash Alpert; Charles Kamen; Matthew B. Schabath; Lauren Hamel; Julia Seay; Gwendolyn P. Quinn	Jornal of Clinical Oncology	Estados Unidos da América	Delinear o panorama das orientações de treinamento em humildade cultural centrada nas minorias sexuais e de gênero em oncologia, descrever as medidas existentes dos treinamentos de humildade cultural e discutir direções futuras.
10. Acne and the Lesbian, Gay, Bisexual, or Transgender Teenager	Laura Ragmanuskait, Benjamin Kahn, Bao Chau Ly, Howa Yeung	Dermatologic clinics	Estados Unidos da América	Revisar a literatura atual relativa aos cuidados abrangentes da acne para adolescentes de minorias sexuais e de gênero
11. Enhancing primary care services for diverse sexual and gender minority populations: a developmental study protocol	Cathleen Willging; Miria Kano; Amy Elizabeth Green; Robert Sturm; Marisa Sklar; Sonnie Davies; Kristen Eckstrand	BMJ Open	Estados Unidos da América	Apresentar um protocolo de atendimento que visa reduzir as disparidades na saúde entre pacientes de Minorias Sexuais e de Gênero através da identificação, adaptação e desenvolvimento de diretrizes e recomendações práticas e estratégias de implementação para clínicas de cuidados primários em zonas urbanas e rurais do Novo México.
12. Bringing Cultural Competency to the EHR: Lessons Learned Providing Respectful, Quality Care to the LGBTQ Community	Aliasgar Z. Chittalia; Heather L. Marney; Spencer Tavares; Leyla Warsame; Arthur	AMIA Annual Symposium Proceedings Archive	Estados Unidos da América	Relatar implementação de treinamentos para desenvolver competências culturais relativas às especificidades da população LGBTQ+ para o pessoal da clínica e modificação dos

	W. Brees; Dawn L. Fisher; Michael E. Stoppie; D Coen; Kim A. Zikowski; Andrea W. Shapiro; David K. Vawdrey			prontuários eletrônicos para serem inclusivos.
13. How can HIV/STI testing services be more accessible and acceptable for gender and sexually diverse young people? A brief report exploring young people's perspectives in Queensland	Emma Heard; Ellen Oost; Lisa McDaid; Allyson Mutch; Judith Dean; Lisa Fitzgerald	Health Promotion Journal of Australia	Austrália	Entender, através de um workshop participativo, as barreiras atuais à testagem de HIV/IST em jovens de Minorias Sexuais e de Gênero e capturar ideias para melhorar a acessibilidade e aceitabilidade da testagem entre esse jovens em Queensland.
14. A Qualitative Community Assessment of Racial/Ethnic Sexual Gender Minority Young Adults: Principles for Strategies to Motivate Action(s) for Realistic Tasks (SMART Thinking)	Rohan Jeremiah, Brian Taylor, Amparo Castillo e Veronica Garcia	American Journal of Men's Health	Estados Unidos da América	Ilustrar como a implementação de uma avaliação das necessidades do Quadro de Prevenção Estratégica (SPF) informou o desenvolvimento, adaptação e implementação de uma intervenção baseada em evidências para jovens adultos de minorias raciais/étnicas de gênero e sexual discentes da University of Illinois Chicago.
2021				
15. Development of an online educational toolkit for sexual orientation and gender identity minority nursing care	Erin Ziegler, Marian Luctkar-Flude, Benjamin Carroll, Jane Tyerman, Lillian Chumbley e Chris Shortall	Revista Latino-americana de Enfermagem	Canadá	Desenvolver e implementar uma ferramenta educacional online para atender a uma demanda na educação de enfermagem a respeito do conceito de humildade cultural e sua aplicação às consultas e cuidados de saúde das pessoas que se identificam como lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queers, intersexuais (LGBTQI) ou Dois-Espíritos
16. Disparities in Experience with Culturally Competent Care and Satisfaction with Care by Sexual Orientation	Ning Hsieh; Inna Mirzoyan.	LGBT Health	Estados Unidos da América	Avaliar experiências com atendimento culturalmente competente e a satisfação com o atendimento em todos os grupos de orientação sexual nos Estados Unidos.
2022				
17. Inclusive MSG healthcare: An interprofessional case-based experience for cultural competency awareness.	Samiksha Prasad, Chasity B. O'Malley, Rolando DeLeon, Arkene S. Levy and Daniel P. Grin	Frontiers in Public Health	Estados Unidos da América	Avaliar o impacto educacional de uma sessão de aprendizagem ativa projetada para aumentar consciência de competência cultural MSG usando um ambiente interprofissional
18. Health Communication and Sexual Orientation, Gender Identity, and Expression.	Carl G Streed Jr	Medical Clinics of North America	Estados Unidos da América	Fornecer orientação sobre a realização de histórico de saúde completo, competente e culturalmente apropriado

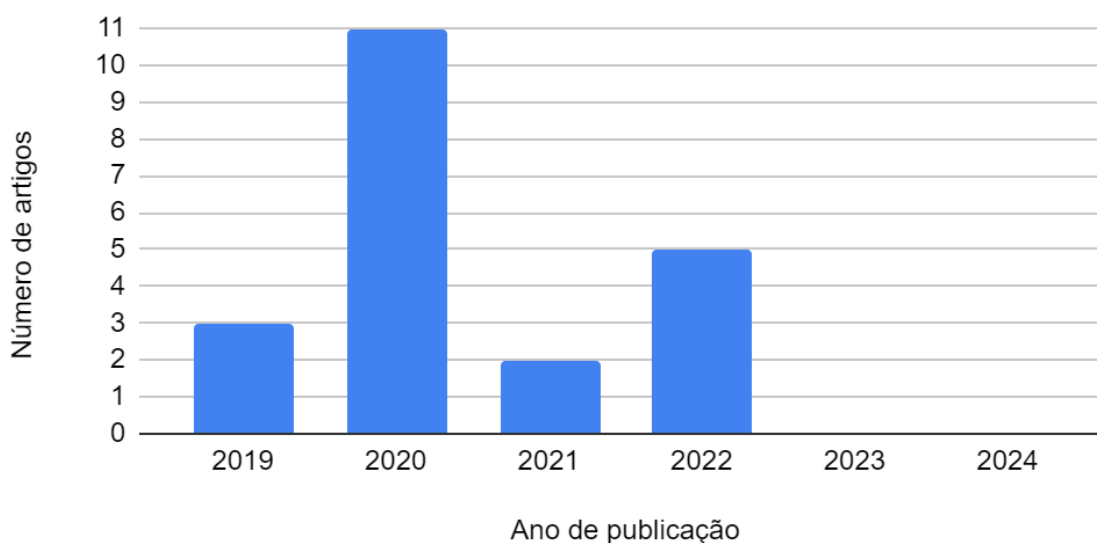
				com detalhes específicos para o atendimento de pessoas e comunidades LGBTQIA.
19. Toward an inclusive digital health system for sexual and gender minorities in Canada.	Marcy Antonio, Francis Lau, Kelly Davison, Aaron Devor, Roz Queen and Karen Courtney	Journal of the American Medical Informatics Association	Canadá	Descrever atividades e resultados do projeto de planejamento que estabeleceu uma coalizão de organizações e comunidades para cocriar um plano de ação para modernizar as práticas de informações de dados sobre gênero, sexo e orientação sexual no Sistema de Saúde Digital no Canadá
20. Care of Sexual and Gender Minorities in the Emergency Department: A Scoping Review	Michael I. Kruse; Blair L. Bigham; Daniel Voloshin; Melissa Wan.; Alexandra Clarizio; Suneel Upadhye.	Annals of Emergency Medicine	Canadá/ Estados Unidos	Coletar e sumarizar a literatura acerca dos cuidados às minorias sexuais e de gênero em departamentos de emergência
21. Lesbian, gay, bisexual, and/or transgender (LGBT) cultural competency across the intersectionalities of gender identity, sexual orientation, and race among healthcare professionals	Dustin Z. Nowaskiel, Sidrah Najam	PLoS ONE	Estados Unidos da América	Caracterizar competência cultural LGBT de profissionais de saúde comparando 12 diferentes grupos de profissionais demograficamente diversos em raça, gênero e orientação sexual.

Fonte: Tabela elaborada pelo autor.

GRÁFICO 1 — Distribuição das publicações no período de 2019-2024

Publicação dos artigos no período 2019-2024

Distribuição considerando amostra final

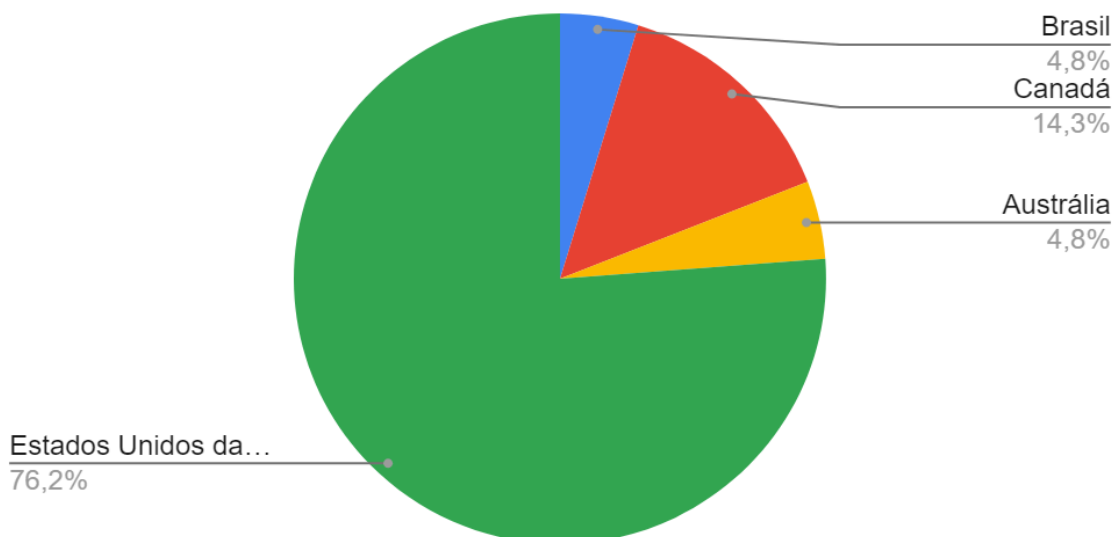


Fonte: Gráfico elaborado pelo autor

GRÁFICO 2 — Distribuição das publicações por país de filiação de seus autores.

País de filiação

Distribuição considerando origem dos autores/instituições



Fonte: Gráfico elaborado pelo autor

TABELA 2 — Categorização dos artigos por tipo de contribuição teórica e/ou prática

Artigo	O que tem sido discutido acerca de “competência cultural” nos serviços de saúde para a população MSG?	
	<i>Discute C.C. ou equivalentes para o fomento de um serviço de saúde inclusivo</i>	<i>Relata o desenvolvimento prático de C.C. ou equivalente para o fomento de um serviço de saúde inclusivo</i>
1.	Menciona “ competência cultural ” como um atributo da Atenção Primária à Saúde; pontua a necessidade de despir-se dos preconceitos, abertura ao diálogo e respeito como habilidade dos profissionais da APS; importância de considerar aspectos culturais e diferentes necessidades dos usuários e coletivos.	
2.	Pontua a importância da sensibilidade cultural e a criação de ambientes inclusivos e acolhedores.	
3.	Os participantes indicaram querer falar sobre os aspectos positivos da sua cultura (por exemplo, os latinos como trabalhadores), e não apenas sobre estereótipos negativos (por exemplo, hipermasculinidade e homofobia); sentiram que a mudança de foco poderia influenciar as mensagens sobre a PrEP; para aumentar o conhecimento e o uso da PrEP as mensagens devem ser reformuladas de uma forma culturalmente sensível .	
4.	Avaliação a partir do modelo de Sue de Competência Cultural alicerçado em 3 dimensões: “Conhecimento-consciência-habilidade”. Os participantes demonstraram ter competências e a elas acrescentaram a “defesa de direitos”	

	(advocacy); Reconhecimento da lacuna de educação e a dificuldade de encontrar profissionais não somente aliados, mas competentes para promover cuidados culturalmente sensíveis e baseados em evidências.	
5.		Competência cultural foi tópico de um dos 4 módulos do currículo implementado para abordar cuidados de saúde primários para LGBT organizado da seguinte maneira: 1) compreensão do gênero e da sexualidade; 2) realização de uma história e de exame físico sensíveis; 3) promoção da saúde e prevenção da doença; 4) e saúde mental, violência e saúde reprodutiva.
6.	Utiliza o termo “ cuidado inclusivo ”; O estudo sugere: 1) linguagem inclusiva; 2) tomador de decisões substituto considerando a possibilidade de relação com família de origem serem complicadas; proteção estatal; 3) fazer perguntas relevantes e necessárias; ouvir, reconhecer e responder empaticamente; Reconhece que as recomendações promove alinhamento com valores individuais e preferências garantindo cuidado respeitoso e inclusivo.	
7.		“ Cuidados culturalmente afirmativos ” focado na recolha de dados sobre Orientação Sexual Identidade de Gênero (OSIG) e rastreio de HIV/ISTs projetada com as seguintes características: 1 ano de intervenções com foco em rastreio IST e HIV com objetivos de: 1) criar ambiente afirmativo; 2) melhorar coleta, captura e divulgação da OSIG em prontuário eletrônico; 3) melhorar coleta, captura e divulgação do histórico de saúde sexual de risco; 4) elevar percentual de LGBT que recebem rastreio adequado de HIV e IST.
8.	Discutem a importância de competência cultural de profissionais de saúde; As descobertas sugerem disponibilidade limitada de saúde mental culturalmente competente e tratamento de abuso de substâncias, apesar da necessidade bem documentada.	
9.	Diferencia competência e humildade cultural . Foca na humildade cultural nos programas de treinamento, menciona as poucas medidas validadas para avaliar os resultados da formação em humildade cultural em Minorias Sexuais e de Gênero (MSG) e nenhuma específica para os cuidados oncológicos e novas medidas para correlacionar com mudanças na prática clínica e levar a melhorias nos resultados dos pacientes de MSG; aponta a necessidade de avaliação da humildade cultural a partir da perspectiva dos usuários LGBTQ.	
10.	Para os adolescentes de MSG o tratamento da acne requer que os dermatologistas se envolvam em discussões culturalmente competentes sobre saúde sexual, contracepção e/ou terapia de afirmação de gênero; criação de ambiente acolhedor e não discriminatório; reconhecimento da acne e o estatuto de MSG com fatores de risco para a comorbidade como depressão e suicídio.	
11.		Pontua que déficits de competência cultural e barreiras de acesso para MSG contribuem para as disparidades em saúde. O estudo propõe esboço preliminar de um conjunto de ferramentas compreensivas para clínicas de cuidados primários em zonas urbanas e rurais do Novo México.

12.		<p>Treinamento para desenvolver Competência Cultural: 1) modificação dos prontuários eletrônicos para coletar sexo legal, sexo atribuído no nascimento, identidade de gênero, informações de afirmação/transição e inventários de órgãos; 2) treinamentos para o pessoal da clínica sobre: Preconceito Inconsciente, Treinamento sobre Zona Segura e Curso de conscientização cultural.</p>
13.	<p>Contribuições para melhorar acessibilidade e aceitabilidade da testagem para HIV/IST: 1) local: serviço disponível numa variedade de locais acessíveis e discretos e transporte público; 2) tipo de serviço: balcão único; serviço incluindo tratamento, prevenção e acesso a serviços de saúde e bem-estar, contraceptivos gratuitos, preservativos femininos e masculinos, planejamento familiar, fornecimento de alimentos e produtos de higiene e etc.; 3) ambiente: confortável e seguro, bandeiras representativas e posters informativos; 4) profissionais de saúde informados, compreensíveis e respeitoso.</p>	
14.	<p>Ausência de serviços de saúde culturalmente afirmativos contribui para as disparidades de saúde LGBTQ. Considera-se essenciais 3 princípios para adaptação e implementação de uma intervenção baseada em evidências para oferecer serviços preventivos para minorias raciais/étnicas sexuais e de gênero: 1) aprimoramento das habilidades para a vida; 2) comunicação com confiança e 3) negociação assertiva.</p>	
15.		<p>Desenvolveu-se um kit online de ferramentas de Humildade Cultural: quatro jogos de simulação virtual (JSV) bilíngues, três minijogos de vinheta que visam questões comuns enfrentadas por pessoas não-heterossexuais e não-cisgênero ao entrar no ambiente do serviço de saúde. Cada JSV tem páginas de auto-avaliação com base nos resultados de aprendizagem. Os aprendizes auto avaliam sua competência percebida (novato a aprendiz competente), quando identificam lacuna potencial no conhecimento, são direcionados aos recursos de aprendizagem dentro do banco de dados online no site.</p>
16.	<p>A falta de competência cultural dos prestadores de serviços de saúde é barreira ao atendimento entre as populações de MSG; pode afetar mais mulheres bissexuais e as que se identificam com outra coisa. A educação médica precisa oferecer mais treinamento sobre diversidade sexual e de gênero e valores, crenças e costumes culturais relacionados.</p>	
17.		<p>Sessão de aprendizagem ativa projetada para aumentar consciência de competência cultural MSG em ambiente interprofissional resultando em: 1) maior percepção da importância de receber educação sobre cuidados primários para MSG e implementação de cuidados/procedimentos em gênero neutro nas práticas clínicas; 2) reconhecimento da importância da auto reflexão; 3) melhora na confiança dos conhecimentos e habilidades para criar um ambiente seguro e inclusivo; 4) reconhecimento da necessidade treinamentos visando colaboração e padronização do cuidado para grupos vulneráveis como MSG; 5) reconhecimento da colaboração interprofissional culturalmente competente para melhorar os cuidados de saúde dos pacientes MSG.</p>

18.	Orientações para melhorar atuação em saúde a partir do acesso, processos de admissão, encontro profissional-paciente e documentação: 1) Reconhecer os obstáculos únicos frequentemente encontrados por pessoas e comunidades LGBTQIA; 2) Criar e promover o relacionamento paciente-clínico com uma população que enfrentou e continua enfrentando discriminação por parte dos sistemas de saúde; 3) Usar uma linguagem que não pressuponha a orientação sexual, gênero ou o relacionamento do paciente com outras pessoas e que permita um diálogo aberto para abordar uma variedade de questões exclusivas de LGBTQIA; 4) Aceitar a responsabilidade compartilhada pela eliminação de disparidades e pelo desenvolvimento de intervenções sistêmicas para melhorar a saúde e o bem-estar de LGBTQIA.	
19.		Plano de ação para modernizar as práticas de informações de dados sobre gênero, sexo e orientação sexual no Sistema de Saúde Digital no Canadá: cujo alguns resultados foram: 1) suporte educacional on-line para funcionários, prestadores de serviços, equipes de atendimento, voluntários e alunos; 2) fornecimento de terminologias e práticas de informação culturalmente seguras para pessoas com dois espíritos; 3) fornecimento de ferramentas e informações para ajudar os pacientes de MSG a navegar em sua jornada e os prestadores de cuidados aumentarem sua capacidade de oferecer cuidados culturalmente seguros e sensíveis ; 4) Oferecimento treinamento e recursos educacionais, além de recomendações sobre a criação de linguagem e ambientes inclusivos para comunidades MSG.
20.	O cuidado primário apropriado culturalmente reduz visitas desnecessárias e possivelmente discriminatórias aos departamentos de emergência já que há maior procura de Trans/Não-binárias nos serviços de emergência devido à falta de cuidados primários.	
21.	A lacuna de Competência Cultural nos profissionais está relacionada à preconceitos, profissionais sem C.C. raramente abordam o OSIG; apontam limitações entre educação e C.C.; profissionais LGBT se comparado a cisheterossexuais, apresentam maiores escores em C.C., maior conforto, atitudes e conhecimentos no cuidado LGBT; em homens brancos houve maior percepção de preparação, no entanto, menos atitudes e conhecimentos; profissionais cis e de minorias sexuais tiveram pontuações mais elevadas que cisheterossexuais entre outros achados.	

Fonte: Tabela elaborada pelo autor.

Na categoria 1, os artigos 1, 2, 8 e 20 são artigos que apenas mencionam competência cultural ou equivalente como necessária e importante para o atendimento não-discriminatório à população LGTBQIA+ e não tem o construto como centro das discussões do estudo. Já os artigos 4, 9, 16 e 21 trazem contribuições teoricamente mais desenvolvidas, frutos de pesquisa ora com participantes MSG ora com profissionais da saúde, com dados acerca da lacuna na formação profissional e como a falta de competência cultural impacta negativamente

a assistência em saúde para população MSG. Os artigos 3, 6,10,13,14 e 18 contribuem com sugestões práticas para implementação visando melhorias nos serviços de saúde destinados às minorias sexuais e de gênero.

A categoria 2 traz relatos do desenvolvimento prático de ações e corresponde a 33,3% da amostra final dos artigos. As ações educativas abordaram diferentes dimensões da prática profissional desde a nível das relações interpessoais até na reestruturação de ferramentas, procedimentos e ambientes. Seus diferentes objetivos e abordagens, no entanto, evidenciam uma escolha de foco para desenvolver as competências culturais e menos servem para categorizar com precisão o tipo de ação educativa que se empreendeu, já que, independente da dimensão trabalhada, os resultados impactaram de modo global os serviços. Ainda assim, é possível e necessário identificar o foco das ações educativas. Os artigos 5, 15 e 17 focam em desenvolver competências culturais da dimensão relacional e cognitiva, contribuindo para o conhecimento acerca da saúde da população MSG e como promover uma assistência em saúde não-discriminatória e inclusiva. Os artigos 7 e 11 relatam melhorias a nível organizacional, procedimental e na ambiência para potencializar o acolhimento e inclusão de pessoas MSG nos serviços de saúde. A abordagem dos trabalhos 12 e 19 englobam de forma simultânea e complementar as dimensões enfatizadas nos demais artigos.

A amostra final dos artigos desta revisão informam sugestões, estratégias, críticas, ferramentas, procedimentos, metodologias e conteúdos que se complementam embora seja possível identificar suas diferenças epistemológicas. É possível identificar em determinados trabalhos uma postura mais técnica e objetiva para desenvolver e implementar competência cultural enquanto em outros propõe o desenvolvimento de competência cultural aliado ao trabalho cognitivo e afetivo da reflexão crítica e implicação subjetiva como auto observação e desenvolvimento de humildade cultural.

Para o desenvolvimento deste trabalho, mais importa as divergências que apresentam perspectivas diversas e que potencializam a reflexão, a imaginação e o rigor para empreender a construção da Matriz de competências culturais em saúde para atuação com população MSG cujo processo de validação será apresentado seguir.

6.2 Processo de validação da Matriz de Competências Culturais em saúde para atuação com Minorias Sexuais e de Gênero

A primeira versão da matriz (Tabela 3) foi construída com base nos dados da revisão integrativa apresentada anteriormente. Reitera-se que seu intuito é ser transdisciplinar e generalista, ou seja, não visa ser guia específico para especialidades ou serviços de saúde, e sim, a dar uma base para que todos os profissionais de saúde, independente da especialidade e do serviço em que atuam, possam se inspirar e ter orientação no que concerne a uma assistência adequada com MSG, isto é, inclusiva, não-discriminatória, acolhedora e afirmadora de vida.

A matriz foi estruturada com 4 domínios, a saber: 1) Identidades de Gênero e orientações sexuais: conceitos e vivências; 2) Aspectos biopsicossociais da saúde da população LGBTQIA+; 3) Relação profissional-usuário de saúde; e 4) Rede de saúde, rede de apoio e território. Para cada domínio, conhecimentos, habilidades e atitudes correspondentes.

A versão original da matriz foi apresentada ao primeiro grupo, e aos subsequentes, foram apresentadas as novas versões com as devidas demarcações das suas modificações sofridas ao passo que se submeteu ao crivo dos participantes. Assim, cada grupo visualizava as versões anteriores da matriz.

As reuniões online aconteceram na plataforma *Google Meet* no período de fevereiro a junho de 2025. A matriz que estava feita no *Docs* foi compartilhada na tela da reunião de forma que ficasse visível para todos os participantes. O pesquisador iniciava as reuniões lendo uma introdução explicando o conceito de competência cultural, apresentando a matriz e posteriormente fazia a leitura da Matriz com todos os seus itens.

Após a leitura, eram dadas consignas⁴ para que os participantes pensassem suas ideias de forma silenciosa e anotassem em bloco de notas próprio. O tempo de geração de ideias variava de um grupo a outro, mas de forma geral, o pesquisador deixava partes da Matriz expostas para releitura silenciosa por cada um, por determinado tempo, e conforme sinalizado o término da releitura, expunha as demais partes. Por algumas vezes e para melhorar a acessibilidade para os

⁴ Exemplos: “A partir de suas experiências, avalie os itens da Matriz”; “Avalie se a matriz contempla as demandas de saúde de pessoas LGBTQIA+”; “Avaliem se a matriz é capaz de fundamentar uma proposta pedagógica”; “Avaliem se a matriz fundamenta uma prática profissional não discriminatória”.

participantes o documento era compartilhado no modo “Leitor” para que em seus próprios dispositivos os participantes pudessem ler os documentos.

Na fase do compartilhamento de ideias, todas as sugestões foram registradas em tempo real no próprio documento de forma também visível aos participantes. Cada grupo teve suas ideias e sugestões registradas em cores específicas para que fosse possível identificar as alterações que cada grupo realizou.

O Docs dispõe de uma função em que é possível visualizar as versões anteriores dos documentos. Desta maneira, foi possível ter uma perspectiva processual da construção da Matriz e as alterações que ela sofreu pelos grupos.

Da pesquisa, participaram pessoas LGBTQIA+ usuárias do sistema de saúde; profissionais de saúde com histórico de atuação com LGBTQIA+ e docentes com experiência em saúde pública e/ou saúde da população LGBTQIA+. Desse 3 públicos buscou-se objetivos específicos: das pessoas LGBTQIA+ usuárias dos serviços e ações em saúde, a perspectiva do que constitui o ideal de uma assistência em saúde e postura profissional adequada; dos profissionais, a tradução desse ideais à ações concretas, sustentáveis e viáveis; dos docentes, a corroboração da viabilidade de um processo formador embasado na matriz. Foram realizados 6 grupos online, na plataforma Google Meet, 2 grupos para cada público e com números variando entre 2 e 5 participantes cada. No total, participaram 21 pessoas, muito embora, 35 pessoas tenham previamente se inscrito para participação e, posteriormente, desistido.

Os perfis da amostra dos participantes são caracterizados quanto à faixa etária (Gráfico 3), cidade de residência (Gráfico 4), orientação sexual (Gráfico 5), identidade de gênero (Gráfico 6), autodeclaração étnico-racial (Gráfico 7) e grau de escolaridade (Gráfico 8). O detalhamento das informações define o perfil das pessoas envolvidas no processo de validação da matriz, demarcando a pesquisa como um produto delimitado no contexto histórico e social que produz as subjetividades, suas necessidades e aspirações. Reiterando que uma pesquisa e seus resultados sempre tem um “rosto”.

Tabela 3. Matriz de competências culturais em saúde para atuação com Minorias Sexuais e de Gênero - versão original.

DOMÍNIO	COMPETÊNCIAS
---------	--------------

Gêneros e sexualidades: definições e experiências	Conhecimentos:
	→ Conhecer os construtos gênero e sexualidade
	Habilidades:
	→ Descrever conceitos de gênero e sexualidade; → Utilizar linguagem não-discriminatória e inclusiva.
	Atitudes:
	→ Autoconsciência de ser sujeito marcado por gênero e sexualidade; → Respeitar e valorizar a diversidade de experiências de gênero e sexualidade; → Aprendizagem contínua sobre gênero e sexualidade -
Aspectos biopsicossociais da saúde da população LGBTQIA+	Conhecimentos:
	→ Conhecer a interação entre fatores biopsicossociais na determinação de saúde de LGBTQIA+; → Conhecer fatores de proteção e de risco à saúde da população de LGBTQIA+;
	Habilidades:
	→ Investigar, identificar e compreender individual e coletivamente, caso-a-caso, os determinantes biopsicossociais da saúde da população de LGBTQIA+; → Investigar histórico de saúde e itinerário terapêutico para uma compreensão integral do usuário e sua demanda; → Referenciar, encaminhar e orientar sobre procedimentos e ações específicas em saúde. →
	Atitudes:
	→ Escuta ativa; → Pensamento crítico; → Abertura ao diálogo e à alteridade; → Aprendizagem contínua → Empatia e solidariedade.
Relação profissional-usuário de saúde	Conhecimentos:
	→ Conhecer disparidades de poder entre profissional-usuário de saúde; → Conhecer viesamentos, preconceitos, estereótipos, valores pessoais que influenciam a promoção de assistência em saúde para LGBTQIA+. → Conhecer as barreiras de acesso que impedem ou dificultam o acesso de pessoas LGBTQIA+ às ações e serviços de saúde e diminuem a adesão e/ou continuidade do cuidado pelos usuários LGBTQIA+. → Conhecer técnicas relacionais para criar atendimento acolhedor, inclusivo e afirmativo.
	Habilidades:
	→ Escuta ativa

	<ul style="list-style-type: none"> → Comunicação precisa, acessível e não-violenta; → Linguagem acolhedora, inclusiva e afirmativa. → Promover a participação ativa do usuário no planejamento do projeto terapêutico; → Promover reflexão e expressão dos usuários acerca das suas ideias, sentimentos, opiniões, crenças e posicionamentos acerca de sua própria saúde; → Educação em saúde alinhada às necessidades de saúde dos usuários LGBTQ+;
	<p>Atitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Abertura ao diálogo e à alteridade; → Empatia e solidariedade. → Autoconsciência crítica; → Humildade; → Respeito e promoção da autonomia do usuário; → Promoção da participação ativa do usuário → Aprendizagem contínua.
<p>Rede de saúde, rede de apoio e território</p>	<p>Conhecimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Conhecer as políticas de saúde e serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde e pontos de atenção específicos para atendimento à população de LGBTQ+; → Mapear redes de apoio comunitários, territoriais e familiares dos pacientes LGBTQ+.
	<p>Habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Referenciar, encaminhar e orientar pacientes LGBTQ+ aos pontos de atenção da rede de saúde e às redes de apoio comunitários, territoriais e familiares dos pacientes LGBTQ+;
	<p>Atitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Abertura ao diálogo e à alteridade; → Postura de aprendizagem contínua; → Consciência crítica; → Vontade de fortalecer e articular rede de saúde e de rede apoio.

GRÁFICO 3 — Perfil da faixa etária da amostra participante

Perfil da faixa etária da amostra participante

- Entre 20-30 anos
- Entre 30-40 anos
- Entre 40-50 anos
- Entre 50-60 anos
- Acima 60 anos

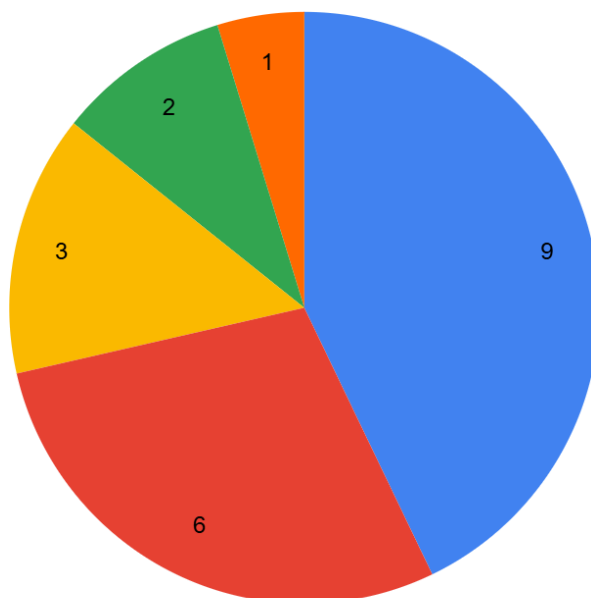


GRÁFICO 4 — Perfil da distribuição geográfica por cidade de residência da amostra participante

Distribuição geográfica

- Crateús/CE
- Caucaia/CE
- Santana/AP
- Fortaleza/CE
- Pentecoste/CE
- Mossoró/RN

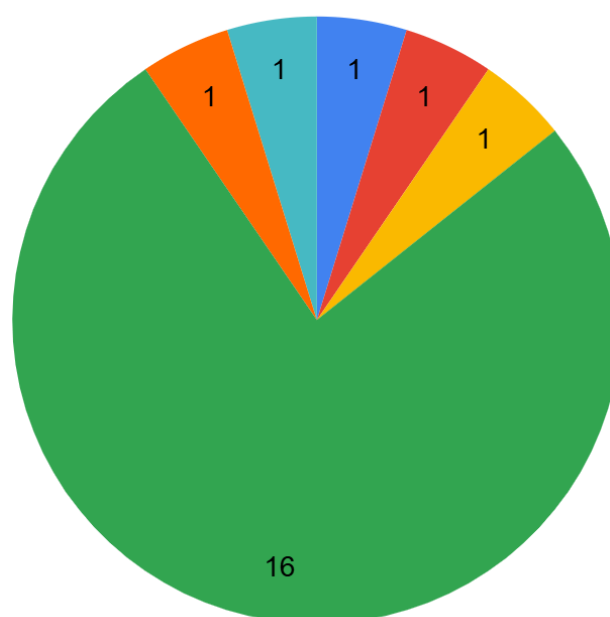


GRÁFICO 5 — Perfil da orientação sexual da amostra participante

Perfil da Orientação Sexual da amostra participante

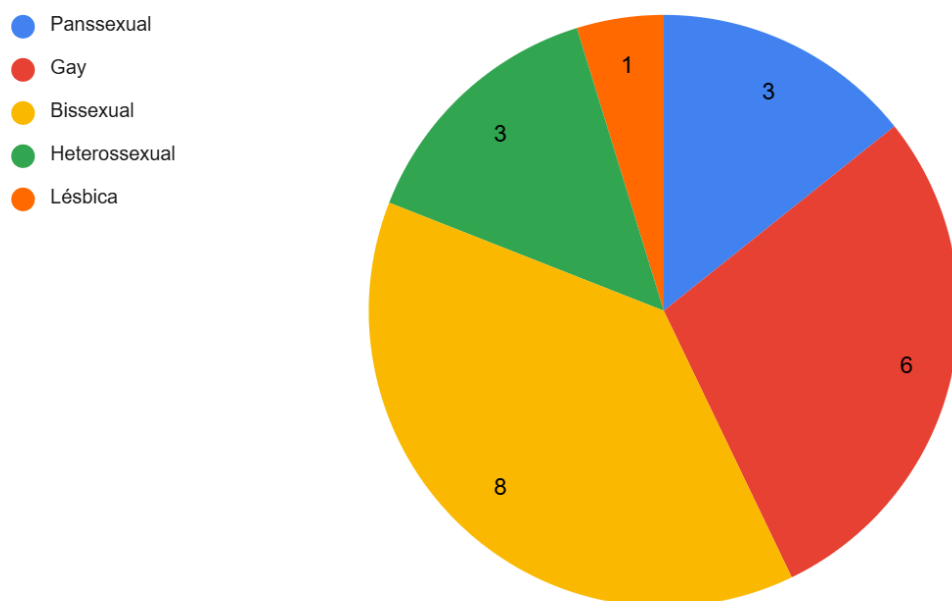


GRÁFICO 6 — Perfil da identidade de gênero da amostra participante

Perfil da Identidade de Gênero da amostra participante

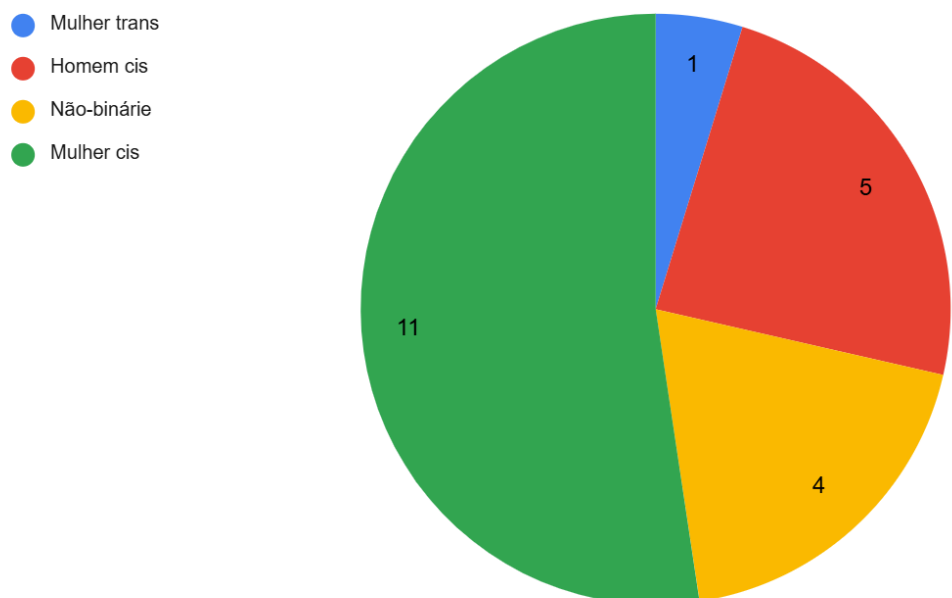


GRÁFICO 7 — Perfil da autodeclaração étnico-racial da amostra participante

Perfil da Autodeclaração étnico-racial da amostra participante

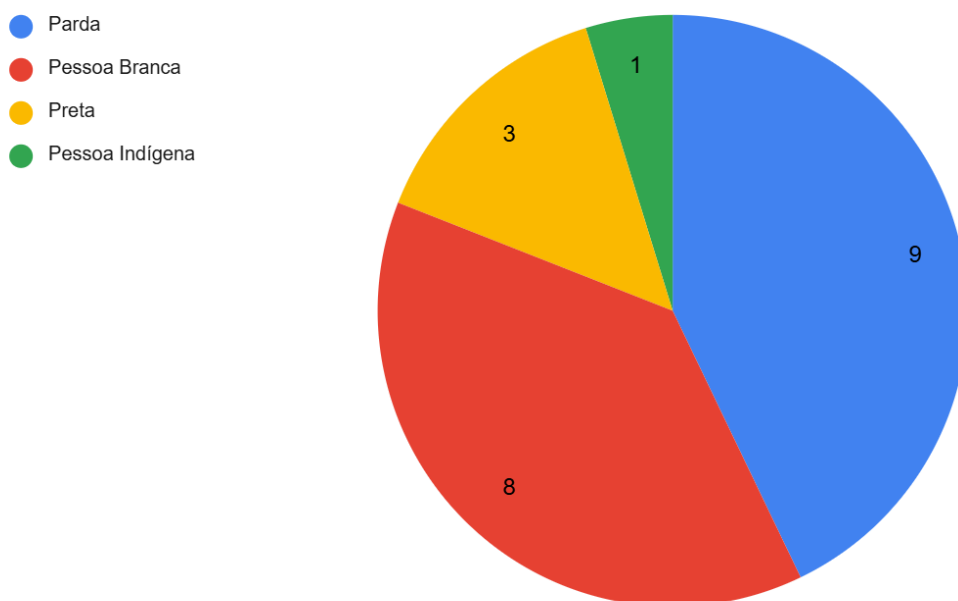
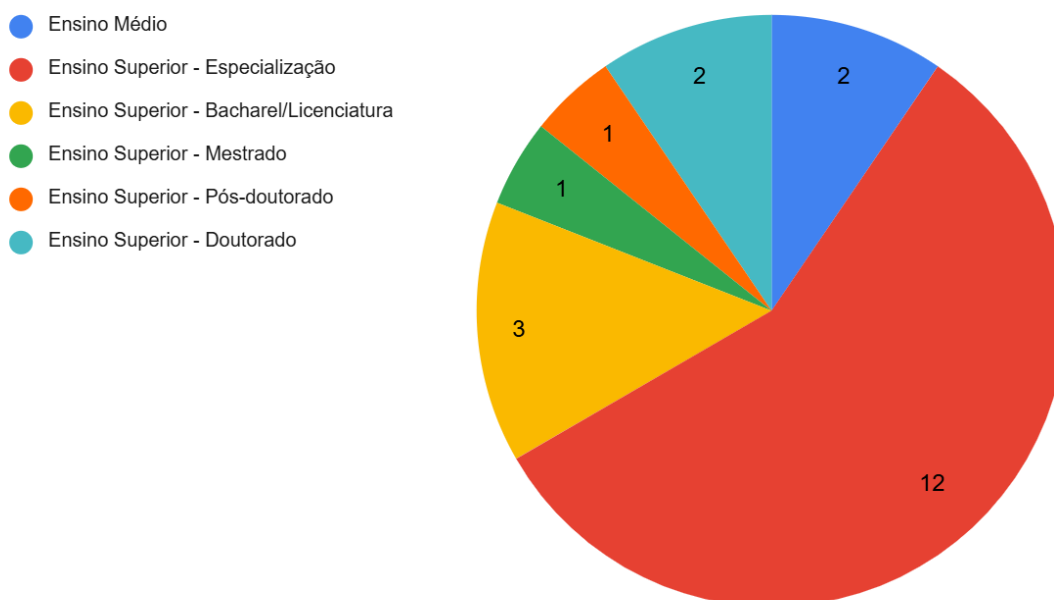


GRÁFICO 8 — Perfil da autodeclaração étnico-racial da amostra participante

Perfil de escolaridade da amostra participante



A seguir, a tabela com o perfil de participantes do Grupo 1 constituído por pessoas LGBTQIA+ usuárias do sistema de saúde

Tabela 4. Grupo 1 - perfil de participantes LGBTQIA+ usuários do sistema de saúde

	Identidade de Gênero	Orientação Sexual	Idade	Grupo étnico-racial	Escolaridade

L	Mulher trans	Panssexual	33	Parda	Médio
I	Mulher Cis	Bissexual	22	Parda	Médio
M	Homem Cis	Gay	29	Preto	Superior - especialização
S	Mulher Cis	Lésbica	60	Branca	Superior
D	Homem Cis	Gay	29	Branca	Superior - especialização

A seguir, a Matriz reformulada após passar pela avaliação do Grupo 1. Em vermelho, estão os acréscimos feitos pelo grupo após discussão e consenso.

Tabela 5. Matriz de competências culturais em saúde para atuação com Minorias Sexuais e de Gênero - versão 2 .

DOMÍNIO	COMPETÊNCIAS
Gêneros e sexualidades: definições e experiências	Conhecimentos → Conhecer os construtos gênero e sexualidade
	Habilidades: → Descrever conceitos de gênero e sexualidade; → Utilizar linguagem não-discriminatória e inclusiva.
	Atitudes: → Autoconsciência de ser sujeito marcado por gênero e sexualidade; → Respeitar e valorizar a diversidade de experiências de gênero e sexualidade; → Aprendizagem contínua sobre gênero e sexualidade
Aspectos biopsicossociais da saúde da população LGBTQIA+	Conhecimentos: → Conhecer a interação entre fatores biopsicossociais na determinação de saúde de LGBTQIA+; → Conhecer fatores de proteção e de risco à saúde da população de LGBTQIA+; → Envelhecimento da População LGBTQIA+ → Hormonioterapia
	Habilidades: → Investigar, identificar e compreender individual e coletivamente, caso-a-caso, os determinantes biopsicossociais da saúde da população de LGBTQIA+; → Investigar histórico de saúde e itinerário terapêutico para uma compreensão integral do usuário e sua demanda; → Referenciar, encaminhar e orientar sobre procedimentos e ações específicas em saúde.

	<p>→</p> <p>Atitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Escuta ativa; → Pensamento crítico; → Abertura ao diálogo e à alteridade; → Aprendizagem contínua → Empatia e solidariedade.
<p>Relação profissional-usuário de saúde</p>	<p>Conhecimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Conhecer disparidades de poder entre profissional-usuário de saúde; → Conhecer enviesamentos, preconceitos, estereótipos, valores pessoais que influenciam a promoção de assistência em saúde para LGBTQIA+. → Conhecer as barreiras de acesso que impedem ou dificultam o acesso de pessoas LGBTQIA+ às ações e serviços de saúde e diminuem a adesão e/ou continuidade do cuidado pelos usuários LGBTQIA+. → Conhecer técnicas relacionais para criar atendimento acolhedor, inclusivo e afirmativo.
	<p>Habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Escuta ativa → Comunicação precisa, acessível e não-violenta; → Linguagem acolhedora, inclusiva e afirmativa. → Promover a participação ativa do usuário no planejamento do projeto terapêutico; → Promover reflexão e expressão dos usuários acerca das suas ideias, sentimentos, opiniões, crenças e posicionamentos acerca de sua própria saúde; → Educação em saúde alinhada às necessidades de saúde dos usuários LGBTQ+.
	<p>Atitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Abertura ao diálogo e à alteridade; → Empatia e solidariedade. → Autoconsciência crítica; → Humildade; → Respeito e promoção da autonomia do usuário; → Promoção da participação ativa do usuário → Aprendizagem contínua.
<p>Rede de saúde, rede de apoio e território</p>	<p>Conhecimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Conhecer as políticas de saúde e serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde e pontos de atenção específicos para atendimento à população de LGBTQ+; → Mapear redes de apoio comunitários, territoriais e familiares dos pacientes LGBTQ+; → Conhecer do contexto político e geográfico
	<p>Habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Referenciar, encaminhar e orientar pacientes LGBTQ+ aos

	<p>pontos de atenção da rede de saúde e às redes de apoio comunitários, territoriais e familiares dos pacientes LGBTQ+;</p>
	<p>Atitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Abertura ao diálogo e à alteridade; → Postura de aprendizagem contínua; → Consciência crítica; → Vontade de fortalecer e articular rede de saúde e de rede apoio.

No primeiro domínio, não houve modificações. No entanto, o item “Aprendizagem contínua sobre gênero e sexualidade” localizado na categoria “Atitudes” despertou em I. 29 a ideia de transferir o item para a categoria de habilidades, ideia que após nova explanação do pesquisador acerca dos conceitos de “habilidades” e “atitudes” e após discussão e consenso grupal de que o item deveria permanecer em “Atitudes”, a participante relatou compreender os posicionamentos e juntou-se à decisão dos demais.

O mesmo item provocou em D.29 dúvidas sintetizadas no questionamento “Como vão ser as formações e como garantir o respeito ao conteúdo da formação?”. O pesquisador explicitou que a questão estava, no momento, para além da formulação da matriz e discutiu como apostava que a aprendizagem contínua fosse um movimento genuíno dos profissionais, justificando a localização do item na categoria “Atitude”.

A TGN não visa estimular debates, é uma técnica que busca consenso a partir da votação de cada ideia exposta e defendida para ser incluída ou excluída. Uma perspectiva crítica de pesquisa qualitativa, no entanto, não poderia se submeter à rigidez da técnica e desestimular dúvidas e debates, caso contrário, não teria havido o respeito ao posicionamento de cada participante e o aproveitamento de suas ideias para enriquecer a matriz, o que poderia ter acontecido caso a votação tivesse se dado a partir de uma simples classificação como a média de pontos que cada ideia tenha angariado ou a simples inclusão ou exclusão de ideia a depender da votação da maioria.

O item “Envelhecimento da população LGBTQIA+” foi sugerido pelo participante M.29 para ser adicionado na categoria “Conhecimentos” no segundo domínio. A ideia disparou discussões acerca do assunto. A dinâmica do grupo, mais uma vez, escapou à lógica da defesa individual de ideias e tornou-se um mo

mento amplo de discussões despertando experiências pessoais representativas da população, como em L.33, que pontua a expectativa de vida de mulheres trans comparadas aos pares cisgêneros e D.29, que relembra discursos sociais acerca da experiência de homens gays mais velhos denominados, às vezes pejorativamente, como “mariconas”.

Apesar de ter respeitado a votação a partir dos signos “concordo” ou “discordo” acerca das modificações na Matriz, toda ideia foi colocada em debate, diálogo, explanação o tanto quanto foi necessário para respeitar e aproveitar o raciocínio de cada participante. Uma ideia que não encontrou consenso grupal, por exemplo, foi a de S. que sugeriu a transferir o referido item para a categoria de “habilidades”. Mesmo não encontrando consenso foi entendido pelo grupo que o conhecimento acerca do envelhecimento da população LGBTQIA+ deveria gerar, de fato, uma habilidade profissional, questão que ficou em aberto para que o pesquisador pudesse formular posteriormente em contato com outros participantes.

Na mesma categoria, a participante I. 29 sugeriu acrescentar conhecimentos sobre hormonioterapia. Na fundamentação de sua sugestão, a participante mencionou que já entrou em contato com profissionais da saúde que tinham dúvidas acerca da questão e associou esse acontecimento com as experiências de pessoas trans que buscam a terapia hormonal. Seu discurso encontrou amplificação na voz de L.33 que trouxe uma experiência pessoal com a autoadministração de hormônios e a dificuldade de encontrar médicos que pudessem lhe atender. M.29 fortaleceu os argumentos pontuando a importância desses conhecimentos serem mais difundidos aos profissionais de saúde em geral já que é um assunto restrito, principalmente, a médicos endocrinologistas. S. complementou as discussões mencionando como o conhecimento acerca da hormonioterapia fortaleceria a segurança do tratamento.

No terceiro domínio, categoria “habilidades”, M. 19 sugeriu o acréscimo de “sensibilidade cultural”. Na defesa de sua ideia, discorreu, principalmente, sobre as questões de linguagem neutra e pronomes. O grupo entrou em debate sobre como o termo era “amplo” e compreendeu que o que M. 29 estava sugerindo para o termo já estava contido nos itens anteriores da categoria. Após discussão grupal e a explanação do pesquisador acerca da definição conceitual do termo baseada nos estudos publicados, M. 29 e os demais participantes concordaram em não adicionar o termo.

No quarto domínio, categoria “conhecimentos”, D. 29 sugeriu o acréscimo de “Análise do contexto político e geográfico” e explicitou a necessidade de compreender o território em que cada pessoa e população LGBTQIA+ vive como um determinante social de saúde. O item encontrou consenso grupal, mas despertou discussões sobre se não deveria ser uma habilidade. Partiu-se, portanto, para uma discussão terminológica sobre a adequação do termo “análise”. O pesquisador amplificou o debate discutindo como essas demarcações categoriais tinham mais fins ilustrativos e pedagógicos e como que na prática conhecimentos e habilidades poderiam ter limites turvos, aquele certamente influenciando este. Definiu-se, portanto, a adoção do termo “Conhecer” e que “Análise” deveria compor um item para habilidades referentes a esse conhecimento, questão que também ficou aberta para posterior formulação do pesquisador.

O grupo durou em torno de 1 hora e 30 minutos, finalizamos com agradecimentos e comentários gerais sobre a relevância da matriz.

Na tabela a seguir, o perfil das participantes LGBTQIA+ do Grupo 2. Apesar de ter havido mais interessados na pesquisa, houve desencontros quanto ao horário. Alguns participantes não conseguiram se encaixar no horário disponibilizado pela maioria.

Tabela 6. Grupo 2 - perfil de participantes LGBTQIA+ usuárias do sistema e saúde

	Identidade de Gênero	Orientação Sexual	Idade	Grupo étnico-racial	Escolaridade
M.S	Não-binária	Panssexual	26	Parda	Superior
M.T	Homem Cis	Gay	47	Branco	Superior - pós-doc
L.	Mulher Cis	Bissexual	29	Branca	Superior

A tabela 7 apresenta a matriz reformulada a partir das considerações do Grupo 2. O tempo que o grupo levou para avaliá-la e validá-la foi de 43 minutos. As considerações do grupo estão destacadas pela cor verde.

Tabela 7. Matriz de competências culturais em saúde para atuação com Minorias Sexuais e de Gênero - versão 3.

DOMÍNIO	COMPETÊNCIAS
<p>Gêneros e sexualidades: definições e experiências</p>	<p>Conhecimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Conhecer os construtos gênero e sexualidade → Estigmas históricos associados à saúde da população LGBTQIA+
	<p>Habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Descrever conceitos de gênero e sexualidade; → Utilizar linguagem não-discriminatória e inclusiva.
	<p>Atitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Autoconsciência de ser sujeito marcado por gênero e sexualidade; → Respeitar e valorizar a diversidade de experiências de gênero e sexualidade; → Aprendizagem contínua sobre gênero e sexualidade
<p>Aspectos biopsicossociais da saúde da população LGBTQIA+</p>	<p>Conhecimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Conhecer a interação entre fatores biopsicossociais na determinação de saúde de LGBTQIA+; → Conhecer fatores de proteção e de risco à saúde da população de LGBTQIA+; → Envelhecimento da População LGBTQIA+ → Hormonioterapia → Configurações familiares e planejamento familiar
	<p>Habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Investigar, identificar e compreender individual e coletivamente, caso-a-caso, os determinantes biopsicossociais da saúde da população de LGBTQIA+; → Investigar histórico de saúde e itinerário terapêutico para uma compreensão integral do usuário e sua demanda; → Referenciar, encaminhar e orientar sobre procedimentos e ações específicas em saúde.
	<p>Atitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Escuta ativa; → Pensamento crítico; → Abertura ao diálogo e à alteridade; → Aprendizagem contínua → Empatia e solidariedade.
<p>Relação profissional-usuário de saúde</p>	<p>Conhecimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Conhecer disparidades de poder entre profissional-usuário de saúde; → Conhecer viesamentos, preconceitos, estereótipos, valores pessoais, políticos e religiosos que influenciam a promoção de assistência em saúde para LGBTQIA+. → Conhecer as barreiras de acesso que impedem ou dificultam o acesso de pessoas LGBTQIA+ às ações e serviços de saúde e diminuem a adesão e/ou continuidade do cuidado pelos

	<p>usuários LGBTQIA+.</p> <p>→ Conhecer técnicas relacionais para criar atendimento acolhedor, inclusivo e afirmativo.</p> <p>Habilidades:</p> <p>→ Escuta ativa</p> <p>→ Comunicação precisa, acessível e não-violenta;</p> <p>→ Linguagem acolhedora, inclusiva e afirmativa.</p> <p>→ Promover a participação ativa do usuário no planejamento do projeto terapêutico;</p> <p>→ Promover reflexão e expressão dos usuários acerca das suas ideias, sentimentos, opiniões, crenças e posicionamentos acerca de sua própria saúde;</p> <p>→ Educação em saúde alinhada às necessidades de saúde dos usuários LGBTQ+;</p> <p>→ Englobar cuidados de saúde para além das ISTs</p> <p>Atitudes:</p> <p>→ Abertura ao diálogo e à alteridade;</p> <p>→ Empatia e solidariedade.</p> <p>→ Autoconsciência crítica;</p> <p>→ Humildade;</p> <p>→ Respeito e promoção da autonomia do usuário;</p> <p>→ Promoção da participação ativa do usuário</p> <p>→ Aprendizagem contínua sobre as modificações da sigla, adequações da linguagem e novas experiências em gênero e sexualidade.</p> <p>→ Despir-se de preceitos religiosos e políticos</p>
<p>Rede de saúde, rede de apoio e território</p>	<p>Conhecimentos:</p> <p>→ Conhecer as políticas de saúde e serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde e pontos de atenção específicos para atendimento à população de LGBTQ+;</p> <p>→ Mapear redes de apoio comunitários, territoriais e familiares dos pacientes LGBTQ+;</p> <p>→ Conhecer o contexto político e geográfico</p> <p>Habilidades:</p> <p>→ Referenciar, encaminhar e orientar pacientes LGBTQ+ aos pontos de atenção da rede de saúde e às redes de apoio comunitários, territoriais e familiares dos pacientes LGBTQ+;</p> <p>Atitudes:</p> <p>→ Abertura ao diálogo e à alteridade;</p> <p>→ Postura de aprendizagem contínua;</p> <p>→ Consciência crítica;</p> <p>→ Vontade de fortalecer e articular rede de saúde e de rede apoio.</p>

No primeiro domínio, M.S. 26 levantou a questão de, historicamente, no campo da saúde, a população LGBTQIA+ ser associada às infecções sexualmente

transmissíveis e sugeriu que, na subcategoria “Conhecimentos”, fosse acrescentado um item que fizesse menção a esse problema a qual denominei de “Estigmas históricos associados à saúde da população LGBTQIA+”.

A sugestão desse item encontrou não somente consenso entre os demais participantes como gerou relatos e discussões de experiências pessoais. M.S 26 relatou uma situação ocorrido em um equipamento de atenção primária à saúde, em ao pedir orientação sobre proteção nas relações sexuais lésbicas, os profissionais de saúde que estavam lhe atendendo não souberam lhe orientar e discutiu como é preciso ampliar não somente os conhecimentos referentes às formas alternativas de proteção nas relações sexuais, como a barreira de látex, por exemplo, mas como também dos modos de fazer sexo, ponto que traz à tona relações bissexuais com mais de um parceiro.

L. 29 a partir do relato discutiu que em determinada visita a um equipamento de atenção primária não houve uma investigação prévia acerca da sua vida sexual e uma das primeiras condutas ao saberem de sua bissexualidade e relacionamento com outra mulher cis, foi a oferta de “muita camisinha masculina”. Além de destacar como isso revela um estigma histórico, pontua também o fato da escassez ou a falta completa de preservativos internos, antigamente ditos “femininos”, e a oferta, principalmente, de preservativos externos, outrora denominados “masculinos”.

O consenso em haver um item sobre a associação histórica no campo da saúde entre LGBTQIA+ e ISTs levou L.29 e os demais participantes a sugerirem uma habilidade derivada que foi posta no 3º domínio: “Englobar cuidados de saúde para além das ISTs”. A escolha em localizar o item em outro domínio veio das discussões de como essa habilidade vai se revelar principalmente na relação profissional-usuária de saúde.

No segundo domínio, foi proposto pela participante L.29 a inclusão do item sobre planejamento familiar a qual denominei “Configurações familiares e planejamento familiar”. L. 29 e sua esposa planejam a ampliação de sua família e pontuou como em seu posto de saúde não teve atenção sobre essa questão entendendo que para casais heterossexuais o planejamento pode ocorrer com mais facilidade. A constituição familiar a partir de um casal gay evidencia questões como, por exemplo, o tipo de reprodução: inseminação artificial; fertilização in vitro; fertilização in vitro por substituição (barriga de aluguel) e outras nuances, bem como a possibilidade de adoção.

M.T. 47 entra em consenso sobre a inclusão desse item a partir da discussão da chamadas “barrigas de aluguel” e M.S. 26 por mais que entenda que dentro de seu atual entendimento e crítica à instituição família a temática não lhe afeta de modo significativo ou lhe desperta a necessidade da construção deste item também concorda com o acréscimo, pensando a partir dos múltiplos desejos e direitos de outras pessoas LGBTQIA+ que não comungam com sua experiência pessoal.

No 3º domínio, subcategoria “atitude”, M.T. 47 propõe algum item que englobasse a atualização dos profissionais acerca das múltiplas experiências em gênero e sexualidade que se desvelam com o passar do tempo, denotando o caráter dinâmico da sigla e da população que põe em desconstrução e reconstrução contínua os saberes sobre gênero e sexualidade.

Em debate, compreendemos que o item “aprendizagem contínua” de modo generalista já continha sua proposta e, em consenso, fizemos uma incrementação necessária e mais específica para o item, tornando-o, portanto: Aprendizagem contínua sobre as modificações da sigla, adequações da linguagem e novas experiências em gênero e sexualidade.

Na mesma subcategoria, M.T. 47 traz uma discussão acerca dos preconceitos religiosos e políticos que podem interferir na assistência em saúde, ponto que encontrou consenso no grupo. A discussão girou entorno, no entanto, desses preconceitos já estarem de certa forma inclusos no item “Conhecer viesamentos, preconceitos, estereótipos, valores pessoais que influenciam a promoção de assistência em saúde para LGBTQIA+” na subcategoria “Conhecimentos”. Optou-se, portanto, por fazer uma ampliação do item especificando os aspectos religiosos e políticos, resultando na sentença final a seguir: Conhecer viesamentos, preconceitos, estereótipos, valores pessoais, políticos e religiosos que influenciam a promoção de assistência em saúde para LGBTQIA+

A inclusão desse item suscitou em M.S. 26 um outro exemplo da mesma situação que viveu no equipamento de atenção primária ao relatar experiências sexuais não-monogâmicas e bissexuais na busca por orientação e ouviu de uma das profissionais da equipe o seguinte questionamento: “Ninguém fala de Jesus na sua casa?”

M.S. 26 levantou a sugestão de incluir na habilidade do 4º domínio o encaminhamento para serviços especializados próximos e citou um centro de referências de sua cidade fazendo M.T. 47 lembrar outros equipamentos

especializados existentes também em sua cidade. Após a escuta da sugestão, o pesquisador argumentou que já estava contemplada no item da subcategoria sem a necessidade. Não houve discussões quanto a necessidade de acréscimo ou modificação do item.

O terceiro grupo reuniu profissionais de saúde que já atuaram ou atuam com população LGBTQIA+. O grupo durou em torno de 2 horas e 40 minutos e contou com a participação de 4 profissionais. A seguir, o perfil dos participantes.

Tabela 8. Grupo 3 - perfil de profissionais de saúde que atuam/atuaram com população LGBTQIA+

	Identidade de Gênero	Orientação Sexual	Idade	Grupo étnico-racial	Escolaridade	Profissão
A.L	Homem Cis	Gay	41	Branca	Superior - especialização	Ex-Coordenador de Centro de referência LGBT
L.B.	Não-binária	Bissexual	24	Branca	Superior - pós-doc	Psicólogo
S.O	Mulher Cis	Heterossexual	57	Branca	Superior - mestrado	Enfermeira
J.M	Mulher Cis	Pansexual	32	Branca	Superior - Especialização	Médica

Após ampla discussão, os participantes finalizaram o momento grupal apoiando a versão da matriz representada a seguir, na tabela 9. As modificações e acréscimos estão destacadas na cor azul.

Tabela 9. Matriz de competências culturais em saúde para atuação com Minorias Sexuais e de Gênero - versão 4

DOMÍNIO	COMPETÊNCIAS
Identities de Gênero e orientações sexuais: definições e experiências	Conhecimentos: → Conhecer os construtos e experiências diversas em gênero e sexualidade → Estigmas históricos associados à saúde da população LGBTQIA+ → Estudo da gramática da linguagem neutra
	Habilidades:

	<ul style="list-style-type: none"> → Descrever conceitos de gênero e sexualidade; → Utilizar linguagem não discriminatória, inclusiva e, em casos necessários, linguagem neutra. <p>Atitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Autoconsciência de ser sujeito marcado por gênero e sexualidade; → Respeitar e valorizar a diversidade de experiências de gênero e sexualidade; → Aprendizagem contínua sobre gênero e sexualidade
<p>Aspectos biopsicossociais da saúde da população LGBTQIA+</p>	<p>Conhecimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Conhecer a interação entre fatores biopsicossociais na determinação de saúde de LGBTQIA+; → Conhecer instrumentos de investigação e avaliação próprios da profissão → Conhecer fatores de proteção e de risco à saúde da população de LGBTQIA+; → Envelhecimento da População LGBTQIA+ → Hormonioterapia - Hormonização → Configurações familiares e planejamento familiar <p>Habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Investigar, identificar e compreender individual e coletivamente, caso-a-caso, os determinantes biopsicossociais da saúde da população de LGBTQIA+; → Investigar histórico de saúde e itinerário terapêutico para uma compreensão integral do usuário e sua demanda; → Referenciar, encaminhar e orientar sobre procedimentos e ações específicas em saúde. <p>Atitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Escuta ativa; → Pensamento crítico; → Abertura ao diálogo e à alteridade; → Aprendizagem contínua → Empatia e solidariedade.
<p>Relação profissional-usuário de saúde</p>	<p>Conhecimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Conhecer disparidades de poder entre profissional-usuário de saúde; → Conhecer viesamentos, preconceitos, estereótipos, valores pessoais, políticos e religiosos que influenciam a promoção de assistência em saúde para LGBTQIA+. → Conhecer as barreiras de acesso que impedem ou dificultam o acesso de pessoas LGBTQIA+ às ações e serviços de saúde e diminuem a adesão e/ou continuidade do cuidado pelos usuários LGBTQIA+. → Conhecer técnicas relacionais para criar atendimento acolhedor, inclusivo e afirmativo. → Aspectos fisiológicos relativos aos procedimentos específicos da população: uso do bender; hormonização; uso de silicone e outros.

	<p>Habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Escuta ativa → Comunicação precisa, acessível e não-violenta; → Linguagem acolhedora, inclusiva, afirmativa e, em casos necessários, linguagem neutra. → Promover a participação ativa do usuário no planejamento do projeto terapêutico; → Promover reflexão e expressão dos usuários acerca das suas ideias, sentimentos, opiniões, crenças e posicionamentos acerca de sua própria saúde; → Educação em saúde alinhada às necessidades de saúde dos usuários LGBTQ+; → Englobar cuidados de saúde para além das ISTs <p>Atitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Abertura ao diálogo e à alteridade; → Empatia e solidariedade. → Autoconsciência crítica; → Humildade; → Respeito e promoção da autonomia do usuário; → Promoção da participação ativa do usuário → Aprendizagem contínua sobre as modificações da sigla, adequações da linguagem e novas experiências em gênero e sexualidade. → Abster-se de impor preceitos religiosos e políticos no exercício de sua profissão
<p>Rede de saúde, rede de apoio e território</p>	<p>Conhecimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Conhecer as políticas de saúde e serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde e pontos de atenção específicos para atendimento à população de LGBTQ+; → Mapear redes de apoio comunitários, territoriais e familiares dos pacientes LGBTQ+; → Conhecer o contexto político, geográfico e os marcadores sociais do usuários LGBTQIA+ (raça, religião, classe e outros)” <p>Habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Referenciar, contrarreferenciar, encaminhar e orientar pacientes LGBTQ+ aos pontos de atenção da rede de saúde e às redes de apoio comunitários, territoriais e familiares dos pacientes LGBTQ+; → Matriciamento entre serviços e equipamentos → Busca ativa de usuários LGBTQIA+”; <p>Atitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Abertura ao diálogo e à alteridade; → Postura de aprendizagem contínua; → Consciência crítica; → Vontade de fortalecer e articular rede de saúde e de rede apoio. → Autorreflexão e autocrítica sobre sua própria rede de apoio e relação com o território.

No primeiro domínio, a participante L.B, 24 destaca a necessidade de especificar o título do domínio visto que há ainda uma grande confusão entre os termos e vivências referentes às identidades de gênero e orientações sexuais. Sua pontuação despertou reflexões em A.L.41, que ao relatar sobre seu relacionamento amoroso com homem trans sua orientação sexual foi colocada em questão. O participante que também é pastor de uma igreja inclusiva falou sobre 2 situações que revelam a gravidade da falta de uma assistência em saúde culturalmente competente: 1) A.L. 41 acompanha um grupo de pessoas LGBTQs que passou pela ditadura militar e que nunca fizeram uma simples prevenção denotando aversão aos serviços de saúde; 2) Traz relatos de uma travesti que num equipamento de saúde primária foi surpreendida por uma Agente Comunitária de Saúde dizendo-lhe que as camisinhas eram para as famílias. S.O.57, reflete de modo geral sobre a necessidade de maiores conhecimentos sobre a temática por parte dos profissionais de saúde e discute o termo minorias como “minorização” de uma população.

Na subcategoria “conhecimento”, J.M.32, que está trabalhando na implementação de um ambulatório para população Trans, discute como ainda há expectativas normativas para as vivências em gênero e sexualidade. Traz exemplos de que no imaginário social pessoas trans necessariamente são as que passaram por alguma cirurgia e outros exemplos que denotam o modo de pensar o tema em “caixinhas”. Para isso, o grupo acordou em ampliar o primeiro item para torná-lo mais específico. Sua última versão ficou da seguinte maneira: “Conhecer os construtos e as experiências diversas em gênero e sexualidade”.

L.B.24, faz uma crítica pontual acerca da linguagem neutra e discute a necessidade do estudo gramatical das transformações que a língua pode sofrer para que dê conta das modificações das experiências sociais. Reflete sobre como não é uma troca simples no final de pronomes e palavras das letras “a” ou “o” para a letra “e”. A inclusão do item “Estudo da gramática da linguagem neutra” encontrou consenso nos demais participantes. Essa inclusão impactou dois itens: o primeiro foi um item da subcategoria habilidades, do mesmo domínio, o qual foi ampliado para “Utilizar linguagem não discriminatória, inclusiva e, em casos necessários, linguagem neutra”; e o segundo foi um item também da subcategoria “habilidades” pertencente ao 3º domínio, que se ampliou para “Linguagem acolhedora, inclusiva, afirmativa e, em casos necessários, linguagem neutra”.

No segundo domínio, A.L.41 abre reflexões sobre saúde mental da população LGBTQIA+ discutindo a necessidade de um item específico. S.O.57 faz uma importante discussão sobre a necessidade dos profissionais de saúde conhecerem instrumentos específicos de investigação e avaliação de saúde para a devida referência e mitigação de riscos. Ela inicia essa discussão dentro do campo da saúde mental impulsionada pela fala de A.L.41. L.B.24 também amplia a discussão sobre a necessidade de conhecer o manejo de crise em saúde mental. Após debate sobre a finalidade da matriz, compreendeu-se que as necessidades de saúde mental estão abrangidas sob o termo “biopsicossocial” sem a necessidade de um item específico e acordamos sobre a necessidade de os profissionais, dentro de suas áreas específicas, conhecerem seus instrumentos de investigação e avaliação e colocarem em uso na prática com pessoas LGBTQIA+. Esse debate resultou no acréscimo do item “Conhecer instrumentos de investigação e avaliação próprios da profissão” à subcategoria “conhecimentos”.

J.M.32, na mesma subcategoria, propõe a troca do termo “hormonioterapia” pelo termo “hormonização” justificando que o primeiro termo refere-se a uma linguagem médica acerca de tratamento podendo ser associada ao estigma histórico de doença, de algo a ser tratado, curado na população Trans e outras que fazem uso do hormônio como estratégia de readequação corporal.

A participante também traz uma discussão sobre os conhecimentos do método da medicina centrada na pessoa. O pesquisador abriu discussões sobre como muitos dos pressupostos do método estavam imbuídos na matriz e como o uso do termo do método, mesmo que não exclusivo para a classe médica, ainda assim soava específico e não cabia em uma matriz que se pretendia generalista e transdisciplinar. Após breve discussão, não houve consenso na inclusão de um item que se reportasse ao método.

No 3º domínio, S.O.57 abriu uma ampla discussão sobre a inclusão da necessidade dos profissionais compreenderem sobre os aspectos fisiológicos na saúde da população. O debate, de início, girou em torno de como o item poderia ser específico demais e sobre como alguns profissionais e saberes poderiam não dar conta desse conhecimento. Após trocas de opiniões e mudanças de posicionamentos de outros participantes, a discussão foi mais aprofundada e o item lapidado. Foi o momento grupal de maior conflito de ideias, indecisões e necessidade de formulação precisa do item. Ao final, todos concordaram que os

profissionais deveriam saber o básico sobre os aspectos fisiológicos no que concerne aos procedimentos específicos da população, como o uso de bender, a hormonização, o uso do silicone e outros. Desse modo, houve o acréscimo à subcategoria “conhecimentos” do item “Aspectos fisiológicos relativos aos procedimentos específicos da população LGBTQIA+: uso do bender; hormonização; uso de silicone e outros”

No mesmo domínio, na subcategoria “atitude”, L.B. 24 propôs a troca do termo “despir-se” no item “Despir-se de preceitos religiosos e políticos” por um termo mais técnico. O participante discutiu que todas as pessoas tem seus preceitos, que não é possível ou necessário despir-se deles, mas que na assistência em saúde esses preceitos não deveriam mediar a relação profissional com os usuários em saúde. O grupo concordou e ficou sob responsabilidade do pesquisador a troca do termo. Após reflexões e pesquisas de vocabulários que Acatasse a sugestão, optou-se pela expressão “Abster-se de impor”. Reformulando o item, tem-se: Abster-se de impor preceitos religiosos e políticos no exercício de sua profissão”.

No 4º domínio, todos os participantes comentaram sobre rede de apoios e territórios. Nas discussões, acordou-se sobre: 1) amplificação do item “Conhecer o contexto político e geográfico” na subcategoria “conhecimentos” para “Conhecer o contexto político, geográfico e os marcadores sociais do usuários LGBTQIA+ (raça, religião, classe e outros)”; 2) o acréscimo de “contrarreferenciar” no primeiro item da subcategoria “habilidades” e o acréscimo dos itens “Matriciamento entre serviços e equipamentos” e “Busca ativa de usuários LGBTQIA+”; 3) Na subcategoria “atitudes”, o acréscimo do item “autorreflexão e autocrítica sobre sua própria rede de apoio e relação com o território”. Neste item, L.B. 24 teceu reflexões sobre como a territorialização do profissional incide diretamente na sua capacidade de poder referenciar os usuários para as potencialidades que a cidade oferece. Aqui, mais do que entender os pontos de referências específicos para a população, L.B.24 aponta a necessidade de conhecer a cidade e seus pontos de lazer, cultura e encontros sociais.

O grupo 4 formado por mais 4 profissionais da saúde teve duração de 1 hora e 25 minutos e a descrição do perfil está na Tabela 10.

Tabela 10. Grupo 4 - perfil de profissionais de saúde que atuam/atuaram com população LGBTQIA+

	Identidade de Gênero	Orientação Sexual	Idade	Grupo étnico-racial	Escolaridade	Profissão
L.M	Não-binarie	Gay	27	Parda	Superior - especialização	Farmacêutico
R.X	Mulher Cis	Bissexual	29	Parda	Superior - especialização	Psicóloga
F.A	Mulher Cis	Bissexual	29	Branca	Superior - especialização	Psicóloga
C.B	Mulher Cis	Bissexual	31	Preta	Superior - especialização	Enfermeira

As modificações que o grupo 4 sugeriu estão sinalizadas com a cor laranja.

Tabela 11. Matriz de competências culturais em saúde para atuação com Minorias Sexuais e de Gênero - versão 5

DOMÍNIO	COMPETÊNCIAS
Identities de Gênero e orientações sexuais: definições e experiências	Conhecimentos: <ul style="list-style-type: none"> → Conhecer os construtos e experiências diversas em gênero e sexualidade e como opera a cisheteronormatividade a partir da análise interseccional → Estigmas históricos associados à saúde da população LGBTQIA+ no contexto brasileiro → Estudo da gramática da linguagem neutra → Nome social → Conhecer direitos da comunidade LGBTQIA+
	Habilidades: <ul style="list-style-type: none"> → Descrever conceitos de gênero e sexualidade; → Utilizar linguagem não discriminatória, inclusiva e, em casos necessários, linguagem neutra. → Preenchimento adequado da ficha das pessoas LGBTQIA+ usuárias do sistema de saúde

	<p>Atitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Autoconsciência de ser sujeito marcado por gênero e sexualidade; → Respeitar e valorizar a diversidade de experiências de gênero e sexualidade; → Aprendizagem contínua sobre gênero e sexualidade → Formação continuada específica e transdisciplinar
<p>Aspectos biopsicossociais da saúde da população LGBTQIA+</p>	<p>Conhecimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Conhecer a interação entre fatores biopsicossociais a partir da determinação social da saúde de LGBTQIA+; → Conhecer instrumentos de investigação e avaliação próprios da profissão → Conhecer fatores de proteção e de risco à saúde da população de LGBTQIA+; → Envelhecimento da População LGBTQIA+ → Compreender a pessoa LGBTQIA+ em seu estágio do ciclo de vida. → Hormonização → Configurações familiares e planejamento familiar, → Conhecer os sinais de discriminação por LGBTQIA+fobia e os canais de de reportação → Aspectos fisiológicos relativos aos procedimentos específicos da população: uso do binder; hormonização; uso de silicone e outros. (Obs.: transferido)
	<p>Habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Investigar, identificar e compreender individual e coletivamente, caso-a-caso, os determinantes biopsicossociais da saúde da população de LGBTQIA+; → Investigar histórico de saúde e itinerário terapêutico para uma compreensão integral do usuário e sua demanda; → Referenciar, encaminhar e orientar sobre procedimentos e ações específicas em saúde. → Realizar estudos de casos a partir da perspectiva transdisciplinar → Adaptar técnicas, procedimentos e comunicação às realidades culturais das pessoas LGBTQIA+ usuárias dos equipamentos e serviços de saúde. → Identificar sinais de violência em pessoas LGBTQIA+.
	<p>Atitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Escuta ativa; → Pensamento crítico; → Abertura ao diálogo e à alteridade; → Aprendizagem contínua → Empatia e solidariedade. → Reconhecer vivências de pessoas LGBTQIA+
<p>Relação profissional-usuário de saúde</p>	<p>Conhecimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Conhecer disparidades de poder entre profissional-usuário de

	<p>saúde e as violências institucionais contra à pessoa LGBTQIA+.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Conhecer enviesamentos, preconceitos, estereótipos, valores pessoais, políticos e religiosos que influenciam a promoção de assistência em saúde para LGBTQIA+. → Conhecer as barreiras de acesso que impedem ou dificultam o acesso de pessoas LGBTQIA+ às ações e serviços de saúde e diminuem a adesão e/ou continuidade do cuidado pelos usuários LGBTQIA+. → Conhecer técnicas relacionais para criar atendimento acolhedor, inclusivo e afirmativo. → Aspectos fisiológicos relativos aos procedimentos específicos da população: uso do binder; hormonização; uso de silicone e outros. (Obs. transferido) <p>Habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Escuta ativa → Comunicação precisa, acessível e não-violenta; → Linguagem acolhedora, inclusiva, afirmativa e, em casos necessários, linguagem neutra. → Promover a participação ativa do usuário no planejamento do projeto terapêutico prezando pelo vínculo horizontal. → Promover reflexão e expressão dos usuários acerca das suas ideias, sentimentos, opiniões, crenças e posicionamentos acerca de sua própria saúde; → Educação em saúde alinhada às necessidades de saúde dos usuários LGBTQ+; → Englobar cuidados de saúde para além das ISTs → Garantir sigilo e privacidade à pessoa LGBTQIA+ usuária do equipamento e serviço. <p>Atitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Abertura ao diálogo e à alteridade; → Empatia e solidariedade. → Autoconsciência crítica para reconhecer o impacto da sua postura na adesão e continuidade do tratamento → Humildade; → Respeito e promoção da autonomia do usuário; → Promoção da participação ativa do usuário → Aprendizagem contínua sobre as modificações da sigla, adequações da linguagem e novas experiências em gênero e sexualidade. → Abster-se de impor preceitos religiosos e políticos no exercício de sua profissão → Estimular a autodeclaração da identidade de gênero e orientação sexual → Cuidado centrado na pessoa
<p>Rede de saúde, rede de apoio e território</p>	<p>Conhecimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Conhecer as políticas de saúde e serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde e pontos de atenção específicos para atendimento à população de LGBTQIA+; → Mapear redes de apoio comunitários, territoriais e/ou familiares dos pacientes LGBTQIA+; → Conhecer o contexto político, geográfico e os marcadores

	<p>sociais do usuários LGBTQIA+ (raça, religião, classe e outros)”</p> <p>Habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Referenciar, contrarreferenciar, encaminhar e orientar pacientes LGBTQIA+ aos pontos de atenção da rede de saúde, às redes de apoio comunitário, territoriais e/ou familiares dos pacientes LGBTQIA+ bem como a outras políticas públicas. → Matriciamento entre serviços e equipamentos → Busca ativa de usuários LGBTQIA+”; → Uso de outros equipamentos e espaços sociais para ações de promoção de saúde para pessoas LGBTQIA+ <p>Atitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Abertura ao diálogo e à alteridade; → Postura de-aprendizagem contínua; → Consciência crítica; → Vontade de fortalecer e articular rede de saúde e de rede apoio. → Autorreflexão e autocrítica sobre sua própria rede de apoio e relação com o território. → Ser profissional facilitador do acesso à saúde e não um obstáculo. → Engajamento na luta pela equidade no acesso à saúde → Fortalecer a luta por uma estrutura na rede de saúde que tenha uma postura antirracista, anticapacitista e uma mirada interseccional. → Promover espaços de controle social e participação popular na construção do serviço/equipamento
--	--

Para esse grupo, a etapa de geração de ideias durou em torno de 15 minutos. No domínio 1, foram sugeridas modificações nas 3 subcategorias. Na subcategoria “conhecimentos”, F. A. 29 sugeriu que entendimento de como opera a cisheteronormatividade deveria compor o arcabouço de saber dos profissionais. Além disso, a importância desse conhecimento ser construído a partir de uma visão analítica interseccional. Inicialmente, a sugestão surgiu como item separado, mas depois de debate e consenso grupal optou-se por incorporar ao primeiro item, tornando-o assim: “Conhecer os construtos e experiências diversas em gênero e sexualidade e como opera a cisheteronormatividade a partir da análise interseccional”.

Ao segundo item foi feita uma complementação por R.X. 29 para delimitar o contexto brasileiro ao se compreender os estigmas associados à saúde LGBTQIA+, ficando o item descrito da seguinte forma: “Estigmas históricos associados à saúde da população LGBTQIA+ no contexto brasileiro”. À subcategoria foram

acrescentados os itens: “Nome social” sugerido por C.B.31 e “Conhecimentos dos direitos da população LGBTQIA+” recomendado por L.M. 27. Embora o tratamento pelo nome social seja direito e pode estar incorporado ao último item, enfatizar o óbvio e o básico se faz necessário diante dos constrangimentos relatados por pessoas trans em equipamentos de saúde ao serem tratadas pelo nome civil/morto.

Na subcategoria “habilidades”, C.B. 31 sugeriu o acréscimo de um item referente ao preenchimento adequado das fichas dos usuários LGBTQIA+ fazendo referência à sua colocação anterior sobre o uso do nome social, assim descrito como: “Preenchimento adequado da ficha das pessoas LGBTQIA+ usuárias do sistema de saúde”.

Na subcategoria “Atitudes”, R.X.29 destacou a importância da formação continuada e complementou que esta deveria ter uma perspectiva também transdisciplinar além da disposição dos profissionais aprofundarem seus conhecimentos e práticas dentro de suas próprias especialidades, sugerindo o acréscimo do item: “Formação continuada específica e transdisciplinar”

No domínio 2, F.A.29 sugeriu, na subcategoria “Conhecimentos” a complementação do primeiro item que passou a ser descrito como: “Conhecer a interação entre fatores biopsicossociais a partir da Determinação Social da Saúde de LGBTQIA+”. Sugeriu também pensar a saúde a partir dos ciclos de vida o que levou ao grupo a excluir a especificidade do item que abordava especificamente o envelhecimento para incorporá-lo à análise dos Ciclos de Vida. O novo item intitulou-se: “Compreender a pessoa LGBTQIA+ em seu estágio no ciclo de vida”.

À mesma subcategoria, L.M. 27 acrescentou a necessidade de profissionais saberem identificar os sinais de discriminação e terem ciência dos canais de denúncia e reportagem que originou o item: “Reconhecer sinais de discriminação por LGBTQIA+ e os canais de reportagem”.

À subcategoria “Habilidades”, R.X.29 retomou o conceito de transdisciplinaridade e sugeriu o acréscimo do item “Realizar estudos de casos a partir da perspectiva transdisciplinar”. L.M. 27 percebeu a necessidade de especificar em um item a adequação da prática profissional ao contexto real de cada usuário, formulando o item: “Adaptar técnicas, procedimentos e comunicação às realidades culturais das pessoas LGBTQIA+ usuárias dos equipamentos e serviços de saúde”. Também sugeriu em consonância com o item proposto na subcategoria “Conhecimentos” a incorporação do item: “Identificar sinais de violência em pessoas

LGBTQIA+”. O participantes também acrescentou à subcategoria “Atitudes” o item “Reconhecer as vivências de pessoas LGBTQIA+” apontando para necessidade de que profissionais de saúde precisam, através da escuta ativa, conceber as vivências pessoais dessa população como parte do processo da compreensão do quadro de saúde e as possibilidades de recomendações e prescrições terapêuticas.

No terceiro domínio, foi proposto por L.M. 27 a ampliação do primeiro item da subcategoria “Conhecimentos”: “Conhecer disparidades de poder entre profissional-usuário de saúde e as violências institucionais contra à pessoa LGBTQIA+”.

R.X. 29 sugeriu a transferência do item “Aspectos fisiológicos relativos aos procedimentos específicos da população: uso do binder; hormonização; uso de silicone e outros” para o domínio 2 alegando mais coerência com as proposições abarcadas pelo domínio. A partir desse grupo, o referido item faz parte do segundo domínio na subcategoria “Conhecimentos”.

Na subcategoria “Habilidades”, L.M. 29 sugeriu a ampliação do 3º item para: “Promover a participação ativa do usuário no planejamento do projeto terapêutico prezando pelo vínculo horizontal” e o acréscimo de “Garantir sigilo e privacidade à pessoa LGBTQIA+ usuária do equipamento e serviço”. E em “Atitudes” sugeriu a ampliação do 3º item que ficou: “Autoconsciência crítica para reconhecer o impacto da sua postura na adesão e continuidade do tratamento” e o acréscimo de “Cuidado centrado na pessoa” como método clínico adequado. F.A.29 também recomendou o item “Estimular a autodeclaração de identidade de gênero e orientação sexual”, pontuando a necessidade do estabelecimento de um espaço acolhedor e seguro.

No domínio 4, R.X. 29 suscitou uma simples modificação a dois itens: 1) Mapear redes de apoio comunitários, territoriais e familiares dos pacientes LGBTQIA+ (Conhecimentos) e 2) Referenciar, contrarreferenciar, encaminhar e orientar pacientes LGBTQIA+ aos pontos de atenção da rede de saúde e às redes de apoio comunitários, territoriais e familiares dos pacientes LGBTQIA+ (Habilidades). Aonde está descrito “e familiares” a participantes sugeriu o acréscimo de “/ou” evidenciando uma questão de extrema importância que é o fato de muitas pessoas LGBTQIA+ não terem vínculos sólidos, positivos e saudáveis com seus familiares, sendo estes muitas vezes perpetradores de violência, rejeição e abandono.

Ao segundo item mencionado anteriormente, F.A.29 recomendou a ampliação para abarcar a importância dos profissionais saberem construir e acionar a rede para além do campo da saúde, trazendo para o debate o conceito de “intersectorialidade”. Sendo assim, o item foi reformulado para: “Referenciar, contrarreferenciar, encaminhar e orientar pacientes LGBTQIA+ aos pontos de atenção da rede de saúde, às redes de apoio comunitário, territoriais e/ou familiares dos pacientes LGBTQIA+ bem como a outras políticas públicas”.

Na mesma subcategoria “Habilidades”, C.B. 31 discutiu que não basta saber da existência de outros espaços e equipamentos se não há ações para ocupar tais locais, formulando o seguinte item que foi incorporado à matriz: “Uso de outros equipamentos e espaços sociais para ações de promoção de saúde para pessoas LGBTQIA+”.

Por fim, em “Atitudes”, R.X.29 sugeriu a retirada da palavra “postura” do segundo item reduzindo-o a: “Aprendizagem contínua” e a retirada da palavra “Vontade de” do quarto item, resumindo-o a “Fortalecer e articular rede de saúde e de rede apoio”, discutindo como tais palavras deixam margem para que um comportamento esteja à mercê de afetos, desejos e interesses incertos.

Houve também o acréscimo de 4 itens: 1) Ser profissional facilitador do acesso à saúde e não um obstáculo.; 2) Engajamento na luta pela equidade no acesso à saúde; 3) Fortalecer a luta por uma estrutura na rede de saúde que tenha uma postura antirracista, anticapacitista e uma mirada interseccional. Esses 3 itens foram propostos por L.M. 27; e 4) Promover espaços de controle social e participação popular na construção do serviço/equipamento. Este sugerido por F.A.29.

O grupo 5 foi composto por apenas 2 pessoas além do mediador e teve duração de 50 minutos. O número mínimo deste grupo foi devido à desistência de outros 3 participantes comunicada imediatamente ao início do grupo. Em respeito aos que marcaram presença, o grupo prosseguiu. O perfil dos participantes consta na **tabela 12**.

Tabela 12. Grupo 5 - perfil de docentes de Instituição de Ensino Superior que leciona no campo da Saúde Pública e/ou Saúde da População LGBTQIA+

	Identidade de Gênero	Orientação Sexual	Idade	Grupo étnico-racial	Escolaridade	Formação
F.R.	Homem cis	Gay	38	Preto	Superior - especialização	Psicólogo
K.F.	Mulher Cis	Heterossexual	31	Parda	Superior - especialização	Médica

As modificações que o grupo 5 sugeriu estão sinalizadas com a cor lilás.

Tabela 13. Matriz de competências culturais em saúde para atuação com Minorias Sexuais e de Gênero - versão 6

DOMÍNIO	COMPETÊNCIAS
Identidades de Gênero e orientações sexuais: definições e experiências	Conhecimentos: <ul style="list-style-type: none"> → Conhecer os construtos e experiências diversas em gênero e sexualidade e como ocorre o processo de desconstrução gênero. → Como opera a cisheteronormatividade e a estrutura patriarcal a partir de uma análise interseccional. → Estigmas históricos associados à saúde da população LGBTQIA+ em contexto brasileiro em seus níveis regionais. → Estudo da gramática da linguagem neutra → Nome social → Conhecer os direitos da comunidade LGBTQIA+
	Habilidades: <ul style="list-style-type: none"> → Descrever conceitos de gênero e sexualidade; → Utilizar linguagem não discriminatória, inclusiva e, em casos necessários, linguagem neutra. → Preenchimento adequado da ficha das pessoas LGBTQIA+ usuárias do sistema de saúde
	Atitudes: <ul style="list-style-type: none"> → Autoconsciência de ser sujeito marcado por gênero e sexualidade; → Respeitar e valorizar a diversidade de experiências de gênero e sexualidade; → Aprendizagem contínua sobre gênero e sexualidade → Formação continuada específica e transdisciplinar
Aspectos biopsicossociais da saúde da população LGBTQIA+	Conhecimentos: <ul style="list-style-type: none"> → Conhecer a interação entre fatores biopsicossociais a partir da determinação social da saúde de LGBTQIA+; → Conhecer instrumentos de investigação e avaliação próprios da profissão → Conhecer fatores de proteção e de risco à saúde da população de

	<p>LGBTQIA+;</p> <ul style="list-style-type: none"> → Envelhecimento da População LGBTQIA+- → Compreender a pessoa LGBTQIA+ em seu estágio do ciclo de vida. → Hormonização: definição, objetivos, faixa etária, hormônios, interações, efeitos. → Configurações familiares (tradicionais e contemporâneas) e o planejamento familiar → Conhecer os sinais de discriminação por LGBTQIA+fobia e os canais de reportagem → Aspectos fisiológicos relativos aos procedimentos específicos da população: uso do binder; hormonização; uso de silicone e outros. (Obs.: transferido) → Saúde mental e adoecimentos psíquicos comuns à população LGBTQIA+. <p>Habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Investigar, identificar e compreender individual e coletivamente, caso-a-caso, os determinantes biopsicossociais da saúde da população de LGBTQIA+; → Investigar histórico de saúde e itinerário terapêutico para uma compreensão integral do usuário e sua demanda; → Referenciar, encaminhar e orientar sobre procedimentos e ações específicas em saúde. → Realizar estudos de casos a partir da perspectiva transdisciplinar → Adaptar técnicas, procedimentos e comunicação às realidades culturais das pessoas LGBTQIA+ usuárias dos equipamentos e serviços de saúde. → Identificar sinais de violência em pessoas LGBTQIA+. → Englobar cuidados de saúde para além das ISTs (obs. transferido) <p>Atitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Escuta ativa; → Pensamento crítico; → Abertura ao diálogo e à alteridade; → Aprendizagem contínua → Empatia e solidariedade. → Reconhecer vivências de pessoas LGBTQIA+
<p>Relação profissional-usuário de saúde</p>	<p>Conhecimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Conhecer disparidades de poder entre profissional-usuário de saúde e as violências institucionais contra à pessoa LGBTQIA+. → Conhecer enviesamentos, preconceitos, estereótipos, valores pessoais, políticos e religiosos que influenciam a promoção de assistência em saúde para LGBTQIA+. → Conhecer as barreiras de acesso que impedem ou dificultam o acesso de pessoas LGBTQIA+ às ações e serviços de saúde e diminuem a adesão e/ou continuidade do cuidado pelos usuários LGBTQIA+. → Conhecer técnicas relacionais para criar atendimento acolhedor, inclusivo e afirmativo. → Aspectos fisiológicos relativos aos procedimentos específicos da população: uso do binder; hormonização; uso de silicone e outros. (Obs. transferido)

	<p>Habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Escuta ativa → Comunicação precisa, acessível e não-violenta; → Linguagem acolhedora, inclusiva, afirmativa e, em casos necessários, linguagem neutra. → Promover a participação ativa do usuário no planejamento do projeto terapêutico prezando pelo vínculo horizontal. → Promover reflexão e expressão dos usuários acerca das suas ideias, sentimentos, opiniões, crenças e posicionamentos acerca de sua própria saúde; → Educação em saúde alinhada às necessidades de saúde dos usuários LGBTQ+; → Englobar cuidados de saúde para além das ISTs (obs. transferido) → Garantir sigilo e privacidade à pessoa LGBTQIA+ usuária do equipamento e serviço.
	<p>Atitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Abertura ao diálogo e à alteridade; → Empatia e solidariedade. → Autoconsciência crítica para reconhecer o impacto da sua postura na adesão e continuidade do tratamento → Humildade; → Respeito e promoção da autonomia do usuário; → Promoção da participação ativa do usuário → Aprendizagem contínua sobre as modificações da sigla, adequações da linguagem e novas experiências em gênero e sexualidade. → Abster-se de impor preceitos religiosos e políticos no exercício de sua profissão → Estimular a autodeclaração da identidade de gênero e orientação sexual → Cuidado centrado na pessoa
<p>Rede de saúde, rede de apoio e território</p>	<p>Conhecimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Conhecer as políticas de saúde e serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde e pontos de atenção específicos para atendimento à população de LGBTQIA+; → Mapear redes de apoio comunitários, territoriais e/ou familiares dos pacientes LGBTQIA+; → Conhecer o contexto político, geográfico e os marcadores sociais do usuários LGBTQIA+ (raça, religião, classe e outros) <p>Habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Referenciar, contrarreferenciar, encaminhar e orientar pacientes LGBTQIA+ aos pontos de atenção da rede de saúde, às redes de apoio comunitário, territoriais e/ou familiares dos pacientes LGBTQIA+ bem como a outras políticas públicas. → Matriciamento entre serviços e equipamentos → Busca ativa de usuários LGBTQIA+”; → Uso de outros equipamentos e espaços sociais para ações de promoção de saúde para pessoas LGBTQIA+ <p>Atitudes:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> → Abertura ao diálogo e à alteridade; → Postura deaprendizagem contínua; → Consciência crítica; → Vontade de fortalecer e articular rede de saúde e de rede apoio. → Autorreflexão e autocrítica sobre sua própria rede de apoio e relação com o território. → Ser profissional facilitador do acesso à saúde e não um obstáculo. → Engajamento na luta pela equidade no acesso à saúde → Fortalecer a luta por uma estrutura na rede de saúde que tenha uma postura antirracista, anticapacitista e uma mirada interseccional. → Promover espaços de controle social e participação popular na construção do serviço/equipamento
--	--

No primeiro domínio, F.R38 apontou a necessidade de acréscimos a dois itens da subcategoria conhecimento. Ao primeiro item, fez comentários teóricos bases em Butler, especificamente ao seu livro , “Problemas de gênero”. A partir daí, sugeriu o fortalecimento do item agregando termos como “patriarcado” e “desconstrução de gênero”. Na leitura crítica ao item, o pesquisador percebeu como havia muitas informações operando em um mesmo item e como sua extensão após os acréscimos não o tornava objetivo. E vista disso, decidiu desmembrar o item em dois. Os itens derivados ficaram da seguinte forma: 1) Conhecer os construtos e experiências diversas em gênero e sexualidade e como ocorre o processo de desconstrução gênero; 2) Como opera a cisheteronormatividade e a estrutura patriarcal a partir de uma análise interseccional.

Ao item “Estigmas históricos associados à saúde da população LGBTQIA+ no contexto brasileiro” da mesma subcategoria, F.R38 apontou que o contexto brasileiro é muito amplo e fez uma análise regional acerca de seu Estado de residência categorizando-o como o Estado de que mais mata pessoas LGTBQIA+. Esse contexto regional implica profundamente no modo como se pensa e faz saúde e por isso mesmo sugeriu adoção do termo “regional” para compor o item. Sua estrutura, após sugestão e consenso, ficou da seguinte maneira: “Estigmas históricos associados à saúde da população LGBTQIA+ em contexto brasileiro em seus níveis regionais.”

No domínio 2, na subcategoria “conhecimentos” houve debates acerca do porquê o item “hormonização” estaria deslocado do item “Aspectos fisiológicos...”. Após reflexões, K.F 31 além de sugerir o fortalecimento do item com descrições específicas sobre hormonização, defendeu que merecia estar como item individual

dado a importância e sua necessária ênfase. Assim, o item ampliou-se para: “Hormonização: definição, objetivos, faixa etária, hormônios, interações, efeitos”.

F.R38 havia aberto questionamento sobre a exclusão do item “Envelhecimento da população LGBTQIA+” defendendo sua permanência. Após explicações de que o item foi ampliado e a pauta foi inserida dentro um construto maior, “ciclos de vida”, e que em um momento de formação todas as faixas etárias poderiam ser evidenciadas, F.R.38 compreendeu a justificativa e recuou na ideia de revogar o item específico.

O participante, já no primeiro domínio, havia trazido o conceito de “família nuclear tradicional”, mas quando analisando de forma integral a matriz, em consenso, resolvemos agregá-lo ao item sobre família já existente neste segundo domínio. A fim de não tornar a família nuclear tradicional destacada no item como uma configuração à parte, o pesquisador estruturou o item de modo que ficasse implícito que este modelo colonizador de família, formado pela tríade homem-mulher-filhos, fazia parte de diversas outras configurações familiares. Dessa forma, houve uma ampliação do item, passando a ser mais específico: “Configurações familiares (tradicional e contemporâneas) e o planejamento familiar”.

Outra vez, retornou o debate acerca da especificidade em saúde mental puxado por F.R.38. Mesmo após o pesquisador trazer discussões provindas de outros grupos sobre como um item de saúde mental poderia especificar a matriz e como a pauta já estava inserida no construto “biopsicossocial”, F.R38 defendeu a importância do item como ênfase necessária para fortalecer a pauta já que também existia um item específico para os “aspectos fisiológicos”. K.F31 ecoou a sugestão afirmando que um item separado traria foco para a questão para se compreender mais objetivamente os adoecimentos psíquicos e agravos nessa população. Sendo assim, criou-se mais um item baseado na proposta: “Saúde mental e adoecimentos psíquicos comuns à população LGBTQIA+”.

Por fim, K.F31 fez uma análise assertiva acerca de um determinado item contido na subcategoria “habilidades” do domínio 3, a saber: “Englobar cuidados de saúde para além das ISTs”. A participante comentou que, posto nas habilidades do domínio 3, o item poderia suggestionar que toda postura profissional, automaticamente, já era enviesada pelo estigma. Tal generalização não pode se sustentar. Notou também que por ser um item “clínico” deveria estar compondo a

categoria que tratasse da saúde da população, portanto, o domínio 2. Consensuou-se pela transferência do item.

A seguir, a tabela informa o perfil de docentes que participaram do último grupo e finalizaram as contribuições externas à matriz.

Tabela 14. Grupo 6 - perfil de docentes de Instituição de Ensino Superior que leciona no campo da Saúde Pública e/ou Saúde da População LGBTQIA+

	Identidade de Gênero	Orientação Sexual	Idade	Grupo étnico-racial	Escolaridade	Formação
V.D	Mulher Cis	Heterossexual	68	Indígena	Superior - doutorado	Médica
C.G	Mulher Cis	Bissexual	40	Parda	Superior - Doutorado	Enfermeira/ Dentista
L.P	Não-binária	Bissexual	31	Parda	Superior - especialização	Médico

Ao longo de 1h40min o último grupo operou modificações na matriz. Suas propostas estão sinalizadas com a cor roxa.

Tabela 15. Matriz de competências culturais em saúde para atuação com Minorias Sexuais e de Gênero - versão 7

DOMÍNIO	COMPETÊNCIAS
Identities de Gênero e orientações sexuais: definições e experiências	Conhecimentos: <ul style="list-style-type: none"> → Conhecer os construtos e experiências diversas em gênero e sexualidade e como ocorre o processo de desconstrução gênero. → Como opera a cisheteronormatividade e a estrutura patriarcal a partir de uma análise interseccional. → Estigmas históricos e culturais associados à saúde da população LGBTQIA+ em contexto global e brasileiro considerando seus níveis regionais. → Estudo da gramática da linguagem neutra → Nome social → Conhecer os direitos da comunidade LGBTQIA+ → Letramento em linguagem politicamente correto e decolonial evitando termos excludentes e biomédicos obsoletos
	Habilidades:

	<ul style="list-style-type: none"> → Descrever conceitos de gênero e sexualidade; → Utilizar linguagem não discriminatória, inclusiva e, em casos necessários, linguagem neutra. → Criação e Preenchimento adequado da ficha das pessoas LGBTQIA+ usuárias do sistema de saúde <p>Atitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Autoconsciência de ser sujeito marcado por gênero e sexualidade; → Respeitar e valorizar a diversidade de experiências de gênero e sexualidade; → Aprendizagem contínua sobre gênero e sexualidade → Formação continuada específica e transdisciplinar → Abertura e humildade cultural
<p>Aspectos biopsicossociais da saúde da população LGBTQIA+</p>	<p>Conhecimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Conhecer a interação entre fatores biopsicossociais a partir da determinação social da saúde de LGBTQIA+; → Conhecer, criar e propor instrumentos de investigação e avaliação próprios da profissão → Conhecer fatores de proteção e de risco à saúde da população de LGBTQIA+; → Envelhecimento da População LGBTQIA+- → Compreender a pessoa LGBTQIA+ em seu estágio de ciclo de vida. → Hormonização: definição, objetivos, faixa etária, hormônios, interações, efeitos. → Configurações familiares (tradicionais e contemporâneas) e o planejamento familiar → Conhecer os sinais de discriminação por LGBTQIA+fobia e os canais de reportagem → Aspectos fisiológicos relativos aos procedimentos específicos da população: uso do binder; hormonização; uso de silicone e outros. (Obs.: transferido) → Saúde mental e adoecimentos psíquicos comuns à população LGBTQIA+. → Conhecer dados epidemiológicos de violências. → Conhecer nomes de cirurgias e seus sentidos sociais. <p>Habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Investigar, identificar e compreender individual e coletivamente, caso-a-caso, os determinantes biopsicossociais da saúde da população de LGBTQIA+; → Investigar histórico de saúde e itinerário terapêutico para uma compreensão integral do usuário e sua demanda; → Referenciar, encaminhar e orientar sobre procedimentos e ações específicas em saúde. → Realizar estudos de casos a partir da perspectiva transdisciplinar → Adaptar técnicas, procedimentos e comunicação às realidades culturais das pessoas LGBTQIA+ usuárias dos equipamentos e serviços de saúde. → Identificar sinais de violência em pessoas LGBTQIA+. → Englobar cuidados gerais de saúde para além das ISTs (obs.

	<p>transferido) → Utilizar ferramentas para integrar projeto de vida e felicidade</p> <p>Atitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Escuta ativa; → Pensamento crítico; → Abertura ao diálogo e à alteridade; → Aprendizagem contínua → Empatia e solidariedade. → Reconhecer vivências de pessoas LGBTQIA+
<p>Relação profissional-usuário de saúde</p>	<p>Conhecimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Conhecer disparidades de poder entre profissional-usuário de saúde e as violências institucionais contra à pessoa LGBTQIA+. → Conhecer enviesamentos, preconceitos, estereótipos, valores pessoais, políticos e religiosos que influenciam a promoção de assistência em saúde para LGBTQIA+. → Conhecer as barreiras de acesso que impedem ou dificultam o acesso de pessoas LGBTQIA+ às ações e serviços de saúde e diminuem a adesão e/ou continuidade do cuidado pelos usuários LGBTQIA+. → Conhecer técnicas relacionais para criar atendimento acolhedor, inclusivo e afirmativo. → Aspectos fisiológicos relativos aos procedimentos específicos da população: uso do binder; hormonização; uso de silicone e outros. (Obs. transferido) <p>Habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Escuta ativa → Comunicação precisa, acessível e não-violenta; → Linguagem acolhedora, inclusiva, afirmativa e, em casos necessários, linguagem neutra. → Promover a participação ativa do usuário no planejamento do projeto terapêutico prezando pelo vínculo horizontal. → Promover reflexão e expressão dos usuários acerca das suas ideias, sentimentos, opiniões, crenças e posicionamentos acerca de sua própria saúde; → Educação em saúde alinhada às necessidades de saúde dos usuários LGBTQ+ incluindo saberes prévios; → Englobar cuidados de saúde para além das ISTs (obs. transferido) → Garantir sigilo e privacidade à pessoa LGBTQIA+ usuária do equipamento e serviço. → Evitar suposições da orientações exual e de gênero <p>Atitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Abertura ao diálogo e à alteridade; → Empatia e solidariedade. → Autoconsciência crítica para reconhecer o impacto da sua postura na adesão e continuidade do tratamento → Humildade; → Respeito e promoção da autonomia do usuário; → Desenvolver escuta ética para desenvolvimento comunitário e promover a participação ativa do usuário

	<ul style="list-style-type: none"> → Aprendizagem contínua sobre as modificações da sigla, adequações da linguagem e novas experiências em gênero e sexualidade. → Abster-se de impor preceitos religiosos e políticos no exercício de sua profissão → Estimular a autodeclaração da identidade de gênero e orientação sexual → Não assumir a postura de pessoa cissalvadora evitando atitudes paternalista em prol do Cuidado centrado na pessoa
Rede de saúde, rede de apoio e território	<p>Conhecimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Conhecer as políticas de saúde e serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde e pontos de atenção específicos para atendimento à população de LGBTQIA+; → Mapear redes de apoio comunitários, territoriais e/ou familiares dos pacientes LGBTQIA+; → Conhecer o contexto político, geográfico (capital/interior/campo/quilombo), cultural e os marcadores sociais do usuários LGBTQIA+ (raça, religião, classe e outros) → Conhecer práticas de abordagem familiar e comunitária
	<p>Habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Referenciar, contrarreferenciar, encaminhar e orientar pacientes LGBTQIA+ aos pontos de atenção da rede de saúde, às redes de apoio comunitário, territoriais e/ou familiares dos pacientes LGBTQIA+ bem como a outras políticas públicas para garantir a intersectorialidade. → Matriciamento entre serviços e equipamentos a partir de um trabalho multi e interprofissional. → Busca ativa de usuários LGBTQIA+”; → Uso de outros equipamentos e espaços sociais para ações de promoção de saúde para pessoas LGBTQIA+ → Criar uma ambiência de acolhimento e respeito nos espaços das unidades de saúde inserindo temas relativos à saúde da população LGBTQIA+
	<p>Atitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Abertura ao diálogo e à alteridade; → Postura-de-aprendizagem contínua; → Consciência crítica; → Ventade-de fortalecer e articular rede de saúde e de rede apoio. → Autorreflexão e autocrítica sobre sua própria rede de apoio e relação com o território. → Ser profissional facilitador do acesso à saúde e não um obstáculo. → Engajamento na luta pela equidade no acesso à saúde → Fortalecer a luta por uma estrutura na rede de saúde que tenha uma postura antirracista, anticapacitista e uma mirada interseccional. → Promover espaços de controle social e participação popular na construção do serviço/equipamento

Na subcategoria “conhecimentos” do primeiro domínio, V.D68 iniciou as sugestões com o acréscimo do termo “culturais” ao item que retratava os “Estigmas históricos” refletindo sobre como os estigmas também tinham bases culturais. Ao mesmo item, C.G40 disparou uma reflexão sobre como era necessário pensar os estigmas históricos em âmbito não somente brasileiro e regional, como também pensar internacionalmente como as políticas para esta população funcionam. Em vista disso, sugeriu que acrescentasse ao item o caráter global da compreensão das políticas, configurando o item para: “Estigmas históricos e culturais associados à saúde da população LGBTQIA+ em contexto global e brasileiro considerando seus níveis regionais”.

À mesma subcategoria, L.P31 sugeriu o acréscimo de um item específico sobre letramento de uma linguagem politicamente correta e decolonial. Sua sugestão parte de uma percepção que dentro do campo da saúde ainda muito se usa termos excludentes e biomédicos que são obsoletos. Sendo assim, esboçou-se o seguinte item: “Letramento em linguagem politicamente correta e decolonial evitando termos excludentes e biomédicos obsoletos”.

V.D68 ainda disparou nesta mesma subcategoria a reflexão sobre o uso da linguagem neutra e a proposta de um item que fosse mais abrangente, como “linguagem inclusiva”. Neste momento houve uma pausa para o pesquisador trazer à tona discussões anteriores e reflexões sobre como um item como “linguagem inclusiva” somente poderia dar margem para o não uso, em casos necessários, da linguagem neutra. Após a defesa do item, a professora V.D68 compreendeu a questão e a sugestão de seu item foi descartada.

Na subcategoria seguinte, “habilidades”, C.G.40 argumentou sobre o item que previa o preenchimento adequado de fichas de pessoas LGBTQIA+ apontando como não havia documentos específicos. Embora já seja orientando que no sistema de saúde haja campo para o nome social, a professora sugeriu a este item o acréscimo de “Criação” pensando que para além do que existe é necessário a criação de fichas e outros formulários específicos. O item ficou formulado da seguinte maneira: “Criação e Preenchimento adequado da ficha das pessoas LGBTQIA+ usuárias do sistema de saúde”. Esta discussão também permeou um item da subcategoria “conhecimentos” do domínio 2 em que tanto C.G40 como V.D.68 reafirmaram a necessidade de criar e propor instrumentos de investigação, que os formulários existentes não incluem especificidades e que há uma ausência de instrumentos.

Desta forma, o determinado item incorporou os termos: “Conhecer, criar e propor instrumentos de investigação e avaliação próprios da profissão”.

Retornado ao domínio 1, na subcategoria “atitudes”, L.P31 refletiu sobre o termo “humildade cultural” e a adoção de um item específico que o contemplasse. Para fortalecer a reflexão e dirimir os pretensos conflitos entre o uso dos termos humildade e competências culturais, o pesquisador pontuou sobre como não há exclusões e hierarquia de importância entre os termos e que não era possível desenvolver competências, especialmente para o público e as demandas específicas deste trabalho, sem a humildade necessária que gera uma abertura ao que é diferente. Expandido pois o campo conceitual da matriz formulou-se o item: “Abertura e humildade cultural”.

No domínio 2, “conhecimentos”, ao item sobre ciclos de vidas da população LGBTQIA+, C.G.40 fez uma análise gramatical alertando que “estágios” e “ciclos de vida” em um mesmo item torna-se redundante. A partir disso, excluiu-se o primeiro termo; L.P.31 sugeriu o acréscimo de um item que contemplasse o dados epidemiológicos de violências contra LGBTQIA+ entendendo o papel central que as violências têm na produção de adoecimentos nesta população. À subcategoria, também houve a inclusão de um item específicos: “Conhecer nomes de cirurgias e seus sentidos sociais”.

Na formulação deste item, L.P.31 traz exemplos de como em homens trans há a necessidade de cirurgia para a readequação da voz (tireoplastia), já que em muitos casos a hormonização não é suficiente. O fato de ter evocado também os sentidos sociais que dão motivação para a realização das cirurgias reforça como não é possível pensar saúde a partir de uma só perspectiva. Refletiu também, após comentário do pesquisador, que o item precisava ser específico para dar ênfase, embora coubesse no item já formulado sobre “aspectos fisiológicos dos procedimentos específicos”. Respeitando a sugestão, incluiu-se, portanto, o item: “Conhecer nomes de cirurgias e seus sentidos sociais”.

Nas discussões de ideias neste domínio, L.P.31 também disparou sobre a necessidade de pensar a população LGBTQIA+ em suas diferenças regionais, trazendo o binômio “interior-capital”. Esta discussão permeou as reflexões de V.D.68 que pensou não estritamente neste binômio, mas abrangendo para contextos de quilombos e campos, demarcando a diversidade cultural em que pessoas LGBTQIA+ vivem. Estas reflexões teve reverberações no domínio 4 em um item já

existente na subcategoria “conhecimentos” sobre “conhecer contexto político e geográfico”. O pesquisador, tendo uma compreensão ampla da matriz, sinalizou que tais colocações poderiam compor este item já existente. Após consenso, o item reformulou-se para: “Conhecer o contexto político, geográfico (capital/interior/campo/quilombo), cultural e os marcadores sociais do usuáios LGBTQIA+ (raça, religião, classe e outros)”.

Ainda no domínio 2, na subcategoria “habilidades”, C.G.40 propôs a ampliação do item do cuidados para além de ISTs incluindo o termo “gerais”: “Englobar cuidados gerais de saúde para além das ISTs”. L.P.31 fez o acréscimo de “Utilizar ferramentas para integrar projeto de vida e felicidade” a partir de uma reflexão sensível como é possível, em qualquer serviço, para qualquer profissional, alinhar suas práticas aos projeto de vida e felicidade das pessoas que assistem.

Na subcategoria “atitudes”, L.P.31 toma um termo da literatura sobre racialidade, a saber, “branco salvador”, e propõe um item equivalente para pensar atitudes de pessoas cis salvadora, evitando atitude paternalista para compor um cuidado centrado na pessoa. Sua sugestão foi relocada em um item já existente nas “atitudes” do domínio 3, que se trata da relação profissional e usuário e ficou da seguinte forma: “Não assumir a postura de pessoa cissalvadora evitando atitudes paternalista em prol do Cuidado centrado na pessoa”.

No domínio 3, “habilidades”, V.D.68 fez uma sugestão para o item sobre “Educação alinhada Às necessidades de LGBTQIA+” acrescentando a especificação “incluindo seus saberes prévios”, argumentando, com bases freireanas, sobre a importância de ouvir e localizar nos usuáios os caminhos a serem percorridos no processo de letramento sobre suas questões.

À mesma subcategoria foi adicionado uma sugestão que inicialmente L.P.31 pensou para o campo das atitudes: “Evitar suposições das orientações sexuais e identidade de gênero dos usuáios”. Após o pesquisador apontar sobre como este item tem mais haver com uma habilidade técnica-relacional informada por dados da literatura científica e que sua execução deveria fazer parte do rol de habilidades desejadas em um acolhimento e atendimento com a referida população, resolveu-se retirar o item do campo das atitudes, na qual estaria à mercê de uma disposição pessoal. Embora “não pressupor” seja um atitude, quando posta em habilidades, fica demarcada como ação essencial para as boas práticas em saúde.

Na subcategoria “atitudes”, refez-se o item sobre “promoção da participação ativa do usuário” para acrescentar a sugestão de L.P.31 sobre a necessidade de uma escuta ética do profissional que embasasse o desenvolvimento comunitário. Sendo assim: tal item ampliou-se para: “Desenvolver escuta ética para desenvolvimento comunitário e promover a participação ativa do usuário”

No domínio 4, em “conhecimentos”, também acrescentou-se o item “Conhecer práticas de abordagem familiar e comunitária” sugerida por L.P.31 e sustentadas por V.D.68 e C.G.40. Mesmo diante da dúvida do pesquisador se tal item colocaria em xeque o caráter não específico da matriz, C.G.40 refletiu sobre como existem as referências e todos os profissionais, independente do serviço em que atuam, precisam minimamente saber sobre território. V.D. 68 sustentou o item argumentando que tais ferramentas ajudam os profissionais que não estão no contexto territorial a compreendê-lo.

Em “habilidades”, no item sobre referência e contrarreferência, houve mais um a ampliação proposta por V.D.68 mais com o objetivo de enfatizar a importância da intersectorialidade que o item já demarcava mas não continha o termo. Sendo assim, o item passou a ser descrito da seguinte maneira: “Referenciar, contrarreferenciar, encaminhar e orientar pacientes LGBTQIA+ aos pontos de atenção da rede de saúde, às redes de apoio comunitário, territoriais e/ou familiares dos pacientes LGBTQIA+ bem como a outras políticas públicas para garantir a intersectorialidade”

Houve modificações também no item sobre matriciamento. L.P.31 e V.D.68 no domínio anterior falaram sobre o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar respectivamente. Suas reflexões, a partir da condução do pesquisador, impactaram o item este item do domínio que passou a ser: “Matriciamento entre serviços e equipamentos a partir de um trabalho multi e interprofissional”.

L.P. também falou sobre a importância de criar um ambiente que sinalizasse segurança e acolhimento para a população ao inserir temas de saúde LGBTQIA+ na unidades dos serviços como cartazes ou vídeos como propôs V.D 68 sugerindo que mais do que criar intervir no ambiente, tal atitude criaria uma ambiência para tal acolhimento. Por fim, tais reflexões deram base para o seguinte item: “Criar uma ambiência de acolhimento e segurança nos espaços das unidades de saúde ao inserir temas relativos à saúde da população LGBTQIA+”.

Após os grupos e uma análise sistêmica da matriz, compreendendo seu processo de construção, as intervenções, os fluxos de sentidos e experiências que a compoam, o pesquisador revisou a matriz a fim de corrigir erros, refinar suas ideias em itens objetivos e específicos, e sistematizá-los em uma linguagem acadêmica e formal. As alterações feitas na matriz, apresentada a seguir, não prejudicou ou modificou o sentido e as proposições dos itens. A tabela 16 traz a versão final da matriz estabelecida para este trabalho.

Tabela 16. Matriz de competências culturais em saúde para atuação com Minorias Sexuais e de Gênero.

DOMÍNIO	COMPETÊNCIAS
Identidades de Gênero e orientações sexuais: conceitos e vivências	Conhecimentos: <ul style="list-style-type: none"> → Gênero e sexualidade: conceitos, processos construtivos/desconstrutivos e diversidades vivenciais. → Operacionalização da estrutura patriarcal e cisheteronormativa a partir de uma análise interseccional → Estigmas históricos e culturais associados à saúde da população LGBTQIA+ em contexto global e brasileiro considerando seus níveis regionais. → Direitos da comunidade LGBTQIA+ → Linguagem anticolonial, antirracista, antiLGBTfóbica; Gramática da linguagem neutra; Nome social.
	Habilidades: <ul style="list-style-type: none"> → Descrever conceitos de gênero e sexualidade; → Utilizar linguagem não discriminatória, inclusiva e, em casos necessários, linguagem neutra, evitando termos excludentes e biomédicos obsoletos. → Criação e preenchimento adequado de fichas das pessoas LGBTQIA+ usuárias do sistema de saúde
	Atitudes: <ul style="list-style-type: none"> → Autoconsciência de ser sujeito marcado por gênero e sexualidade; → Respeitar e valorizar a diversidade de experiências de gênero e sexualidade; → Aprendizagem contínua, transdisciplinar e específica, sobre gênero e sexualidade.
Aspectos biopsicossociais da saúde da população LGBTQIA+	Conhecimentos: <ul style="list-style-type: none"> → Interação entre fatores biopsicossociais a partir da Determinação Social da Saúde de LGBTQIA+; → Dados epidemiológicos de violências; → Sinais de discriminação por LGBTQIA+fobia e os canais de reportagem; → Instrumentos de investigação e avaliação próprios da profissão;

	<ul style="list-style-type: none"> → Fatores de proteção e de risco à saúde da população de LGBTQIA+; → A pessoa LGBTQIA+ em seu ciclo de vida; → Aspectos fisiológicos relativos aos procedimentos específicos da população trans: uso do binder; hormonização; uso de silicone e outros. → Hormonização: definição, objetivos, faixa etária, hormônios, interações, efeitos; → Cirurgias de reafirmação de gênero: nomenclaturas e seus sentidos sociais. → Configurações familiares (tradicionais e contemporâneas) e o planejamento familiar; → Saúde mental e adoecimentos psíquicos comuns à população LGBTQIA+. <p>Habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Investigar, identificar, integrar e compreender individual e coletivamente, caso-a-caso, os determinantes biopsicossociais da saúde da população de LGBTQIA+; → Identificar sinais de violência em pessoas LGBTQIA+. → Investigar histórico de saúde e itinerário terapêutico para uma compreensão integral do usuário e sua demanda; → Referenciar, encaminhar e orientar sobre procedimentos e ações específicas em saúde e outras políticas públicas; → Realizar estudos de casos a partir de uma perspectiva transdisciplinar e interseccional; → Adaptar técnicas, procedimentos e comunicação às realidades culturais das pessoas LGBTQIA+ usuárias dos equipamentos e serviços de saúde. → Propor cuidados gerais em saúde não presumidos e restritos ao diagnóstico, profilaxia e tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) articulando ferramentas para integrar projeto de vida e felicidade de cada pessoa; → Criar e propor instrumentos de investigação e avaliação próprios da profissão. <p>Atitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Escuta ativa; → Pensamento crítico; → Abertura ao diálogo e à alteridade; → Aprendizagem contínua → Empatia e solidariedade; → Reconhecer vivências de pessoas LGBTQIA+.
Relação profissional - usuário de saúde	<p>Conhecimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Disparidades de poder entre profissional-usuário de saúde e as violências institucionais contra à pessoa LGBTQIA+. → Enviesamentos, preconceitos, estereótipos, valores pessoais, políticos e religiosos que influenciam a promoção de assistência em saúde para LGBTQIA+. → Barreiras de acesso que impedem ou dificultam o acesso de pessoas LGBTQIA+ às ações e serviços de saúde e diminuem a adesão e/ou continuidade do cuidado pelos usuários LGBTQIA+. → Técnicas relacionais para criar atendimento acolhedor, inclusivo e afirmativo.

	<p>Habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Escuta ativa → Comunicação precisa, acessível e não-violenta; → Linguagem acolhedora, inclusiva, afirmativa e, em casos necessários, linguagem neutra. → Promover a participação ativa das pessoas no planejamento do projeto terapêutico garantindo vínculo horizontal. → Promover reflexão e expressão das pessoas acerca das suas ideias, sentimentos, opiniões, crenças e posicionamentos acerca de sua própria saúde; → Educar-se com base nas necessidades de saúde dos usuários LGBTQIA+ informadas pelos seus saberes; → Garantir sigilo e privacidade à pessoa LGBTQIA+ usuária do equipamento e serviço. → Evitar suposições da orientação sexual e de identidade de gênero prezando pela promoção de uma ambiência que estimule a autodeclaração. → Estimular a autodeclaração da identidade de gênero e orientação sexual;
	<p>Atitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Humildade, abertura ao diálogo e à alteridade; → Empatia e solidariedade; → Autoconsciência crítica para reconhecer o impacto da sua postura na adesão e continuidade do tratamento; → Respeito e promoção da autonomia e participação ativa das pessoas usuárias das ações e serviços de saúde visando o desenvolvimento comunitário; → Aprendizagem contínua sobre as modificações da sigla, adequações da linguagem e novas experiências em gênero e sexualidade; → Abster-se de impor preceitos religiosos e políticos no exercício de sua profissão; → Superar posturas cisnormativas de salvadorismo; rejeitar práticas paternalistas; priorizar o cuidado centrado na pessoa e seu poder de autodeterminação.
<p>Rede de saúde, rede de apoio e território</p>	<p>Conhecimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Conhecer as políticas de saúde e serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde e pontos de atenção específicos para atendimento à população de LGBTQIA+; → Mapear redes de apoio comunitários, territoriais e/ou familiares dos pacientes LGBTQIA+; → Conhecer o contexto político, geográfico (capital/interior/campo/quilombo), cultural e os marcadores sociais do usuários LGBTQIA+ (raça, religião, classe e outros); → Conhecer práticas de abordagem familiar e comunitária. <p>Habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Referenciar, contrarreferenciar, encaminhar e orientar pacientes LGBTQIA+ aos pontos de atenção da rede de saúde, às redes de apoio comunitário, territoriais e/ou familiares dos pacientes LGBTQIA+ bem como a outras políticas públicas para garantir a intersetorialidade;

	<ul style="list-style-type: none"> → Matriciamento entre serviços e equipamentos a partir de um trabalho multi e interprofissional; → Busca ativa de usuários LGBTQIA+; → Uso de outros equipamentos e espaços sociais para ações de promoção de saúde para pessoas LGBTQIA+; → Criar uma ambiência de acolhimento e respeito nos espaços das unidades de saúde inserindo temas relativos à saúde da população LGBTQIA+.
	<p>Atitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Abertura ao diálogo e à alteridade; → Aprendizagem contínua; → Consciência crítica; → Fortalecer e articular rede de saúde e de rede apoio; → Autorreflexão e autocrítica sobre sua própria rede de apoio e relação com o território; → Ser profissional facilitador do acesso à saúde e não um obstáculo; → Engajamento na luta pela equidade no acesso à saúde; → Fortalecer a luta por uma estrutura na rede de saúde que tenha uma postura antirracista, anticapacitista, antiLGBTfóbica e uma mirada interseccional; → Promover espaços de controle social e participação popular na construção do serviço/equipamento;

6.3 Finalidades de uma Matriz de competências culturais em saúde para atuação com Minorias Sexuais e de Gênero.

Neste momento é pertinente retomar a questão norteadora desta pesquisa a fim de tecer algumas reflexões que possam lhe fornecer respostas.

Como potencializar as iniciativas de desenvolvimento de competências culturais dos profissionais de saúde para atuação com Minorias Sexuais e de Gênero?

Construindo e validando coletivamente um instrumento que seja referência de prática profissional em saúde para uma assistência inclusiva, não-discriminatória e afirmadora de vida.

A construção e validação de uma matriz de competências culturais em saúde para atuação com Minorias Sexuais e de Gênero contribui para fortalecer uma luta política e social no campo científico da saúde coletiva; está fundamentada nas demandas e necessidades de saúde de uma população historicamente marginalizada; e articulada ao compromisso de fortalecer os princípios constitucionais do SUS.

Além de somar-se a outros instrumentos no campo da saúde que são ferramentas para subsidiar o enfrentamento à discriminação e a promoção de uma assistência culturalmente sensível. Aqui cito, à guisa de exemplificação, a: 1) Política Nacional De Saúde Integral De Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2012); 2) Referências técnicas para atuação de psicólogas, psicólogos e psicólogues em políticas públicas para população LGBTQIA+ (CFP, 2023); 3) Guia de diversidade: igualdade no serviço público de saúde do Ceará (Ceará, 2022); 4) Cartilha de Saúde LGBTI+: Políticas, instituições e saúde em tempos de COVID-19 (TODXS, 2021); 5) Transexualidade e Travestilidade na Saúde (Brasil, 2015); 6) Homens trans: vamos falar sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis? (Brasil, 2019); 7) Cuidado farmacêutico para a população LGBTQIAPN+ (CRF, 2023); 8) EPAs Nacionais em Medicina de Família e Comunidade: Marco Zero (SBMFC, 2025) além de outras cartilhas, decretos e notas técnicas de conselhos de saúde.

Destaco este último instrumento por entendê-lo como mais próximo da proposta de ação desta pesquisa. As EPAs (*Entrustable Professional Activities*)⁵ são unidades de atividades essenciais de cada especialidade. A Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC) lançou neste ano, 2025, a “EPAs Nacionais em Medicina de Família e Comunidade: Marco Zero” cujo desenvolvimento se deu pela metodologia Delphi com especialistas de diversas regiões do Brasil para assegurar representatividade e delimitar práticas essenciais na residência médica em território brasileiro. Tal documento contempla o atendimento de pessoas LGBTQIA+ a partir de um trabalho interprofissional, com ações intersetoriais e alinhadas ao enfrentamento às discriminações, embora reconheça suas limitações ao não oferecer subsídios para o atendimento especializado e interseccional aos sujeitos marcados por outros marcadores sociais.

Abaixo cito as tarefas referentes a essa EPA:

- 1) Maneja os problemas de saúde específicos conforme as diversidades de sexualidade e gênero; 2) Maneja situações de violências LGBTQIAPN+fóbicas; 3) Realiza, interprofissionalmente, o cuidado das pessoas em modificação corporal para afirmação de gênero; 4) Aborda, interprofissionalmente, as dinâmicas familiares e parentalidade das pessoas LGBTQIAPN+; 5) Avalia os impactos na saúde e no percurso clínico das pessoas em suas diversidades de

⁵ Atividades Profissionais Confiáveis em tradução livre.

sexualidade e gênero; 6) Utiliza recursos da rede de saúde e intersetorial na abordagem às pessoas em suas diversidades de sexualidade e gênero; 7) Educa-se e contribui para a educação sobre as diversidades de sexualidade e gênero; 8) Colabora em ações de enfrentamento às discriminações de diversidades da sexualidade e gênero (SBMFC, 2025, p. 17).

No mesmo ensejo deste instrumento, mas avançando em sua abrangência e profundidade, a matriz aqui proposta visa subsidiar, de modo transdisciplinar, práticas profissionais oferecendo detalhadamente competências, especificadas em conhecimentos, habilidades e atitudes. Alguns dos itens ganham ênfases e maior detalhamento trazendo robustez à matriz, norteando de forma prática os caminhos para “o que saber?” e o “o que fazer?”.

Em um terreno teórico como “saúde de MSG” ainda em exploração, decodificação, compreensão e expansão, instrumentos que forneçam bases para a ação no campo de atuação são de fundamental importância, ainda mais com o potencial de também subsidiar currículos formativos. Aqui se encontra outra finalidade desta matriz.

No início desta dissertação, demarcou-se que esta pesquisa se encontrava na interface temática “atuação profissional - formação profissional - saúde de MSG”. Quanto à atuação, já está bem estabelecido seu potencial de referência. Quanto à formação profissional, a matriz pode ser utilizada de algumas maneiras.

Nos processos de educação permanente, a matriz pode e deve ser desmembrada a fim de 1) tornar exequível formações pontuais para 2) responder às necessidades e lacunas formativas dos profissionais em serviço. Desta maneira, é possível identificar qual parte da matriz necessita de mais foco e trabalho para desenvolver as competências culturais visando melhorar a qualidade do serviço. Isto é possível a partir de um diagnóstico situacional do serviço e dos profissionais e das demandas sinalizadas pela população LGBTQIA+ usuária. Pontuar que ela “pode e deve ser desmembrada” é uma estratégia em resposta ao formato amplo que a Matriz tomou após os grupos, com 73 itens. Em sua totalidade, ela pode ser inexecutável em determinados contextos, além de sua linguagem que contém termos e conceitos que ainda não são popularizados e facilmente apreensíveis que colocam para o trabalhador da saúde desafios intelectuais e práticos como “o que é uma linguagem anticolonial?”, “como usar corretamente a gramática neutra?”.

Não diminuindo sua importância, mas entendendo que dentro dos serviços de saúde, a pauta da saúde de MSG disputam com outras pautas igualmente urgentes, isso traria desafios concretos e exigências surreais ao trabalho. Definitivamente, não é sobre isso que se trata essa matriz, ou pelo menos, a ideia original em produzi-la. Trata-se antes de ofertar aos trabalhadores da saúde um saber-fazer “básico”, com o qual fosse ofertado uma assistência à saúde inclusiva e respeitosa. No entanto, ao longo do processo, tomou outras formas, de modo que ela também consegue de detalhadamente embasar processos mais longos de formação, por exemplo, disciplinas inteiras em cursos de graduação.

Aos currículos de formação profissional (graduação, pós-graduação, formações livres) essa matriz pode embasá-los de forma sistemática, servindo como um alicerce pedagógico. O tema “Saúde de MSG” não seria introduzido de forma pontual aos currículos e planos de aula, mas seria desenvolvido de forma transversal, “dissolvido” nas disciplinas, operacionalizado em blocos temáticos a serem estudados teoricamente, competências a serem desenvolvidas a partir da metodologias ativas (estudos de caso, aprendizagem baseadas em problemas e outras) e processos avaliativos que garantisse a aprendizagem (portfólio, seminários, role plays, projetos de intervenção e outros). Os currículos poderiam combinar o desenvolvimento de diferentes competências a depender dos objetivos contidos no plano de aula, no plano da disciplina, no projeto do curso e articulados ao projeto político pedagógico da instituição.

A estruturação dos currículos sobre este compromisso ético-político de tornar a competência cultural central nos processos educacionais, certamente, contribuiria para a formação de profissionais críticos e sensíveis promotores de uma assistência afirmadora de vida.

Por fim, a luta de enfrentamento às situações de discriminação são contínuas e todos os esforços, em diferentes frentes (nos espaços educacionais, nos espaços de assistência à saúde, nos espaços jurídicos, nos coletivos, nas redes virtuais e outros), contribuem para a criação de uma sociedade que promova justiça e, neste caso, justiça sanitária para uma população que ainda tem seu direito à saúde negado ou ofertado de maneira negligente, culturalmente insensível e teoricamente mal fundamentado.

A terceira seção dos resultados traz o arcabouço teórico que sustentou os posicionamentos e modificações na técnica utilizada no processo de validação

anteriormente descrito. Optou-se por colocar essas modificações metodológicas nos resultados por considerar que os desdobramentos metodológicos (suas modificações procedimentais e articulações teóricas) emergiram no processo mesmo da pesquisa, não previstas, ou seja, é um dado resultante; respeita-se, portanto, a ordem cronológica da experiência da pesquisa na dissertação desse texto.

6.4 A Técnica de Grupo Nominal (TGN): contradições epistemológicas e reconstruções metodológicas a partir de uma abordagem freiriana.

Esta seção retorna e retoma o capítulo metodológico, revitaliza-o teoricamente, o refaz metodicamente e o apresenta como produto-síntese do processo de pesquisa. No primeiro momento, a TGN será melhor explicitada em seus aspectos procedimentais para, posteriormente, serem descritas as contradições epistemológicas e as intervenções do pesquisador sobre o manejo da técnica. As intervenções estão fundamentadas e justificadas nos aportes teóricos de Paulo Freire que advoga que há de se ter coerência entre o pensar e o fazer, o teórico e o metodológico. Das modificações empreendidas na técnica, estão o permitir e provocar a interação intersubjetiva; a evocação da singularidade de sentidos em ideias repetidas; e a substituição do voto deliberativo pela ação dialógica dialética que buscou sínteses para o consenso.

6.4.1 A técnica de grupo nominal

A Técnica de Grupo Nominal foi estruturada objetivando melhorar a produtividade grupal em busca de consenso para tomadas de decisão (Delbecq; Van de Ven, 1971). Também denominada de Painel de Especialistas, a técnica coloca em horizontalidade as contribuições de cada participante do grupo acerca do problema posto sob a condição de que os participantes adequados são os que têm conhecimentos e experiências acerca dos assuntos e estão envolvidos no contexto do problema.(Abdullah; Islam, 2011; Varga-Atkins *et. al.*, 2011).

A técnica é estruturada de modo que cada participante tem a oportunidade de pensar, gerar ideias, compartilhá-las, defendê-las e pô-las em análise, reflexão e crítica pelos demais membros para a ponderação e priorização de suas relevâncias

(Campos et. al., 2010). Sua organização procedimental permite identificar e descrever amplamente, de modo eficaz, aspectos do problema posto em análise, especialmente, quando há um alto grau de diversidade de experiências e formação dos participantes que visualizam de forma prismática o problema e colocam em jogo uma variedade de ideias. (Abdullah; Islam, 2011; Rosa et. al., 2023).

É útil e adequada em situações de disparidade de participação e poder entre membros, dando-lhes igualdade de oportunidade para manifestarem suas ideias; em situações em que atores diversos são consultados sobre o mesmo problema colocando em contato diferentes perspectivas; quando há necessidade de consenso grupal (Vahedian-Shahroodi et. al., 2023).

A aplicação da TGN envolve determinadas etapas que são descritas de modo variável entre autores, mas que encerram um mesmo caminho de aplicação. O grupo inicia com a **apresentação e contextualização do problema** na qual o moderador dispara a problemática através de um comando ou pergunta; em seguida, promove-se um momento de **geração de ideias** em que os participantes registram em papel suas ideias de modo silencioso, individual e independente; logo após, o moderador solicita a apresentação das ideias para que possa ocorrer a etapa do **registro das ideias** que são postas de modo visível a todos os participantes para que, então, cada uma possa ser analisada, explorada e ponderada em sua pertinência. Ideias repetidas são excluídas salvo em casos em que uma ênfase ou variação deva ser considerada. Esta etapa pode ser definida como **discussão de ideias**. Destaca-se que na TGN não é estimulado, e até desencorajado, a interação entre os membros dos grupos. Por fim, a etapa da **votação de ideias** em que o grupo ranqueia em ordem de importância as ideias que farão parte da solução final, geralmente atribuindo à notas maiores (por exemplo: 5) como de muita importância e decrescendo para de menor importância (por exemplo: 1) (Jones; Hunter, 1995; Cassiani; Rodrigues, 1996; Campos et. al., 2010; Varga-Atkins et. al., 2011; Olaz; Ortiz, 2021 Vahedian-Shahroodi et. al., 2023; Rosa et. al., 2023).

Algumas regras devem ser observadas ao se aplicar a TGN: 1) Não oportunizar críticas a nenhuma ideia a fim de ridicularizá-las ou desvalorizá-las; 2) Não haver avaliação sobre ideias de ninguém. Sua relevância será decidida em voto; 3) Geração do maior número de ideias possíveis. Entende-se que quanto maior o número de ideias, maior a probabilidade de chegar à soluções para a questão; 4)

Modificação e combinação de ideias; 5) Anonimato acerca das reputações e votos dos participantes (Abdullah; Islam, 2011)

Descrita a proposta procedimental da TGN, é válido salientar que a escolha metodológica de uma pesquisa precisa ser coerente com as bases epistemológicas que a fundamenta. Ao longo da aplicação da técnica e mesmo antes, nas leituras para apropriar-se dos procedimentos, é que, à consciência crítica, emergiu contradições suscitadas entre o nível procedimental (método) e o nível epistemológico no qual a pesquisa está assentada. Especificamente, o *desencorajamento da interação entre os participantes* que entra em contraposição à *promoção do diálogo dialético das intersubjetividades*; a *exclusão de informações repetidas* em contraste com o *agregar valor ao fenômeno temático*; e o *mecanismo de votação versus a síntese provinda do diálogo*. A esse respeito, cabe, a seguir, os desdobramentos teóricos que impactaram no “amolecimento” da técnica.

6.4.2 Contradições epistemológicas e reconstruções metodológicas na pesquisa

Por que desencorajar a interação intersubjetiva se é a partir do diálogo dialético que surgem novas proposições a partir da busca da síntese cultural? Foi a partir desta questão que se disparou a primeira modificação na técnica ao longo da pesquisa. A ousadia desta modificação reside no fato de ela subverter um princípio da técnica: a não-interatividade. Ao correr este risco, não obstante, a decisão pela modificação assenta-se numa posição epistemológica clara: o encorajamento ao diálogo.

O diálogo em Freire parte da realidade concreta dos sujeitos oprimidos que, estimulados ao pensar crítico, problematizam as condições de existência e manutenção das estruturas opressoras. A dialética contida no diálogo em Freire age na abertura ao outro e permanece aberta na inconclusão da história; garante a igualdade de oportunidade para o exercício da argumentação, pois entende e considera que argumentar, ou seja, dizer a palavra, é dizer o mundo tal o qual ver quem a pronuncia; o diálogo engaja os sujeitos no ato de conhecer (Freire, 2007; Zitkoski, 2010).

A TGN é realizada a partir da reunião entre indivíduos sob as condições de serem especialistas no assunto. No contexto dessa pesquisa, embora pessoas LGBTQIA+ usuárias do sistema de saúde não sejam, necessariamente, também

especialistas, no sentido estrito do termo, especialistas teóricos e profissionais, são as pessoas que resguardam em sua experiência pessoal informações relevantes para compor os saberes da pesquisa e público final das ações de saúde. Reestruturando, pois, a sentença: a TGN só foi possível nesta pesquisa a partir da reunião de indivíduos sob a condição de estarem envolvidos com o tema gerador, ora com seus saberes eruditos, ora com seus saberes de experiência feito.

A esse respeito, preserva-se a coerência da escolha metodológica até o ponto em que surge a orientação na literatura ao desencorajamento das interações entre participantes.

Nesta referida pesquisa, cada pessoa participou com seus pares em grupos separados, no intuito de gerar uma ambiência de segurança e acolhimento e minimizar as relações de poder que poderiam se manifestar ao colocar em contato em um mesmo grupo usuários-profissionais-docentes. Muito embora o critério de inclusão fosse que cada participante estivesse envolvido com o tema gerador, portanto, conhecedores das problemáticas de saúde da população LGBTQIA+, as posições sociais desses diversos atores poderiam, por questões próprias de suas práticas e status social, colocar em conflito a dissonância de poder de tais atores, ainda que o mediador trabalhasse para atenuar as disparidades. Optou-se, portanto, por fazer grupos separados de usuários, profissionais e docentes, o que não dirimiu a preservação das diferenças constitutivas de seus participantes. Dentro dos próprios pares havia diferenças de corpos, histórias e vivências (escolaridade, raça, orientação sexual, idade, identidade de gênero) que colocou em movimento dialético as ideias postas. Ainda no intuito de minimizar relações de poder, preservou-se a identificação dos participantes unicamente pelo seus respectivos nomes.

Não há, pois, dentro de uma proposta freiriana, a possibilidade de desestimulação, na construção-validação de um instrumento que busca impactar posturas e ações de profissionais da saúde, através da formação, para um determinado grupo, politicamente minoritário e historicamente oprimido, sem colocar em horizontalidade as ideias desses grupos ligadas às suas experiências, necessidades, desejos e exigências. Para além, no entanto, de colocar em horizontalidade, não era possível fazê-lo sem um diálogo crítico, outro aspecto da técnica que sofreu certa modificação.

Ao discutir uma educação libertadora, Freire aponta a necessidade da estruturação de uma metodologia revolucionária que coloque no centro do pensar e

no agir os humanos envolvidos no contexto cultural. É o humano inserido no processo histórico, implicado no pensar o seu pensar e o de seus companheiros, de explanar suas visões de mundo com toda a vivência de suas reivindicações (Gustsack, 2010).

Os participantes da pesquisa estavam envolvidos com diferentes aspectos relativos ao tema gerador e suas contribuições forneceram-lhe ao final uma perspectiva prismática. Às pessoas usuárias, ficou a responsabilidade de avaliar a matriz a partir de suas vivências pessoais e de seus pares; aos profissionais, o foco nos limites práticos, a viabilidade de sua concretude; aos docentes, a abrangência, fundamentação teórica e a viabilidade de seu ensino.

A pesquisa, neste viés, configurou-se como convite para participar da produção esperançosa de uma proposta de ação para transformação social. Em vista disso é que durante o processo dos grupos a interação espontânea não foi barrada e foi estimulada dentro das limitações da própria pesquisa com o cuidado de não tornar-se tempo-espaço com fins terapêuticos ou mesmo descaracterizar o procedimento finalístico da TGN: o consenso. Houve um “amolecimento” do regime procedimental e “amolecer” a técnica não é deslegitimá-la, é adaptá-la.

As argumentações individuais fortaleciam a luta pelas necessidades coletivas e os sujeitos complementavam-se em suas ideias e suas ideias eram pronunciadas cheias de sentidos, pois vinham da empiria de suas vidas e práticas, do seus “esperançar” por uma sociedade mais justas e inclusiva, de suas histórias pessoais e de seus pares. E evocando seus pares é que os participantes tornavam-se representantes relevantes na pesquisa capazes de informar para além da saturação amostral (no que se refere ao grande número de participantes e grande número de ideias), outro aspecto da TGN que não foi tomado em grande importância.

Acerca disso, Martinez-Salgado (2021) discute que a amostra da pesquisa qualitativa não está baseada em amostras probabilísticas, mas em uma amostragem propositiva, intencional, capaz de gerar não, prioritariamente, amplitude de informação, mas profundidade de informação. Assim, a validade de uma pesquisa qualitativa não está atrelada ao grande número de participantes, o dado quantitativo não é o fundamento que confere confiabilidade e legitimidade à informação, mas estas estão ligadas à relevância das informações produzidas que são capazes de iluminar o escopo do tema gerador proposto. Isso é poder de informação! Poder de informação tem a ver com a qualidade, variabilidade e profundidade da informação

capaz de nutrir o tema com novas ideias; está associado à especificidade da amostra de participantes e o quanto estão envolvidos com a temática (Malterud *et. al*, 2015).

O fato de os participantes estarem envolvidos com a temática e estimulados ao diálogo resultou em um compartilhamento de informações relevantes (causos, reflexões críticas, questionamentos) que levaram à ação na própria matriz (acréscimos, ampliações ou subtrações de itens) no intuito comum de torná-la abrangente e suficientemente inteligível em suas proposições.

Foi esse movimento dialético que proporcionou o aparecimento de uma matriz robusta, objetiva, comunicando o inédito-viável para o campo da saúde no que concerne à assistência à saúde de LGBTQIA+. Uma autêntica síntese cultural! Para Paulo Freire, a síntese cultural é o que resulta de uma ação dialógica que põe em reflexão crítica o tema em investigação (Gustsack, 2010). Sem o encorajamento ao diálogo não teria havido o refinamento das ideias, dos pensamentos e das propostas, pois ao escutar uns aos outros, as ideias, pensamentos e propostas foram se refazendo. Sem isso, cada participante teria tido suas ideias colocadas em julgamento através do mecanismo do voto e depois teriam sofrido ou apagamento por combinação/exclusão de suas ideias ou o seu enaltecimento na condecoração de sua mais alta importância. Ao passo que a matriz rodou nos diferentes grupos e foi passando pelo crivo de seus saberes e reflexões críticas é que se pôde continuamente refazê-la em um movimento de abertura inconclusa.

A TGN, na etapa da socialização e discussão das ideias, propõe que as repetidas sejam excluídas. Com variações entre autores, há orientações de que determinadas ênfases em ideias repetidas sejam consideradas. É nisto que consiste a segunda contradição emergente entre a proposta procedimental da técnica e os valores epistemológicos que guiam a pesquisa.

Na proposta dessa pesquisa, nenhuma ideia/informação poderia ser desdenhada (Martinez-salgado, 2021) e por isso é que se estabeleceu uma atitude de escuta ativa. O que cada nova informação revela à pesquisa? O que cada saber, erudito ou de experiência feito, tem a agregar de valor ao tema?

Nesse sentido, ao longo dos processos grupais, os próprios participantes foram sinalizando as ideias repetidas, mas a elas agregando valor a partir de suas análises que foram consideradas como suplemento. Repetição aqui não é saturação e uma mesma ideia pronunciada por pessoas diferentes não se esgota na exclusão

de uma que pressupõe-se já contida na outra. Repetição aqui é reiteração e reforço e cada aparição vêm de trajetórias de sentidos e experiências distintas que devem ser escutadas para então serem sintetizadas em propostas justamente adequadas. Acrescente-se o fato de que o pesquisador não somente mediava o diálogo da situação atual, mas era responsável também por trazer informações de outras discussões grupais, explicando a presença e as lacunas de determinados itens, a escolha de certos signos, colocando em diálogo as palavras das pessoas que passaram, em tempo-espaço outro, por aquela matriz e que, na situação atual, pela voz do pesquisador, juntavam-se ao grupo.

Ocorre que, nesta situação, o que muda o procedimento da técnica é a mirada do pesquisador que integra os diferentes caminhos subjetivos que uma “mesma” ideia percorreu. De “mesma” não há nada! Coube e cabe ao pesquisador colocar em diálogo as expectativas, os desejos, os pensamentos, os sonhos, o imaginário, as histórias que são carregados por cada “ideia igual e repetida”. Só esse esforço abastece as proposições de significados pessoais e representatividade coletiva.

Portanto, é que a partir dessas convicções surge o incômodo com o mecanismo de voto com o qual se encerra o produto final. Na referida pesquisa, emerge os seguintes questionamentos: O que difere uma ideia de nota 5 (muita importância) para uma ideia de nota 0 (nenhuma importância) partindo do pressuposto de que todas as ideias partem de experiências e saberes vivos e reais? O que significa descartar uma ideia diante das demandas emergentes informadas sobre um grupo cujos direitos são politicamente frágeis e socialmente estão em condições de vulnerabilidade, inclusive no campo da saúde? Quem define o que de fato é importante para ser agregado ou rejeitado (para além das arestas da própria pesquisa)? A votação é suficiente para sintetizar as ideias de todos? E, por fim, como incorporar o diálogo dialético rumo ao consenso transcendendo ao procedimento do voto deliberativo?

A socialização das ideias não encerrava-se à sua mera defesa. Era o momento em que os contrapontos eram colocados, algumas vezes partindo do próprio pesquisador, a fim de problematizar as ideias acerca de sua adequabilidade e da possibilidade de uma justapor-se a outra, fortalecendo-a ao acrescentar elementos ou resumi-los; explorar a fim de torná-la mais inteligível e precisa; e, por algumas vezes, excluí-las após reconhecimento coletivo de sua impertinência.

Destaca-se que a exclusão não vem de mera votação de ordem de importância, mas acompanhada de um processo de diálogo, de problematização crítica respeitando posicionamentos, opiniões e análises.

Em Freire, problematizar é a possibilidade de desenvolvimento do pensamento crítico, é o que torna possível uma ação intencional, política e consciente. Ao problematizar, o sujeito modifica-se a si e ao objeto de seu conhecimento sobre o qual pensa e pronuncia sua palavra. É na relação dialógica que a problematização se faz em absoluto respeito ao modo de pensar do outro, buscando não a sobreposição e a desvalorização, mas sua superação, no sentido de torná-lo um saber em relação, uma síntese articulada entre vários saberes provenientes de diferentes lugares (Freire, 2003; Mühl, 2010; Fischer e Lousada, 2010). Neste ponto, a problematização comungou com a regra da técnica que impede a crítica ridicularizadora às ideias postas.

Isto posto, nos grupos o que houve não foi uma votação deliberativa acerca da importância das ideias. Em vez disso, o mediador agia de acordo com cada situação: se a ideia era ambígua, pedia-se que o proponente a explicasse. A ideia era posta em análise pelos demais participantes para que pudessem discutir acerca de sua relevância e trazerem também suas contribuições. Não necessariamente a ideia transformava-se em um item da matriz. A compreensão do processo histórico de construção da matriz e a visão sistêmica dos itens por parte do mediador era primordial para que avaliasse a adequabilidade da ideia se transformar em um item específico ou agregasse algum item ou mesmo o excluísse pois, já contido e bem formulado por outro.

O mediador problematiza a ideia colocando-a em processo de refinamento e para se evidenciar os fundamentos do proponente. Feito isso, fazia-se uma rodada para escutar os demais participantes. Na maioria dos casos, nenhuma ideia já vinha como um item estruturado e ficava ao cargo do pesquisador construir um item que contivesse a ideia, no momento mesmo das discussões, mesmo que de forma provisória. Nesses casos, o item provisório correspondente à ideia era posto em avaliação pelos participantes. Se tivessem algo a contribuir, as ideias eram reconstituídas e os itens reformulados. Caso apenas concordassem com os rumos dados às ideias, estabelecia-se um consenso.

O pesquisador esteve atento aos sinais não-verbais de incômodo e discordância e tais sinais eram pontuados pelo pesquisador que, em curiosidade,

pedia por um posicionamento. “Percebi um incômodo com a ideia, você tem algo a dizer?” “A ideia faz sentido para você?”, “Você percebe sua importância?” Nem sempre houve concordância sobre a importância de determinados itens, mas nos casos expostos pelos participantes, tais discordâncias tinham mais a ver com questões pessoais que, ao ser posto em diálogo, foi superado pela compreensão de que um objetivo maior, coletivo, estava sendo pautado. A discordância, então, não impedia o consenso.

Um exemplo disso é acerca do item sobre planejamento familiar que foi sugerido por uma mulher lésbica, em união estável, que explicitou seu desejo por adoção e compartilhou como no atendimento em uma unidade básica de saúde o tema não foi desenvolvido pela profissional mesmo que disparado por ela. O dissenso veio de uma pessoa trans não-binária que, após reflexões, reconheceu que era um tema que não fazia parte de suas preocupações pessoais, pois não almejava construir família, mas entendia a importância disso para outras pessoas da população LGBTQIA+.

Em casos de repetição de ideias, o mediador agia da seguinte maneira: apresentava o item que supostamente era igual ou semelhante à ideia e pedia ao proponente que refletisse sobre a singularidade de sua proposta. “O que você quer dizer é semelhante ao item já existente?”, “Tem alguma ênfase que você queira dar que o item existente não está transmitindo?”, “Acredita ser necessária a criação de um novo item?”, “Faz sentido para você sua ideia compor o item já existente agregando esse termo que utilizou?”

Para exemplificar tal situação, havia um item já construído sobre a linguagem inclusiva e não-discriminatória dos profissionais que foi agregada de valor quando uma pessoa não-binária falou da importância da linguagem neutra em alguns casos. Supostamente, o uso da linguagem neutra estava incluída na proposição de uma linguagem inclusiva e não-discriminatória, mas a ênfase na descrição do item sobre o uso da linguagem neutra, quando necessário, garantiu mais objetividade ao item e evitou ambiguidades ao propor o aprendizado da linguagem neutra e seu uso em caso de atendimento às pessoas trans não-binárias que adotam exclusivamente pronomes neutros para referirem-se a si mesmas.

Esse tipo de procedimento problematizador permitiu que cada participante pudesse fundamentar sua decisão acerca das ideias para a matriz. No mecanismo do voto, a priorização de ideias poderia seguir rumos táticos, estratégicos,

escamoteando os porquês, os conflitos envolvidos, distorcendo, inclusive, preferências. A problematização colocava os participantes implicados no processo de pensar e agir sobre a matriz evidenciando as razões e proposições de seus posicionamentos; colocava em fricção as ideias fazendo-as refinarem-se, polirem umas às outras na busca de uma que pudesse incorporar as reais demandas em saúde de MSG e produzir itens propositivos que fomentassem a prática de uma assistência afirmadora de vida e não-discriminatória.

Esses ajustes feitos nos procedimentos da técnica, as problematizações, permitiram um rigor teórico-metodológico e garantia que a técnica estivesse a serviço do compromisso ético-político da pesquisa ao 1) valorizar os pensamentos e palavras de cada participante; 2) estimular o diálogo, a reflexão crítica e a busca da síntese; 3) fortalecer a participação equânime na construção da matriz; 4) respeitar a finalidade da técnica: o consenso.

6.4.3 Síntese acerca do percurso metodológico

A TGN é reconhecida como uma técnica potente para validação. Nesta pesquisa, seu real valor residiu na possibilidade de efetivar sua potência a partir de modificações, ajustes simples, mas penetrado com uma teoria que revitalizou seus sentidos e procedimentos em coerência com o compromisso ético-político da pesquisa e do pesquisador permitindo e provocando a interação intersubjetiva, no lugar de desestimulá-la, estimulando a singularidade de sentido em ideias supostamente iguais e substituindo o voto deliberativo pelo consenso provindo da ação dialógica dialética que busca uma síntese cultural.

A utilização da TGN não encerra o processo de validação da matriz. Aliás, nenhuma outra técnica e método poderiam encerrar tal processo. Mas o modo como a TGN foi conduzida, embasada nos pressupostos que aqui foram compartilhados, o rigor metodológico que buscou-se alcançar, e certos de que nenhuma ciência é neutra e acabada, submetida ao tempo-espço que são, e mais ainda, que nas Ciências Sociais e Humanas em Saúde além de não se pretenderem neutras, buscam evidenciar seu posicionamento epistemológico-teórico-metodológico é que se defende a TGN como uma técnica capaz de validação.

7 SÍNTESE SOBRE O PROCESSO DE PESQUISA E A MATRIZ

O processo de construção-validação de uma matriz de competências culturais para atuação em saúde com MSG é uma ação propositiva que buscou contribuir com o campo da ciência e da prática profissional em resposta a tantas lacunas evidenciadas pela literatura científica e encontradas nos relatos cotidianos de pessoas LGBTQIA+.

Aliás, foi a escuta ativa de quem vivenciou a temática e a incorporação de propostas tão diversas e verdadeiras [pois articuladas à própria experiência pessoal e coletiva] que nutriu de forma tão significativa esta matriz. Matriz feita por muitas mãos ou mentes como tantas vezes foi afirmado durante os grupos.

Construir uma matriz de competências **culturais** é outro aspecto importante deste trabalho: não bastava pensar em competências puramente que pudessem embasar currículos e uma formação profissional para “treinar” futuros profissionais e profissionais já atuantes como mero processo de forjar competências e verificar sua implementação eficaz. Parte-se de uma proposta de formação e atuação profissional que coloca em processo de transformação os afetos, os pensamentos, os sentidos pessoais, as histórias e as ações. Uma formação capaz de forjar um ser humano culturalmente aberto, sensível e dedicado; autoconsciente de sua própria diferença [cultural].

Forjar puramente competências é correr o risco de apreender a cultura e um povo como fenômenos estáticos, arriscando-se tornar-se obsoleto tão logo houvesse outra mudança e as competências aprendidas não pudessem mais compreender e responder à volatilidade da cultura. Forjar, pois, seres humanos culturalmente sensíveis é torná-los predispostos a fluir com as mudanças, acompanhando-as e participando delas com a plasticidade necessária para não estancar-se a si próprios e não prender o fluxo vivo de uma cultura.

A matriz, portanto, é um instrumento vivo, aberto e poroso. Validado, jamais concluído. Inconcluso posto que limitado na capacidade mesma do pesquisador (por hora sendo como se é); limitado à própria técnica, ainda que modificada; limitado aos próprios participantes, ainda que relevantes e capazes de sintetizar experiências coletivas; limitado ao tempo de um mestrado; limitado ao contexto político e social; E sempre inconcluso, posto que aberto ao fluxo de permanência-mudança de todas as

coisas. Mas estabelecido e lançado ao mundo como proposta que, por enquanto, compreende-se suficiente na permanência que resguarda as mudanças.

REFERÊNCIAS

- ABDULLAH, M. M. B.; ISLAM, R. **Nominal Group Technique and its Applications in Managing Quality in Higher Education**. Pak. J. Commer. Soc. Sci. v. 5, n.1, p. 81-99, 2011.
- ALBUQUERQUE, G. A. et. al. **Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil**. Saúde em Debate: Rio de Janeiro, v.37, n. 98, p. 516-524, 2013.
- ALPERT, A.; KAMEN, C.; SCHABATH, M. B.; HAMEL, L.; SEAY, J.; QUINN, G. P. **What exactly are we measuring? evaluating sexual and gender minority cultural humility training for oncology care clinicians**. Journal of Clinical Oncology, v. 38, n. 23, 2020.
- ASSIS, S. G. de.; GOMES, R.; PIRES, T. de. O. **Adolescência, comportamento sexual e fatores de risco à saúde**. Rev. Saúde Pública, v. 48, n. 1, p. 43-51, 2014.
- AYRES, J. R. de. C. M. **Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas**. Saúde e Sociedade, v.18, supl.2, 2009.
- BELÉM, J. M. et al. **Atenção à Saúde De Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais na Estratégia Saúde Da Família**. Rev baiana enferm., v. 32: e26475, 2018.
- BELARMINO, G. M.; RENOVATO, R. D. **Matriz de competências relacionadas aos medicamentos para o enfermeiro em unidade de terapia intensiva**. Rev. Enferm. UFSM, Santa Maria, v 10, p. 1-17, 2020.
- BERSANI, A. E.; NOBRE, A. M. R.; MACEDO, L. N.; CARVALHO, L. de A. **Sensibilidade, competência e humildade cultural no cuidado em saúde**. *IN*. ROCHA E.S.C; TOLEDO N.N; PINA R.M.P; PEREIRA, R.S.F; SOUZA, E.S. (Orgs.). *Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade*. Brasília, DF: Editora ABen; 2022. p. 62-71.
- BOSI, M. L. M. **Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios**. Ciência & Saúde Coletiva, 17(3):575-586, 2012.
- BRANCO, P. C. C. **Diálogo entre a Análise de Conteúdo e Método Fenomenológico Empírico: percursos históricos e metodológicos**. Revista de Abordagem Gestáltica – Phenomenological Studies, v. XX, n. 2, p. 189-197, 2014.
- BRANDÃO, C. R.; BORGES, M. C. B. **A pesquisa participante: um momento da educação popular**. Revista Educação Popular, Uberlândia, v. 6, p.51-62. jan./dez. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, R. T. O. et al. **Oficinas de construção de indicadores e dispositivos de avaliação**: uma nova técnica de consenso. Estudos e pesquisas em psicologia. Rio de Janeiro, ano 10, n.1, p. 221-241, 2010.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. **Pesquisa Qualitativa**: análise de discurso versus análise de conteúdo. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 15, n. 4,p. 679-684, 2006.

CASSIANI, S. H. de. B.; RODRIGUES, L. P. **A técnica de Delphi e a Técnica de Grupo Nominal como estratégias de coleta de dados das pesquisas em enfermagem**. Acta Paul. Enf. São Paulo, v. 9, n. 3, p. 76-83, 1996.

CECCIM, R. B.; CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C. de. (orgs.) **Educação Médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. 390 p.

CERES, M.; QUINN, G. P.; LOSCALZO, M.; RICE, D. **Cancer Screening Considerations and Cancer Screening Uptake for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Persons**. Semin Oncol Nurs., v. 34, n. 1, p. 37–51, fev/2018.

CONTANDRIOPULOS, AP.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, JL.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, ZMA. (org.) **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. p. 29-47.

COSTA, L. D. da. et. al. **Competência Cultural e Atenção à Saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais travestis e transexuais (LGBT)**. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, v.11, n.1, p.105-119, 2017

CROSS, T. L.; BAZRON, B. J., DENNIS, K. W.; ISAACS, M. R., **Towards a culturally competent system of care**. 1989.

CUNHA, R. B. B. e.; GOMES, R. **Sentidos atribuídos aos cuidados de saúde e à prevenção de DST/Aids em específico por jovens gays**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 807-828, 2016.

DELBECQ, a. I.; VAN DE VEN, A. H. **A group process model for problem identification and program planning**. The Journal of Applied Behavioral Science. v. 7, n. 4, 1971.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In. BOSI, M.L.M.; MERCADO, F. J. (org); **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2º ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

DUARTE, R. **Entrevistas em pesquisas qualitativas**. Educar, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004.

ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (ENAP). **Matrizes de desenvolvimento competências para o setor público brasileiro**. Brasília, 2021.

FAERMAN, L. A. **A Pesquisa Participante**: suas contribuições no âmbito das ciências sociais. Revista Ciências Humanas, Taubaté, v. 7, n. 1, p. 41-56, jan-jun/2014.

FAHLBERG, B.; FORONDA, C.; BAPTISTE, D. **Humildad cultural**: la clave para la alianza paciente-familia al afrontar decisiones difíciles. Nursing, v. 34, n. 2, 2017.

FELSENSTEIN, D. R. **Enhancing Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Cultural Competence in a Midwestern Primary Care Clinic Setting**. Journal for Nurses in Professional Development, v. 34, n. 3, mai/jun, 2018.

FERNANDES, B. **Educação popular em saúde LGBTT**: um diálogo da sociedade civil com os Postos de Saúde em Goiânia. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, v. 11, n. 1, p. 29-39, 2017.

FERREIRA, B. de O. et al. Caminhos e vivências de investigação acerca da saúde da população LGBT em uma capital do nordeste brasileiro. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, v. 11, n. 1, p. 41-49, 2017.

_____, B. O.; PEDROSA, J. I. do S.; NASCIMENTO, E. F. do. **Diversidade de Gênero e Acesso ao Sistema Único de Saúde**. Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, v. 31, n. 1, p. 1-10, 2018.

FERTONANI, H. P. et al. **Modelo assistencial em saúde**: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FIGUEROA, A. R. **La virtud abductiva y la regla de introducción de hipótesis en deducción natural**. Rev. Filos., Aurora, Curitiba, v. 26, n. 39, p. 487-513, 2014.

FLEURY, H. J.; ABDO, C. H. N. **Competência cultural do profissional de saúde sexual**. Diagn Tratamento, v. 24, n 2, p. 64-6, 2019.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde**. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva, p. 151 – 163, 2012.

FRANKLIN, T. A.; GALVÃO, R. A.; BOERY, R. N. S. de. O.; SENA, E. L. da. S.; YARID, S. D. **Bioética da proteção na acessibilidade à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Rev. Enferm. UFPE online, 2016. Recife, v. 10, n. 9, p. 3483-3488, 2016.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**. 12º ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FORONDA, C. **A Theory of Cultural Humility**. Journal of Transcultural Nursing, v. 31, n. 1, p. 7 –12, 2020.

FURNESS, B. W. et. al. **Transforming primary care for lesbian, gay, bisexual, and transgender people**: a collaborative quality improvement initiative. Annals of Family Medicine, v. 18, n. 4, jul/ago, 2020.

GOMES, S. M.; NORO, L. R. A. **Competências para o cuidado em saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**: desenvolvimento e validação de instrumento avaliativo. Saúde Soc. São Paulo, v.30, n.4, 2021.

GONDIM, S. M. G.; BENDASSOLI, P. F. **Uma crítica da utilização da análise de conteúdo qualitativa em Psicologia**. Psicologia em Estudo. Maringá, v. 19, n. 2, p. 191-199, 2014.

GONTIJO, E. D.; ALVIM, C.; MEGALE, L.; MEGALE, J. R. C.; LIMA, M. E. C. de C. **Matriz de Competências Essenciais para a Formação e Avaliação de Desempenho de Estudantes de Medicina**. Revista Brasileira de Educação Médica. v. 37 n. 4, p. 526-539, 2013.

GOUVEIA, E. A. H.; SILVA, R. de O.; PESSOA, B. H. S. **Competência Cultural**: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. Revista brasileira de educação médica; 43 (1 Supl. 1) : 82-90; 2019.

GUARESCHI, N. M. de F. SCARPARO, H. **Refletindo sobre pesquisa e produção de conhecimentos**. IN SCARPARO, H. (org). Psicologia e pesquisa. 2ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Sulina, 2008.

GUIMARÃES, R de C. P.; CAVADINHA, E. T.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. **Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira**: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde? Tempus, actas de saúde colet, Brasília, v. 11, n. 1, p. 121-139, 2017

GUSMÃO, V. C. de L. et. al. **Adaptação da Técnica de Grupo Nominal para versão virtual**: relato de experiência. Rev. Esc. Enferm. USP. 2024.

GUSTSACK, F. Síntese Cultural. In **Dicionário Paulo Freire**. STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J.J. (orgs.). 2° ed., rev. amp. 1 reimp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010.

JONES, J.; HUNTER, D. **Qualitative research**: consensus methods for medical and health services research. British Medical Journal, v. 311, n.7001, p.376–380, 1995.

JUNQUEIRA, F. .M. **Humildade cultural no compartilhamento de decisões individuais e coletivas em saúde**. 2019. 77 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2019.

KUMAGAI, A. K.; LYPSON, M. L. **Beyond cultural competence: critical consciousness, social justice, and multicultural education**. *Academic Medicine*, v. 84, n. 6, jun/2009.

MALONEY, K. M. et al. **Culturally competent sexual healthcare as a prerequisite for obtaining preexposure prophylaxis: findings from a qualitative study**. *LGBT Health*, v. 4, n. 4, 2017.

MALTERUD, K.; SIERSMA, V. D.; GUASSORA, A. D. **Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power**. *Qualitative Health Research*, nov. 2016.

MATTOS, P. L. C. L. de. **A entrevista não-estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise**. *RAP Rio de Janeiro* 39 (4): 823-47, Jul./Ago, 2005.

MARTÍNEZ, M. F.; MARTÍNEZ, J.; CALZADO, V. **La Competencia Cultural como referente de la Diversidad Humana en la Prestación de Servicios y la Intervención Social**. *Intervención Psicosocial*, vol. 15 n.º 3, 2006.

MARTÍNEZ-SALGADO, C. Amostra e transferibilidade: como escolher os participantes em pesquisas qualitativas em saúde? In BOSI, M. L. M.; GASTALDO, D. (orgs.) **Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde: fundamentos teórico-metodológicos**. Petrópolis: Editora Vozes, 2021.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MINAYO, M.C. de.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3º ed. São Paulo/Rio De Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

MORETTI, C. Z.; ADAMS, T. **Pesquisa Participativa e Educação Popular: epistemologias do sul**. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 447-463, maio/ago. 2011.

MÜLH, E. H. Problematização. In **Dicionário Paulo Freire**. STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J.J. (orgs.). 2º ed., rev. amp. 1 reimp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010.

MÜLLER, M. R.; LIMA, R. C.; ORTEGA, F. **Repensando a competência cultural nas práticas de saúde no Brasil: por um cuidado culturalmente sensível**. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 32, n.3, 2023.

NATARELLI, T. R. P.; BRAGA, I. F.; OLIVEIRA, W. A. de.; SILVA, M. A. I. **O impacto da homofobia na saúde do adolescente**. *Esc. Ana Nery*, 2015; 19 (4): 664-670.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Certificação de Competências Profissionais** - Glossário de Termos Técnicos - 1ª ed. - Brasília : OIT, 2002.

OLAZ, C. Á. J.; ORTIZ, G. P. **La Técnica de Grupo Nominal. Una adaptación orientada hacia proyectos de intervención social.** Editum. Ediciones de la Universidad de Murcia, 2021.

PERUCCHI, J.; BRANDÃO, B. C.; VIEIRA, H. I. dos. S. **Aspectos Psicossociais da homofobia intrafamiliar e saúde de jovens lésbicas e gays.** Estudos em Psicologia, v. 19, n. 1, p. 67 - 76, 2014.

PIMENTA, J. C. S. O. et al. **Versão Brasileira do Tool for Assessing Cultural Competence Training (TACCT): uma Matriz de Competência Cultural.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 44, n. 4, 2020.

POPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M. C. **A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 5, p. 1509-1520, 2017.

PRASAD, S., O'MALLEY, C. B., DELEON, R., LEVY, A.S., GRIN, D. P. Daniel P. **Inclusive MSG healthcare: An interprofessional case-based experience for cultural competency awareness.** Frontiers in Public Health, 2023.

PURNELL, L.D.; PAULANKA, B. J. **Transcultural health care : a culturally competent approach.** 3º ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2008.

PUTTINI, R. F.; JUNIOR, A. P.; OLIVEIRA, L. R. de. **Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-767, 2010.

RELVAS, M. P. **O cuidar e a escuta emocional no processo da aprendizagem escolar.** Construir notícias. Recife, Ano 16, nº 90, 2016.

ROSA, A.F.; MARTINS, A. I.; CERQUEIRA, M.; SANTOS, M.; SILVA, A. G., ROCHA, N. P. **Applying the Nominal Group Technique for the Conceptual Validation of ehealth Solutions.** Procedia Computer Science 219, p. 1240-1248, 2023.

ROSSATO, R. Práxis. In **Dicionário Paulo Freire.** STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J.J. (orgs.). 2º ed., rev. amp. 1 reimp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010.

SANTOS, G.B. dos; COSTA, J. L.; HORTALE, V. A. Avaliação dos processos de ensino em Programas de pós-graduação stricto sensu em Saúde Pública. In: OLIVEIRA, E. S. Fernandes; BARROS, N. F. de; SOUZA, D. C. D. B. N de. **Metodologias qualitativas em diferentes cenários: saúde e educação [Recurso eletrônico].** – Goiânia: Gráfica UFG, 2018. p. 285-310.

SCARPARO, H. (org). *Psicologia e pesquisa*. 2ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Sulina, 2008.

SCHABATH, M. B. et al. **National Survey of Oncologists at National Cancer Institute–Designated Comprehensive Cancer Centers**: Attitudes, Knowledge, and Practice Behaviors About LGBTQ Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, v. 37, n. 7, 2018.

SILVA, R.S.; FIUZA T.M.; VIANA, F.D.C.; RIBEIRO M.T.A.M; SANTOS, F.R.P. **Competências culturais para atenção à saúde de Minorias Sexuais e de Gênero**: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira De Sexualidade Humana*, v. 36, n. 1252, p. 1-17, 2025.

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **EPAs Nacionais em Medicina de Família e Comunidade: Marco Zero**. 1° ed. Rio de Janeiro: Ed. dos Autores, 2025.

SOUZA, M. T. de.; SILVA, M. D. da.; CARVALHO, R. de. **Revisão integrativa**: o que é e como fazer? Einstein, São Paulo, v. 8, n 1, p. 102-6, 2010.

STUBBE de. **Practicing Cultural Competence and Cultural Humility in the Care of Diverse Patients**. *Focus (Am Psychiatr Publ)*; 18(1):49-51, 2020

TAQUETTE, S. R.; RODRIGUES, A. de O. **Experiências homossexuais de adolescentes**: considerações para o atendimento em saúde. *Interface (Botucatu)*, v. 19, n. 55, p. 1181 - 1191, 2015.

TERVALON, M.; MURRAY-GARCIA, J. **Cultural humility versus cultural competence**: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, v. 9, n. 2, 1998.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde. *In*. BOSI, M.L.M.; MERCADO, F. J. (org); **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2° ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007

UFOMATA, E.; et. al. **Comprehensive Curriculum for Internal Medicine Residents on Primary Care of Patients Identifying as Lesbian, Gay, Bisexual, or Transgender**. *MedEdPORTAL*, 2020.

VAHEDIAN-SHAHROODI, M.; MANSOURZADEH, A.; MOGHANI, S. S.; SAEIDI, M. **Using the Nominal Group Technique in Group Decision-Making**: A Review. *Med Edu Bull*, v.4, n.4, Serial No.14, Dec. 2023.

VARGA-ATKINS, T., BUNYAN, N; MCISAAC, J; FEWTRELL J. **The Nominal Group Technique**: a practical guide for facilitators. Written for the ELESIG Small Grants Scheme. Liverpool: University of Liverpool. October. Version 1.0, 2011.

VIANA, A. L. d.; BAPTISTA, T. w. de F.. Análise de Políticas de Saúde. In GIOVANELLA, L. a (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 59-87.

VINUTO, J. **A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa**: um debate em aberto, *Temáticas*, Campinas, v. 22, n. 44, 2014.

ZITKOSKI, J. J. Dialética. In **Dicionário Paulo Freire**. STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J.J. (orgs.). 2° ed., rev. amp. 1 reimp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, **voluntariamente**, na pesquisa **COMPETÊNCIAS CULTURAIS PARA ATENÇÃO À SAÚDE DE MINORIAS SEXUAIS E DE GÊNERO: proposta de Matriz de Competências Culturais do mestrado em Saúde Pública na Universidade Federal do Ceará (UFC)**. Meu nome é Rafael Sousa Silva, sou o pesquisador responsável e minha área de atuação é Saúde Pública. Após ler com atenção este documento e ser esclarecido (a) em todas as suas dúvidas sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, *assinale a opção “Li o Termo e aceito participar voluntariamente da pesquisa”*, que será enviado cópia para seu email cadastrado. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável pelo telefone e email disponibilizados no formulário.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA:

Título: COMPETÊNCIAS CULTURAIS PARA ATENÇÃO À SAÚDE DE MINORIAS SEXUAIS E DE GÊNERO: proposta de Matriz de Competências Culturais

Pesquisador responsável: Rafael Sousa Silva

Objetivo da pesquisa: Propor uma Matriz de Competências Culturais para atuação em saúde com Minorias Sexuais e de Gênero (MSG)

Justificativa: A literatura internacional informa acerca dos riscos adicionais e agravos à saúde que acomete a população de MSG, traz dados sobre como no campo da saúde essa população recebe assistência discriminatória e apontam que a discriminação na assistência é devido à lacuna na formação dos profissionais de saúde para atuarem com competência cultural nas necessidades específicas da referida população. Este projeto se fomenta para contribuir e potencializar as iniciativas que visam mitigar essa problemática e encaminhar melhorias na atuação em saúde com população MSG

Detalhamento dos procedimentos: Você participará especificamente da 3º etapa desta pesquisa que consiste na: *Validação da Matriz através da Técnica de Grupo Nominal (TGN) com profissionais de saúde, docentes e usuários da saúde que*

fazem parte das MSG. A TGN consiste em uma técnica criada, inicialmente, para melhorar a produtividade grupal, gerar e agrupar ideias que balizem a tomada de decisões. A técnica, também denominada de Painel de Especialistas, serve para reunir julgamentos acerca de um determinado problema. A pesquisa se dará em *ambiente virtual*, o encontro terá no máximo 10 participantes, com duração de até 3 horas. Sua participação é restrita a apenas 1 grupo e 1 encontro. Projeta-se que um total de 60 participantes façam parte da validação da Matriz, divididos em 6 grupos, subdivididos em: 2 grupos de usuários da saúde LGBTQ+; 2 grupos docentes em saúde pública; 2 grupos de profissionais da saúde. Prezar-se-á pela diversidade de pessoas quanto aos seus marcadores sociais (gênero, raça, idade e outros) desde que correspondentes aos critérios de inclusão. O grupo será conduzido pelo pesquisador da seguinte maneira: 1) **Introdução**: integração grupal; explicar o objetivo do grupo; apresentar a matriz desenvolvida; disparar a problemática: Como você avalia a matriz desenvolvida?; 2) **Geração silenciosa de ideias**: individualmente, os participantes terão tempo determinado para avaliar e gerar ideias (sugestões, críticas e etc.); 3) **Compartilhamento de ideias**: em turnos, cada participante expõe suas ideias; 4) **Agrupamento de ideias**: o facilitador será responsável por agrupar as ideias, se for o caso, por similaridade de conteúdo e exclusão de ideias repetidas; 5) **Fundamentação das ideias**: os participantes poderão sustentar teoricamente suas ideias; 6) **Seleção e votação**: democraticamente, os participantes votarão nas ideias que impactarão na estrutura da matriz. As seguintes só ocorrerão a depender dos encaminhamentos do grupo: 7) **Reformulação da matriz** por parte do pesquisador; 8) **Reapresentação da matriz** para reavaliação: caso necessário, repete-se o processo.

Você preencherá uma ficha com dados sociodemográficos que servirá à pesquisa para avaliar perfil de participantes que contribuíram na validação da matriz. Não haverá qualquer referência sua nos dados que serão divulgados na pesquisa. O pesquisador tem o compromisso de **utilizar as informações obtidas exclusivamente para essa pesquisa** e sem qualquer identificação do participante.

Esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência: Você poderá encerrar sua participação em qualquer momento da pesquisa sem ônus ou prejuízo. *A pesquisa envolve vulnerabilidades mínimas à sua integridade física, mental e social: 1) desconforto ao tratar do tema diante da possibilidade de suscitar*

sentimentos desagradáveis; 2) conflitos de opiniões com demais participantes e 3) constrangimento ao posicionar-se sobre o tema. No entanto, por se tratar de tema sensível, a qualquer momento será possível a você solicitar apoio psicológico e escuta qualificada ao autor da pesquisa que será responsável por prestar determinado serviço, já que também se encontra devidamente qualificado para atividade por ser profissional de psicologia em atuação e registrado no Conselho Regional de Psicologia (CRP 11/14627) ou ser encaminhado, sem ônus para você, a outro profissional e equipamento de saúde.

Benefícios: Espera-se que a pesquisa beneficie o campo da saúde pública e MSG com a criação de instrumento que poderá impactar positivamente tanto na formação de profissionais de saúde quanto na sua atuação nos serviços e ações de saúde visando promover uma assistência inclusiva e acolhedora com MSG no combate às práticas discriminatória que estão na base dos maus resultados em saúde. Aos participantes, a pesquisa propiciará espaço para maior conscientização e conhecimento sobre o tema e participação democrática na construção de um instrumento visando melhoria na saúde pública.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato:

Nome: Rafael Sousa Silva

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Divina, 115 B - Siqueira, Fortaleza, Ceará.

Telefones para contato: 85 9 9136-9695

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que

responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa	Data
Assinatura	

Nome do pesquisador	Data
Assinatura	

Nome da testemunha	Data
Assinatura	

(se o voluntário não souber ler)

Nome do profissional	Data
Assinatura que aplicou o TCLE	

APÊNDICE B - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nome:	
Pronomes:	Data de Nascimento:
Cidade:	Estado:
Profissão/Trabalho/Ocupação:	
Em relação à orientação sexual, você se afirma como: <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lésbica <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Assexual <input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Prefiro não informar <input type="checkbox"/> Outro	
Em relação à identidade de gênero, você se afirma como: <input type="checkbox"/> Travesti <input type="checkbox"/> Mulher Trans <input type="checkbox"/> Mulher Cis <input type="checkbox"/> Homem Trans <input type="checkbox"/> Homem Cis <input type="checkbox"/> Não-binária <input type="checkbox"/> Gênero Fluido <input type="checkbox"/> Prefiro Não informar <input type="checkbox"/> Outro	
Em relação ao grupo étnico-racial, você se autodeclara como pessoa: <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Asiática/Amarela <input type="checkbox"/> Quilombola <input type="checkbox"/> Prefiro não informar <input type="checkbox"/> Outro	
Você participará da pesquisa com que tipo de vínculo com a temática "Saúde da população MSG"?: <input type="checkbox"/> Pessoa MSG usuária do Sistema Único de Saúde <input type="checkbox"/> Profissional de saúde que atua com população MSG <input type="checkbox"/> Docente de Instituição de Ensino Superior que leciona no campo da Saúde Pública e/ou Saúde da População MSG <input type="checkbox"/> Pesquiso no campo da Saúde Pública sobre Saúde da População MSG <input type="checkbox"/> Discente de Instituição de Ensino Superior e pesquiso Saúde da população MSG	
Assinale seu maior nível de escolaridade <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental I <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental II <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Ensino Médio Profissionalizante <input type="checkbox"/> Ensino Superior - Bacharel/Licenciatura	

- Ensino Superior - Tecnólogo
- Ensino Superior - Especialização
- Ensino Superior - Mestrado
- Ensino Superior - Doutorado
- Ensino Superior - Pós-doutorado