



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ- CAMPUS SOBRAL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LEANDRO FERNANDES VALENTE

SAÚDE E DIVERSIDADE: TRANSVERSALIZANDO POLÍTICAS E AÇÕES NA
GESTÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT

SOBRAL – CE

2021

LEANDRO FERNANDES VALENTE

SAÚDE E DIVERSIDADE: TRANSVERSALIZANDO POLÍTICAS E AÇÕES NA
GESTÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará - UFC, como requisito para a obtenção do Título de Mestre. Área de concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Francisca Denise Silva Vasconcelos

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

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

- F399s Fernandes Valente, Leandro.
Saúde e Diversidade: Transversalizando Políticas e Ações na Gestão do Cuidado na
Saúde da População LGBT / Leandro Fernandes Valente. – 2021.
73 f.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa
de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2021.
Orientação: Profa. Dra. Francisca Denise Silva Vasconcelos.
1. Diversidade Sexual. 2. Promoção da Saúde. 3. Estratégia Saúde da Família. I. Título.

CDD 610

LEANDRO FERNANDES VALENTE

SAÚDE E DIVERSIDADE: TRANSVERSALIZANDO POLÍTICAS E AÇÕES NA
GESTÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará - UFC, como requisito para a obtenção do Título de Mestre. Área de concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovada em: 29/01/2021

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Dra. Francisca Denise Silva Vasconcelos (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé (Examinador)
Universidade Federal do Ceará- UFC

Prof^a Dra. Ivaldinete de Araújo Delmiro Gémes (Examinadora)
Universidade Estadual Vale do Acaraú-Uva

Aos meus incríveis e admirados pais que deram de um tudo por mim, sempre pensando na minha educação. Com muito amor e fé trilharam ao meu lado as estradas da vida que já percorri e ensinaram-me que na vida temos que batalhar para se chegar ao êxito.

.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus. Ele que é minha fortaleza, meu porto seguro. Esteve presente a todo o momento neste processo monográfico, diante de todas as adversidades que me motivavam a desistir;

Aos meus pais, Edilson Valente e Nilda Valente, pela dedicação e pelo amparo, mesmo de longe, durante toda residência.

À minha orientadora Denise Silva por ter aceitado encarar esta batalha. Sempre demonstrou empenho e disponibilidade na trajetória, mesmo diante dos percalços da pandemia.

À composição da Banca pelo compromisso e dedicação nas considerações desde a qualificação

À minha turma da faculdade do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família. A troca de conhecimento com vocês foi essencial nessa caminhada. Obrigado por tudo;

À minha companheira de trabalho Maga Almeida que sempre se preocupou com esta etapa da minha vida;

A todos os meus amigos que participaram da minha vida, durante essa caminhada. E ao meu namorado que acreditou no fim desse ciclo.

Gratidão por tudo.

RESUMO

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) visa a ampliação do acesso à saúde para a população LGBT, bem como visa eliminar a discriminação e o preconceito institucional no tocante a orientação sexual e identidade de gênero. (Brasil, 2013). Nesse sentido, a pesquisa objetivou avaliar e compreender a gestão e atenção à saúde deste público, à luz da Política Nacional de Saúde Integral LGBT; sendo motivada pela seguinte inquietação: “A estratégia Saúde da Família em Sobral tem tido estratégias de cuidado para a população LGBT?”. Trata-se de uma pesquisa de dissertação de mestrado com abordagem qualitativa. O referido estudo foi desenvolvido nos meses de novembro e dezembro de 2020, no município de Sobral – CE. Os lócus da pesquisa foram dez Centro de Saúde da Família-CSF com maior número populacional em seus territórios de abrangência. Com o intuito de alcançar os objetivos propostos, foram entrevistados os gestores destas instituições. Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, divididas em dois eixos: 1) Diversidade sexual e 2) Diversidade sexual e saúde. Utilizou-se da observação, o diário de campo, e gravação, após o consentimento dos participantes. Como método de análise, foi utilizada a Análise Temática, proposta por Bardin (1977). Após todas as entrevistas realizadas, alguns eixos temáticos foram definidos. Diante do universo de palavras e assuntos pertinentes trazidos em discussão pelas profissionais, as palavras elencadas foram: preconceito, discriminação e desconhecimento sobre a categoria diversidade sexual, dificuldade no acolhimento e ausência de uma rede de cuidado específica para a população LGBT no município de Sobral. Encontrou-se com os dados analisados a prevalência do desconhecimento do conteúdo da referida Política. Alguns sabiam da sua existência, no entanto, nunca haviam estudado. Outro aspecto importante encontrado, foi a ausência de um acolhimento de acordo com as necessidades da população LGBT, como a obrigatoriedade do uso do nome social, comprometendo o vínculo com esses usuários. O distanciamento dos LGBT's do serviço de saúde pode, por consequência, diminuir a qualidade de vida dos mesmos, bem como dificultar a identificação de possíveis agravos e doenças. Neste cenário, encontra-se a Estratégia Saúde da Família - ESF que pode desempenhar papel fundamental no acompanhamento desses indivíduos, atuando como coordenadora e ordenadora do cuidado, atuando desse modo, na promoção da saúde e prevenção de doenças.

Palavras-chave: Diversidade Sexual. Promoção da Saúde. Estratégia Saúde da Família.

RESÚMEN

La Política Nacional de Salud Integral para Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis y Transexuales (LGBT) tiene como objetivo ampliar el acceso a la salud de la población LGBT, así como eliminar la discriminación y el prejuicio institucional con respecto a la orientación sexual y la identidad de género. (Brasil, 2013). En este sentido, la investigación tuvo como objetivo evaluar y comprender la gestión y atención de la salud de este público, a la luz de la Política Nacional de Salud Integral LGBT; motivado por la siguiente inquietud: "¿La estrategia Salud de la Familia en Sobral ha tenido estrategias de atención a la población LGBT?". Se trata de una investigación de tesis de maestría con un enfoque cualitativo. Este estudio se desarrolló en los meses de noviembre y diciembre de 2020, en el municipio de Sobral - CE. El locus de la investigación fueron diez Centros de Salud Familiar-CSF con la mayor población en sus territorios. Para lograr los objetivos propuestos, se entrevistó a los gerentes de estas instituciones. Para la recolección de datos se utilizaron entrevistas semiestructuradas, divididas en dos ejes: 1) Diversidad sexual y 2) Diversidad sexual y salud. La observación, el diario de campo y la grabación se utilizaron después del consentimiento de los participantes. Como método de análisis se utilizó el Análisis Temático propuesto por Bardin (1977). Después de todas las entrevistas realizadas, se definieron algunos ejes temáticos. Dado el universo de palabras y temas pertinentes planteados para la discusión de los profesionales, las palabras enumeradas fueron: prejuicio, discriminación e ignorancia sobre la categoría diversidad sexual, dificultad en la acogida y ausencia de una red de atención específica para la población LGBT en el municipio de Sobral. Con los datos analizados se constató el predominio del desconocimiento del contenido de dicha Política. Algunos sabían de su existencia, sin embargo, nunca lo habían estudiado. Otro aspecto importante encontrado fue la ausencia de una recepción acorde a las necesidades de la población LGBT, como el uso obligatorio de nombres sociales, comprometiendo el vínculo con estos usuarios. El distanciamiento de las personas LGBT del servicio de salud puede, en consecuencia, disminuir su calidad de vida, además de dificultar la identificación de posibles problemas de salud y enfermedades. En este escenario, está la Estrategia Salud de la Familia - ESF, que puede jugar un papel fundamental en el seguimiento de estas personas, actuando como coordinadora

y ordenadora de la atención, actuando así en la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Palabras clave: Diversidad sexual. Promoción de la salud Estrategia de salud de la familia.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Quadro de situações comuns de violações de direitos humanos causados a comunidade LGBT;

Quadro 2 – Características populacionais do território dos CSFs escolhidos e seus respectivos números de equipes

Quadro 3 – Perfil dos depoentes

Figura 1- Frequência da aparição de palavras das entrevistas. “Eixo 1 -Diversidade Sexual”

Tabela 2: Frequência da aparição de palavras das entrevistas. “eixo 2 – Definição de Cuidado”

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CD – Cirurgião Dentista

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CFO – Conselho Federal de Odontologia

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CSF – Centro de Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNS – Política Nacional de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Aproximação com o Objeto de Pesquisa	15
1.2	Problematização	16
2	OBJETIVOS	2020
2.1	Objetivo Geral	20
2.2	Objetivos Específicos:	20
3.	METODOLOGIA	21
3.1	Natureza da pesquisa	21
3.2	Local da pesquisa	21
3.2.1	<i>Sistema de Saúde de Sobral</i>	22
3.3	Participantes da Pesquisa	23
3.4	Técnicas metodológicas de Pesquisa	24
3.5	Métodos de Análise	25
3.6	Considerações Éticas	27
4.	POR UM SISTEMA DE SAÚDE UNIVERSAL	28
4.1	O SUS como estratégia de garantia de Direitos	28
4.1.1	<i>Estratégia Saúde da Família e suas definições</i>	31
4.1.2	<i>O Cuidado na Atenção Primária</i>	34
4.2	Diversidade Sexual e Poder	36
4.2.1	<i>A heteronormatividade x diversidade sexual: uma constante resistência</i>	37
4.3	O cuidado integral à população LGBT	44
4.3.1	<i>A mulher Lésbica</i>	44
4.3.2	<i>O homem homossexual</i>	45
4.3.3	<i>A travestilidade e a transexualidade na política de saúde</i>	46
5.	GESTÃO DO CUIDADO: CONHECENDO AS POSSIBILIDADES PARA UM CAMINHAR DIFERENTE	49

5.1 Diversidade sexual e seus estranhamentos: “eu não sei diferenciar nada”	50
5.2 Saúde x diversidade: dialogando com a gestão com a política Nacional de Saúde Integral da População LGBT.	54
5.2.1 Olhar para além do aparente:	54
5.3 Sou profissional de saúde e desconheço o direito dos usuários! ⁵⁷	
5.3.1 “Como cuidar para além dos testes rápidos?”	60
6.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS	70

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação com o Objeto de Pesquisa

A Saúde, desde a constituição de 1988, é um direito universal, que deve atender os cidadãos brasileiros de modo equânime e integral. Ao considerar este caput, pode-se iniciar a leitura da pesquisa realizada. A mesma teve como objetivo, pesquisar a gestão e atenção à saúde de Gays, Lésbicas, Travestis e Transexuais - LGBT na Estratégia Saúde da Família- ESF no município de Sobral – CE. Este público, cotidianamente, está sujeito à manifestação de preconceito, como insultos, agressões físicas e discriminação em todos os âmbitos da sociedade, até mesmo no atendimento prestado aos usuários nos serviços de saúde. Estas condutas estão diretamente ligadas com o fato de que as relações homoafetivas contrariam a correspondência entre um determinado gênero com o respectivo sexo biológico, agravado pela ideológica supremacia da heteronormatividade.

As primeiras inquietações para a escolha do tema ocorreram enquanto profissional de Serviço Social na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, onde a presença da população LGBT, principalmente transexuais e travestis, nos Centros de Saúde da Família em que atuava, era mínima. Inúmeras situações, enquanto eu atuava como Assistente Social, corroboraram para a escolha do tema, exemplifico por meio de um atendimento a uma transexual. Na ocasião a mesma solicitava a inserção de seu nome social no cadastro do Sistema Único de Saúde, relatando que por diversas vezes tinha tentado e não havia conseguido. Naquele momento, a usuária relatou os motivos que evitava ir ao CSF, a discriminação apareceu como sendo o principal.

Na experiência profissional vivenciada, percebeu-se que os trabalhadores do serviço de saúde, daquela realidade, não se sentiam preparados a construir vínculos com população LGBT¹. Em diálogos com alguns profissionais, a afirmação era de que, muitas vezes, não sabem como se reportar a uma pessoa trans, por exemplo: “- não sei se chamo de ele ou de ela”, registro da fala de uma profissional. Relatam, também

¹ É válido ressaltar que a terminologia utilizada, neste trabalho, será a LGBT, considerando que o estudo terá como ponto principal a Análise da Política Nacional de Saúde integral de Lésbicas Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Ressalta-se, também que será abordada a categoria Diversidade Sexual, englobando todos os sujeitos que rompem com os padrões de orientação sexual e identidade de gênero culturalmente construídos

haver tabus culturalmente construídos que dificultam esta aproximação. (VALENTE, 2018)

A aproximação com a categoria gênero surgiu desde a graduação em Serviço Social na Universidade Estadual do Ceará – UECE, enquanto bolsista de Iniciação Científica – IC, membro do Grupo de Pesquisa Família Gênero e Geração nas Políticas Públicas, do Observatório de Violência contra a mulher - OBSERVEM. Para delimitar o objeto de estudo, optei por explorá-lo no âmbito da Atenção Primária a Saúde, onde já foi desenvolvido um trabalho de conclusão de curso que serviu de inspiração para a continuidade da pesquisa que apresento. O referido trabalho foi uma pesquisa intervenção junto aos Agentes Comunitários de Saúde – ACS de um Centro de Saúde da Família-CSF de Sobral, onde o objetivo foi discutir o fazer profissional desta categoria no que se refere ao acesso a saúde da população LGBT.

1.2 Problematização

A Organização Não Governamental (ONG): Grupo Gay da Bahia (GGB) produziu um relatório, com base nos índices de violência, que ratifica a evidência de discriminação e preconceito. No ano de 2018, no Brasil, 420 LGBT morreram em decorrência da “homossexualofobia”, sendo 320 homicídios (76%) e 100 suicídios (24%). Ao comparar ao ano de 2017, teve-se uma pequena redução de 6%, quando se registraram 445 mortes.” Em termos absolutos predominaram as mortes de 191 Gays (45%), seguido de 164 Trans (39%), 52 Lésbicas (12%), 8 Bissexuais (2%) e 5 Heterossexuais (1%).” (GGB,2019, p.02)

Diante dos números, segundo as agências internacionais, o Brasil é o país que mais comete crime por homo/transfobia, considerando que 50% dos assassinatos de transexuais ocorreram em território brasileiro. O relatório ainda acrescenta que o Nordeste é a região que lidera em números absolutos os óbitos, totalizando 106, seguido do Sudeste com 99, o Norte com 50, Centro-Oeste 40 e 21 no Sul.

O suicídio, no relatório mencionado, surge também como evidência negativa. Foram registrados 100 casos de morte autoprovocadas, sendo 31% lésbicas, 6% de transexuais e 3% de bissexuais. As lésbicas, embora numericamente inferior ao de gays, são as que mais chamam atenção, visto que quando comparado ao número de assassinatos percebe-se significativa diferença no crescente do índice: de 12% para 31%.

Os registros de violência física e psicológica apontam que as vítimas têm perfis bastante diversos, são de todas as cores, classes sociais, idades e profissões. Algumas são com maior incidência que outras. A GGB (2019) pontua que há predominância do público até 40 anos, sendo que os assassinatos predominaram na faixa etária de 18 a 25.

No tocante ao perfil étnico-racial, no geral, predominaram os brancos com 213 (58,4%), seguidos de 107 pardos (29,3%) e 45 pretos (12,3%) (GGB,2019). No entanto, quando se refere exclusivamente aos transexuais o Dossiê dos assassinatos e Violência Contra a pessoa travesti/ Transexual, elaborado no ano de 2018, revela-se que 82% das vítimas foram identificadas como pessoas negras e pardas. O “Transfemicídio” vem se reproduzindo entre todas as faixas etárias. Uma pessoa “Trans” apresenta mais chances de ser assassinada do que uma pessoa cisgênero. Assim, observa-se que o risco para cada grupo na população LGBT é diferente, as pessoas que mais se distanciam dos padrões instituídos são as maiores vítimas.

Diante desses dados, apreende-se que o modo em que os sujeitos expressam suas orientações sexuais, identidades de gêneros e sexualidades acabam tornando-as vulneráveis, principalmente àquelas que não estão dentro da “normalidade” construída na sociedade. A existência dos binarismos homem-mulher, homossexual-heterossexual, diariamente, levam pessoas ao sofrimento ou até a morte, de acordo com os dados do Grupo Gay da Bahia.

1.3 Justificativa e Relevância

A heteronormatividade é predominante nas relações sociais quando considerada a orientação sexual e identidade de gênero. Culturalmente há uma normatização de valores e ideologias sociais, onde apenas a orientação sexual heterossexual é considerada natural (ALBUQUERQUE et al, 2013). Portanto, qualquer discordância diante deste padrão imposto socialmente, como a homo e/ou bissexualidade, é considerada fora dos padrões sociais, trazendo consigo conotações de impureza, pecado, promiscuidade, dentre outras.

A visão de patologia e/ou anormalidade incorporada à diversidade sexual, fundamentam os atos discriminatórios e preconceituosos. A violência física em si é apenas uma forma de expressão da ausência de direitos encarada pela população LGBT. O dossiê acima mencionado apresenta o quadro de situações comuns de violações de direitos humanos causados a comunidade LGBT.

Figura 1. Quadro de situações comuns de violações de direitos humanos causados a comunidade LGBT

Agressão verbal	Impedimento de registrar filho biológico
Ameaça	Injúria
Assalto	Invasão de domicílio
Assédio moral	Lesão corporal
Assédio moral no trabalho	Medida protetiva negada
Atendimento negado no comércio	Não reconhecimento da identidade de gênero por parte da mídia
Candidatura impedida	Negativa que mulheres trans e travestis fiquem em presídio feminino
Desaparecimento	Nome social recusado em escolas
Descaso estatal	Proibição de usar o banheiro de acordo com sua identidade de gênero
Direito a saúde negado em plano de saúde	Omissão da polícia
Estupro	Recusa de retificação de registro civil por cartórios
Extorsão	Tráfico de pessoas
Humor ofensivo	Suspensão de cotas em universidade
Impedimento de colar grau em universidade	Violência doméstica

Fonte: ANTRA /IBTE (2019)

São fatídicas e cotidianas as situações em que a população LGBT é vítima de violência, que se configuram como: ameaças, chantagens, discriminação, cobrança para mudança de comportamento e proibição de socialização, muitas vezes levando sujeitos à condição de não sujeitos. Os números acima mostram o resultado da intolerância, onde os indivíduos são impedidos de viver sua orientação sexual, identidade de gênero e afetividade. Esses fatos são estritamente vinculados aos pensamentos machistas e religiosos. (NOGUEIRA; BENEVIDES, 2019) Os atos discriminatórios contra esses sujeitos segregam socialmente e contribuem com a prática de atos de maior potencial ofensivo.

Essa discriminação na sociedade brasileira é histórica, porém há uma grande mobilização do movimento LGBT na luta da garantia de direitos, sejam eles civis, políticos, sociais e humanos (BRASIL, 2013). Visto que cotidianamente direitos sociais são negados a eles, como o acesso a saúde, que é área de pesquisa deste trabalho.

A luta evidenciada neste trabalho será a construída junto ao SUS. O Sistema Único de Saúde, enquanto política pública, desde sua criação, pauta em seus princípios a Universalidade, Integralidade e Equidade. Tais princípios doutrinários reforçam a amplitude do direito à saúde defendida pela Declaração Universal dos

Direitos Humanos, de 1948, no artigo XXV, como indissociável do direito à vida a qualquer segmento social.

A Constituição Federal de 1988 define saúde “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Assim, está a serviço de todos os cidadãos independente de raça, classe, religião e gênero. Deste modo, o SUS deve direcionar os esforços de suas ações para atender de modo equânime todos os seus usuários.

Diante do exposto, é possível perceber que a busca incessante por espaço da população LGBT é marcada por conflitos, embora já possuam legislações que reforçam a necessidade da garantia de direito para este público. Desta forma, o estudo torna-se relevante para refletir e contribuir na garantia do direito à saúde, ressaltando a importância da atuação dos profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família -ESF para a efetivação da Política de Saúde Integral da População LGBT.

Pode-se observar a constante luta dos movimentos sociais pelo aperfeiçoamento da Atenção Primária à Saúde, bem como a ampliação dos direitos da população LGBT. No âmbito da saúde, tem-se como principal marco a instituição da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Esta, em seus princípios e diretrizes, responsabiliza também a equipe da ESF nos Centros de Saúde de Sobral sobre o cuidado do público em questão. Diante disto, surge o seguinte problema de pesquisa: “A estratégia Saúde da Família em Sobral tem tido métodos de cuidado destinados à população LGBT?”

No tocante a pesquisa que foi desenvolvida, ressalta-se que teve seu percurso metodológico alterado em virtude da COVID -19. Esta doença viral que atingiu o mundo e acabou por afetar os serviços de saúde. Os estabelecimentos de saúde de Sobral passaram a atender apenas as pessoas que eram suspeitas de terem contraído a doença. Diante disto, as entrevistas semiestruturadas tiveram que ocorrer de modo remoto, via ligação videochamada e por conta do isolamento social não foi possível haver visita a todos os CSF's.

A seguir, o trabalho apresentará seus objetivos seguido de sua metodologia. O referencial teórico abordará o Sistema Único de Saúde e sua estruturação, bem como a articulação com a categoria diversidade sexual. Por fim, foi apresentado a análise e discussão das entrevistas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar a gestão do cuidado da Comunidade LGBT nos Centros de Saúde da Família de Sobral

2.2 Objetivos Específicos:

- Identificar como ocorre o acolhimento da população LGBT nos Centros de Saúde da Família.

- Identificar as ações de saúde realizadas que estão alinhadas à Política de Saúde Integral da População LGBT;

3. METODOLOGIA

3.1 Natureza da pesquisa

Este estudo é de natureza qualitativa, uma vez que esta “responde a questões muito particulares. [...], com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.” (MINAYO, 2013, p. 21). Este tipo de pesquisa também “traz à tona o que os participantes pensam a respeito do que está sendo pesquisado.” (MARTINELLI, 1999, p.21).

Ao considerar a pesquisa qualitativa e a possibilidade de compreender esse universo de significado, acima mencionado, a pesquisa proporcionou entender e compreender os elementos que se relacionam positiva e negativamente a gestão do cuidado integral da população LGBT. Os gestores dos Centros de Saúde da Família foram o público-alvo da pesquisa. Desta forma percebeu-se como os mesmos podem contribuir para a efetivação da Política, levando em consideração a relevância dos pesquisados na Estratégia Saúde da Família.

3.2 Local da pesquisa

A cidade de Sobral está na zona do sertão noroeste do Estado do Ceará. É a quarta economia do estado perdendo para Fortaleza, Maracanaú e Caucaia, sendo a maior economia do interior do Ceará e a 3ª maior economia do interior nordestino. Apresenta-se também como o maior centro universitário do interior do Ceará. De acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Sobral apresentaria uma população estimada de 205.529 pessoas no ano de 2017. Assim, é o quinto município mais povoado do estado e o segundo maior do interior. Sobral é o segundo município mais desenvolvido do estado do Ceará, atrás apenas de Fortaleza, de acordo com o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano, 2013).

FIGURA 2- Localização do município de Sobral em relação ao Ceará



Fonte: Google Map (2018).

3.2.1 Sistema de Saúde de Sobral

O Sistema de Saúde de Sobral tem como missão garantir políticas públicas de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção do município, respeitando as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). É composto por uma rede de atenção à saúde hierarquizada e regionalizada, com serviços em diferentes níveis de complexidade, que faz de Sobral polo para a Macrorregião Norte do Ceará, sendo referência para 55 municípios e sede para a Microrregião de Saúde sendo esta formada por 24 municípios. Além disso, organiza-se em três níveis de atenção: primário, secundário e terciário.

Segundo dados do Dimensionamento de Recursos Humanos na Atenção Básica realizado em 2016 e considerando que a Atenção Primária a Saúde representada pela Estratégia Saúde da Família é considerada a porta de entrada para os usuários do sistema de saúde, Sobral ampliou o número de equipes de saúde da família, passando de 48 equipes no ano de 2012 para 65 equipes no ano de 2016, distribuídas em 36 Centros de Saúde da Família (CSF). Deste modo Sobral possui a Cobertura de 100% da Saúde da Família.

Além das equipes de saúde da família, a Atenção Primária à Saúde (APS) conta ainda com 47 equipes de saúde bucal e 06 (seis) Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), que, articulados com as equipes de saúde e residências multiprofissionais, fortalecem as ações de promoção da saúde, a prevenção de doença, o tratamento e a reabilitação.

Figura 3 - Distribuição geográfica dos Territórios da Estratégia Saúde da Família de Sobral-Ceará

CSF	Número de equipes de ESF	Número de Habitantes
Sinhá Sabóia	4	16.186
Terrenos Novos 1	3	13.911
Junco	3	13225
Expectativa	3	12515
Terrenos Novos 2	1	11.314
Coelce	4	11.312
Vila União	2	10.864
Pedrinhas	2	10.309
Pe. Palhano	2	10.263
Coab III	2	9.605

Fonte: Elaborado pelo autor

Ressalta-se que foi utilizada a amostragem por saturação. Esta ferramenta é utilizada em pesquisas qualitativas, e objetiva fechar ou encerrar a coleta da amostra quando as informações obtidas começam a ser redundantes e se repetirem, não agregando mais valor qualitativo. (FONTANELLA et al 2008)

3.4 Técnicas metodológicas de Pesquisa

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os dez gestores dos Centro de Saúde da Família, combinando perguntas fechadas e abertas, para que os entrevistados tivessem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender a indagações formuladas (MINAYO, 2013). Este tipo de entrevista “favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade” (TRIVIÑOS, 1987, p.152).

Nas abordagens qualitativas, "a atenção constante sobre como e o que ocorre no contexto empírico afeta o pesquisador e sua obra o que, por sua vez, afeta o campo

e a vida social [...]” (MINAYO & GUERRIERO, 2013, p. 1104). Assim, buscando minimizar qualquer tipo de risco nesta pesquisa, comprometo-me a tratar os pesquisados com o devido respeito e a utilizar as informações colhidas apenas para esta pesquisa. Quanto aos resultados, serão devolvidos para o grupo pesquisado com o objetivo de que o conhecimento da realidade possa contribuir para a reflexão sobre o cuidado às pessoas atendidas e sobre as práticas dos profissionais e gestores da instituição.

Ressaltamos ainda que os resultados desta pesquisa não foram tidos como verdade absoluta, pois “nenhum trabalho antropológico ou de pesquisa qualitativa contém toda a verdade e nem a verdade que apresenta é inquestionável” (MINAYO & GUERRIERO, 2013, p. 1110). Por fim, é importante destacar que esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa Plataforma Brasil e aprovada com CAAE: 32816120.0.0000.5053 a pesquisa de campo foi realizada somente após aprovação do projeto pelo referido comitê.

3.5 Métodos de Análise

A análise desenvolvida se deu por meio da Análise Temática. Este método, segundo Bardin (2002), questiona os sentidos estabelecidos nos diversos modos de produção, podendo ser verbais e não verbais, bastando que sua materialidade produza sentidos para interpretação. Para o Autor, a “análise do conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados” (BARDIN, 2011, p.15)

A análise de conteúdo para Bardin (1977), apresenta duas funções: a “Heurística” e de administração da Prova”. A primeira, potencializa a possibilidade de descoberta, “enriquece a fase exploratória” (BARDIN 2011, p. 30); a segunda trata-se da análise sistemática para que seja verificada a confirmação das hipóteses levantadas. É importante ressaltar que essas duas funções da análise temática podem coexistir, a presença de uma não elimina a outra.

A trajetória da Análise Temática, segundo Bardin (1977) apresenta um percurso em 3 etapas: Pré-análise, consiste em fazer uma leitura do material de modo prévio, para poder se aprofundar na temática, bem como a formulação das hipóteses e dos objetivos e a “elaboração de indicadores” que embasam os resultados encontrados.

Assim, “A pré-análise tem por objetivo a organização, embora ela própria seja composta por atividades não estruturadas, (abertas), por oposição sistemática dos documentos.” (BARDIN,1977, p.96)

Para corroborar com os escritos da autora, Minayo (2015) apresenta pontos importantes que devem ser levados em consideração desta primeira etapa:

A pré-análise tem por objetivo a organização, embora ela própria seja composta por atividades não estruturadas, (abertas), por oposição sistemática dos documentos. (a) Ter uma visão de conjunto; (b) apreender as particularidades do conjunto do material a ser analisado; (c) elaborar pressupostos iniciais que servirão de baliza para análise do material; (d) escolher forma de classificação inicial; (e) determinar os conceitos teóricos de orientação a análise. (MINAYO, 2015, p. 91)

Na segunda etapa, denominada exploração do material, considerou-se importante relacionar os trechos analisados, com as conclusões do pesquisador, embasadas por outros estudos já realizados. A autora Bardin (1977) designa como uma fase longa, refere-se principalmente à operação de codificação.

“A codificação corresponde a uma transformação – efetuada segundo regras precisas – dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto.” (BARDIN,1977, p.103)

É neste momento da pesquisa, onde os softwares são utilizados como ferramenta para a análise. Bardin (2011) ressalta a importância dos mesmos nas análises, mas em algumas temáticas e propostas de pesquisas, esses sistemas não conseguem ser tão precisos.

Na pesquisa realizada foi utilizado o programa conhecido como “Iramuteq”. O mesmo decodificou as palavras que mais apareciam potencializando a análise de seus eixos temáticos. Ele identificou as palavras, apresentando em ordem decrescente pela quantidade de aparição das palavras seguido da sua classe gramatical. É válido ressaltar que se optou por agrupar palavras e grupo de palavras com a mesma semântica para a análise, por exemplo: Na entrevista um participante mencionou “integralidade” e “cuidado integral” como a mesma intenção de significado, assim agrupamos as duas verbalizações independente da classe gramatical.

Sobre os eixos temáticos, pôde-se destacar três que compõem a análise ao final. O primeiro intitulado “Diversidade sexual e seus estranhamentos” que faz referências ao desconhecimento dos gestores sobre diversidade sexual; o segundo “Saúde x diversidade: dialogando com a gestão com a política Nacional de Saúde Integral da População LGBT”, onde são abordadas as estratégias de cuidado

realizadas na ESF para o público. Por fim, o terceiro eixo, cujo título é “Como cuidar para além dos testes rápidos?”, neste concentra-se a discussão sobre as possibilidades de cuidado da população LGBT.

Por fim, na terceira etapa realizou-se uma síntese interpretativa, fazendo a interlocução com os objetivos da pesquisa. Momento este que é feita a confrontação com o material encontrado, podendo se confirmar as hipóteses ou apresentar resultados inesperados (BARDIN,1977)

Esta proposta de análise, possibilita ao pesquisador elaborar o conhecimento a partir do que é apresentado no discurso dos entrevistados. Explorando o Universo dos Significados apresentado acima segundo Minayo (2013) Deste modo, foram compiladas e analisadas todas as entrevistas, posteriormente elencadas em temas /eixos temáticos, ou seja, assuntos que mais convergem para o alcance dos objetivos propostos

3.6 Considerações Éticas

Todas as etapas da realização desse estudo se enquadram na modalidade de pesquisa de risco mínimo, seguiram as normas e diretrizes da Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, e que incorporam em seu contexto os quatro referenciais básicos da bioética que inclui: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça, os quais são descritos a seguir (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002):

- **Autonomia:** Consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes, de modo que sejam tratados com dignidade, respeitados em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade;
- **Beneficência:** Ponderação entre riscos e benefícios tanto atuais como potenciais, indivíduos ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;
- **Não-maleficência:** Garantir que danos previsíveis serão evitados;
- **Justiça:** Fundamenta-se na relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garanta a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio Humana.

4. POR UM SISTEMA DE SAÚDE UNIVERSAL

4.1 O SUS como estratégia de garantia de Direitos

O Sistema Único de Saúde é um sistema em constante transformação. Embora instituído apenas na década de 90 do século passado, o mesmo passou por inúmeras transformações desde o seu processo de implementação, de uma política celetista a um sistema de caráter universal. A Constituição Federal de 1988, ratificada pela Lei 8080/1990 traz em seus princípios um sistema universal, integral e equânime. Para isso, seria necessário pensar modelos e formas de cuidado da população brasileira.

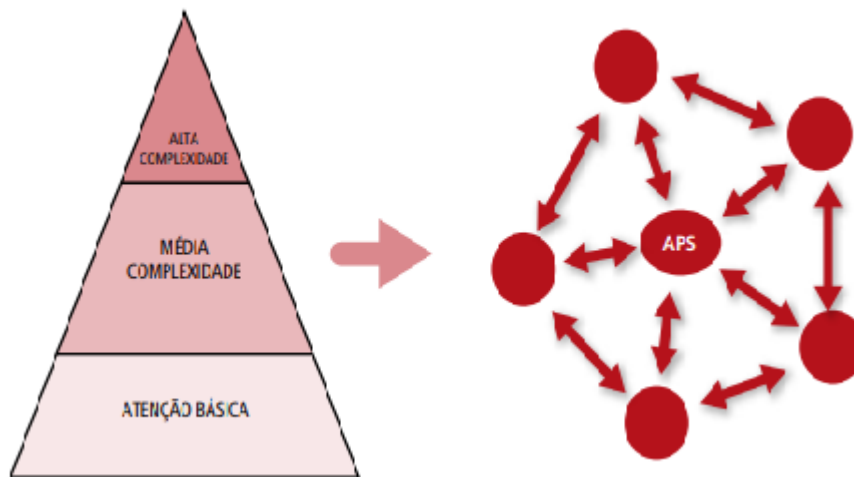
O SUS em seu processo de alinhamento, organizou-se em três diferentes níveis de atenção aos cuidados do usuário. O modelo assistencial de Leavell & Clark (1965) propôs a assistência no nível primário, secundário e terciário, onde se dá de modo a complexidade do cuidado e das tecnologias utilizadas. Este modelo foi essencial para àquela época e para a construção do que se tem hoje.

Ao longo do tempo, foi percebido a necessidade de diminuir a segmentação entre os níveis. Deste modo caberia a Atenção Primária à Saúde (APS) atender as necessidades das pessoas em seu nível, e, só quando necessitar de cuidados de maior complexidade, seria referenciado. Embasado por este objetivo, foi construída a Rede de Atenção à Saúde.

As RASs são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS (MENDES.2012, p.47)

A APS adquire protagonismo nas ações de saúde do território. Ela é responsável por atender toda população adstrita, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde. De acordo com Eugênio Vilaça Mendes (2011) a Atenção primária à Saúde é coordenadora e ordenadora do cuidado, ou seja, o usuário entra por ela no serviço de saúde, pode ser atendido nos demais pontos da atenção, mas deve voltar à APS para a continuidade do acompanhamento.

Figura 4: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes (2011)

A figura apresentada acima, ilustra como o sistema de saúde passou por mudanças nos seus processos de organização e fluxos. Outrora tinha-se um modelo engessado, em forma de pirâmide onde os fluxos de cuidados não tinham uma comunicação contínua e interligados entre si. Hoje as RAS se propõem a interligar as linhas de cuidados, centralizando a coordenação destes na atenção primária.

A Atenção Primária em Sobral é composta por diversos serviços e programas, como o Trevo de Quatro, o Programa Melhor em Casa, as Academias da Saúde e a Estratégia Saúde da Família. Nesta pesquisa a ESF será a temática abordada (no próximo tópico), considerando que é a esfera principal e prioritária da APS, sendo porta de entrada dos usuários ao serviço de saúde.

Muitas transformações aconteceram desde a implantação do SUS, em busca de garantir o atendimento à população, suscitaram estratégias e práticas de reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS). Atualmente, representa o primeiro nível de atenção, objetivando ser a ordenadora do cuidado, a fim de assegurar resolutividade na sua complexidade tecnológica, assegurando-se referência e contrarreferência com os diferentes níveis do sistema quando é necessária maior complexidade para resolução dos problemas identificados (BRASIL, 2014).

Neste contexto, destacamos a população LGBT, grupo social central deste projeto. A evidência da relação saúde e diversidade sexual surge na década de 80, quando o Ministério da Saúde percebe a necessidade de enfrentamento da epidemia HIV/Aids em parceria com os movimentos sociais de defesa dos direitos da população

LGBT. “O posterior reconhecimento da complexidade da saúde de LGBT exigiu que o movimento social buscasse amparo com outras áreas do Ministério da Saúde e, conseqüentemente, ampliasse o conjunto de suas demandas em saúde”. (BRASIL, 2012, p. 6) Por isso, objetivaram, então, discutir saúde de modo transversal, que englobasse todas as áreas como a produção do conhecimento, participação social, promoção, atenção e cuidado. Isso implica que há a necessidade de uma maior atenção para de tornar mais acessível à saúde a diversos segmentos sociais historicamente preteridos, como é o caso da população LGBT.

A história recente apresenta alguns passos importantes dado pelos movimentos sociais LGBT que impulsionaram a ampliação de direitos e a criação de leis. Em 2004 o Governo Federal criou o “Brasil sem Homofobia” – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB (Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais) de Promoção da Cidadania Homossexuais e de Promoção da Cidadania de Homossexuais”. Uma iniciativa repleta de pactuações interministeriais e sociedade civil, cujo objetivo era a melhoria da gestão pública em favor do público em questão, promovendo cidadania e respeitando as peculiaridades de cada um desses grupos sociais, dizendo não à homofobia. (DOS DEPUTADOS, 2004)

Resultado desse Programa, no mesmo ano, o Ministério da Saúde instituiu o Comitê Técnico de Saúde da População GLTB, cujo objetivo era construir uma política específica para o SUS, concretizada nove anos depois. Outro marco importante das mobilizações sociais, foi a 13ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2008), nesta a orientação sexual e a identidade de gênero são inseridas na análise da determinação social da saúde, impulsionando assim a construção de políticas intersetoriais para a população LGBT. (BRASIL, 2013)

Resultado das incessantes lutas dos movimentos sociais, no âmbito da saúde, em 2013 foi lançada a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas Gays, Bissexuais, Travestis e transexuais:

é um divisor de águas para as políticas públicas de saúde no Brasil e um marco histórico de reconhecimento das demandas desta população em condição de vulnerabilidade. É também um documento norteador e legitimador das suas necessidades e especificidades, em conformidade aos postulados de equidade previstos na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2013, p.6)

Tal política visa realizar ações que objetivem evitar atos de discriminação contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos âmbitos de atendimento

ao serviço de saúde. Esta prerrogativa é compromisso ético-político para todas as instâncias do SUS.

A referida Política, (BRASIL,2013), reconhece as consequências da discriminação e exclusão no processo saúde doença da população LGBT. Toda sua construção fora idealizada na determinação social na saúde, objetiva reduzir as desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais, efetivando o SUS como uma política universal, igualitária e equitativa, “considerando que todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias direcionadas à população LGBT (lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia) devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença.” (BRASIL, 2013, p.21)

É válido considerar o retardo no processo de aceitação das diversas formas de expressão da sexualidade, no tocante à elaboração das legislações para este público específico. Ainda assim, mesmo imbuídos de normatizações, ações que promovam a inclusão, são raras. O processo de resistência é grande e perverso para com esses sujeitos que buscam, historicamente, a livre expressão de sua sexualidade. Como referenciado a cima, o Movimento LGBT apresenta uma luta constante em busca da não discriminação.

4.1.1 Estratégia Saúde da Família e suas definições

A Estratégia Saúde da Família-ESF surge no cenário da política pública de saúde como possibilidade de transformação do sistema brasileiro. Em 1994 teve sua origem com o nome de Programa Saúde da Família, só posteriormente ganhou o nome de estratégia.

A ESF trouxe consigo a implementação de princípios importantes da APS instituídos na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em ALMA-ATA, em 1978. Esta surge de uma necessidade mundial de se promover saúde para todos os povos.

A Saúde da Família trouxe um novo olhar para os cuidados da população, confrontando uma visão biomédica majoritária, até então presente da política de saúde: uma visão tradicional. Desde a Conferência de Alma-Ata a discussão se ampliou colocando as possibilidades de efetivação de ações para além da doença, onde determinam alguns cuidados primários à saúde

-Refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se

baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública.
-Têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, p. 2)

É possível perceber que a doença deixa de ser o foco principal para os cuidados da saúde, de acordo com a declaração de Alma-Ata. Outros fatores estritamente ligados à vida em comunidade passam a ser levados em consideração, o saber biomédico é contraposto por uma visão mais ampla do processo saúde-doença.

A ESF adota os saberes institucionais (técnico) aliados aos comunitários, havendo uma “horizontalização” do cuidado, embasados nos princípios da universalidade, equidade e integralidade do cuidado. Para isto, utiliza de outras condutas terapêuticas incluindo a prevenção de agravos, a promoção de saúde, reabilitação, atividades coletivas e individuais dentre outras. (SORATTO et al, 2015)

De acordo com os autores acima mencionados, a ESF traz consigo a valorização de outras categorias profissionais para o cuidado, tirando a centralidade da categoria médica, em detrimento de uma multiprofissionalidade que atua em perspectiva interdisciplinar. A Estratégia Saúde da Família (ESF) deve compor uma equipe multiprofissional possuindo, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-eSB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. (BRASIL, 2017)

Para além da equipe mínima, a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2017) preconiza a existência do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica-NASF. Trata-se de equipes de profissionais, para além de médicos e enfermeiros, formadas a partir das demandas do território. No município de Sobral as categorias que compõem o quadro de funcionário são: Serviço Social, psicologia, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional, educação física e farmácia. Desta forma, as possibilidades de condutas para um cuidado integral se tornam mais evidentes.

A categoria mais recente a surgir é a de gerentes, legalmente criada com a última PNAB em 2017. Esta não era uma categoria obrigatória na composição das Unidades Básicas de Saúde, no entanto, o município de Sobral, mesmo antes desta normativa, já considerava os (as) Gerentes como peças fundamentais para os processos organizativos da Atenção Primária. De acordo com a PNAB cabe aos gerentes algumas atribuições, como:

I - Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;

II - Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;

III - Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

V - Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VIII - Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX - Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

XI - Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII - Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII - Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

Como é possível perceber os gerentes possuem um papel fundamental no cuidado da população do território. Seu fazer profissional ultrapassa a função administrativa, devendo estar atento às pluralidades de demandas emanadas do território, potencializando e estimulando a equipe para a execução de ações que estejam nas competências da Atenção Primária à Saúde. Neste ensejo, é válido ressaltar que o município de Sobral designa as atribuições dos gestores, que vão ao encontro das que foram propostas pela PNAB.

4.1.2 O Cuidado na Atenção Primária

A Atenção primária à Saúde, como já discutida, é considerada a porta de entrada do cidadão na política pública de saúde. Desta forma o usuário que por ela entra deve ter seu cuidado garantido de modo integral e de qualidade. De acordo com a PNAB (2019) o cuidado pela APS abrange ações de âmbito individual e coletivo, perpassa a construção do vínculo com os usuários, possibilitando a construção de relações afetivas com o profissional, bem como a promoção da saúde, a prevenção de agravos, ou seja, busca a atenção integral que transforme a realidade de saúde e autonomia das pessoas. (BRASIL,2019)

Ao ler a PNAB é possível perceber que a palavra “cuidado” inúmeras vezes aparece de forma repetida, principalmente em seus princípios e diretrizes, fazendo dela uma categoria fundamental na Atenção Primária à Saúde. É importante ressaltar que atrelada a essa integralidade de cuidado estão os outros princípios do SUS, onde se reforça a necessidade que este cuidado seja estendido a todos/as sem nenhuma diferenciação.

A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado (BRASIL,2019, p. 21)

A PNAB (2019) vem reforçar que os serviços de saúde devem ter sua lógica centrada nas necessidades e anseios do usuário da política, como forma de ampliar a construção do cuidado da saúde das pessoas e das coletividades adstritas no território, ampliando também sua autonomia. Nesse ensejo, surge a gestão cuidado em saúde, como estratégia para a utilização das possíveis tecnologias de saúde para atender as necessidades de cada pessoa de forma singular e individualizada

Neste sentido, (CECÍLIO, 2011) corrobora ao afirmar que a gestão do cuidado se efetiva em múltiplas dimensões e as definem como: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. O primeiro, diz respeito ao indivíduo em si, de modo singular, no entanto, o autor acaba por reforçar que embora encarados como sujeitos únicos, não se podem esquecer que sempre estão em relação uns com os outros. Cada pessoa é influenciada por um conjunto de vetores de suas relações.

A dimensão familiar, segundo (CECÍLIO 2011), leva em consideração os atores importantes da vida dos sujeitos, como familiares, amigos e ou vizinhos. Deve-se, então, considerar todas as possibilidades e dificuldades dessas relações. A dimensão familiar tende a ganhar crescente relevância no cuidado das pessoas, considerando a inversão da pirâmide etária, onde a população está envelhecendo de forma acelerada e exigindo como consequência um apoio familiar.

Ao continuar abordando as dimensões, Cecílio (2011) pontua as demais dimensões, estas assumem principal relevância neste trabalho. A do profissional do cuidado, em que ressalta os fatores individuais dos colaboradores do serviço de saúde, como a capacidade de ser resolutivo diante do problema de saúde; a competência ética, onde o profissional se dedica de modo integral para atender a necessidade do usuário, da melhor forma possível, ressaltando também a importância da criação de vínculos. Associada a esta, tem a dimensão organizacional, onde o autor refere-se à capacidade organizativa das equipes, envolvendo a comunicação, a operacionalização dos fluxos, as regras de atendimento ao paciente, dentre outras condutas que visam o bem-estar do mesmo

A dimensão sistêmica da gestão do cuidado é aquela que perpassa todo acompanhamento do usuário “é aquela que trata de construir conexões formais, regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, compondo “redes” ou “linhas” de cuidado, na perspectiva da construção da integralidade do cuidado.” (CECILIO, 2011, p. 591). O autor provoca a discussão de que é necessário pensar o cuidado nos inúmeros itinerários terapêuticos que o usuário possa traçar, pontuando que na realidade dos serviços de saúde é percebido que não há uma linearidade nos fluxos e percursos do paciente. Desta forma cabe aos gestores identificar fluxos e as possíveis prioridades do serviço que auxiliarão no processo de cuidado.

Esta categoria surge como ponto chave para o desenvolvimento deste trabalho. Em algumas situações, o não atendimento da população LGBT nas políticas públicas se dá pelo preconceito e a discriminação emanada em uma sociedade que ignora esse segmento populacional. Pensar estratégias de cuidados, considerando todas as dimensões abordadas é fundamental. Deste modo, torna-se essencial compreender a categoria Diversidade Sexual, a fim de possibilitar a compreensão dos sujeitos acerca da temática, tornando mais qualificada as estratégias de atendimento deste público.

4.2 Diversidade Sexual e Poder

As discussões sobre a categoria foram ampliadas a partir da década de 80, pela historiadora estadunidense Joan Scott. A referida autora, considerada pós-estruturalista, carrega em seus escritos ideológicos influência de Michel Foucault. Para Scott (1990) gênero é a percepção sobre as diferenças sexuais, que acabam por colocar as pessoas dentro de relações hierárquicas. Com o aprofundamento das discussões acerca da categoria, “gênero” passou a “referir-se à organização social da relação entre os sexos.” (SCOTT, 1990 p.2). Logo percebe-se a importância da categoria gênero, pois questiona os papéis sociais atribuídos aos homens e às mulheres.

Segue-se, então, que o gênero é a organização social da diferença sexual. Ele não reflete a realidade biológica primeira, mas constrói o sentido da realidade. A diferença sexual não é a causa original da qual a organização social poderia derivar: ele é antes, uma estrutura social móvel que deve ser analisada nos seus diferentes contextos históricos.” (Joan Scott, 1998, p: 15)

Por sua vez, Teresa Lauretis em seu artigo cujo título é A tecnologia de gênero afirma que não se deve confundir gênero com diferenças sexuais, para não se limitar apenas aos antagonismos entre os sexos. A autora (1987) apresenta-o como uma representação e autorrepresentação” (p.208). Sua construção e desconstrução se dá em diferentes períodos da sociedade, incluindo a atualidade. Ainda acrescenta e reforça que gênero não é sexo e sim o produto de cada sujeito (a) inseridos em uma relação social preexistente ao próprio indivíduo, sendo então “a representação de cada indivíduo em termos de uma relação social preexistente ao próprio indivíduo e predicada sobre a oposição “conceitual” e rígida [estrutural] dos dois sexos biológicos.” (LAURETIS, 1987, p. 211) Assim, o sexo é apenas um dos elementos que constituem as identidades de gênero.

Desta maneira reforça-se a necessidade de entender gênero para além do determinismo biológico, aquela visão binária masculino x feminino, superando os padrões construídos culturalmente. Scott e Lauretis dão grande contribuição com esta categoria ao reforçarem a necessidade de se analisar as relações de gênero inseridas em um contexto social.

Ao analisar as relações sociais de gênero, Lauretis (1987) pontua que os homens e as mulheres se posicionam de modos diferentes, o que ela chama de

"opcionalidades sexual-discursivas" (p.216) desta forma as mulheres também são afetadas de modo diferente.

Ao considerar esta relação, é importante ponderar a cultura do patriarcado, que é expressa na perpetuação da soberania do homem na sociedade. Modo em que os homens têm sua supremacia assegurada nas instituições ocupadas por eles, como na política, na igreja e nas instituições econômicas. Em detrimento a este poder, estão as mulheres, que, culturalmente, tornaram-se submissas às ordens dos homens e aos cuidados do lar. Assim, "o gênero está longe de ser um conceito neutro" carrega uma dose apreciável de ideologia." (SAFFIOTI, 2004, p. 136). Acaba por designar o poder desigual do feminino quando comparado ao masculino, condicionando até mesmo as formas de comportamento dos sujeitos.

Ao pontuar a necessidade de estudar diversidade sexual, pensando gênero para além da relação dual apresentada nos espaços sociais como o Sistema Único de Saúde, surge a necessidade de compreender, primitivamente, como a ordem social heteronormativa foi e é cultivada nas relações sociais, até mesmo quando se considera sexualidades não-hegemônicas, ou quando a identidade de gênero dos sujeitos é colocada em questão. Por isso iniciou-se este tópico com uma breve explanação de gênero em uma perspectiva binária, homem x mulher.

4.2.1 A heteronormatividade x diversidade sexual: uma constante resistência

A categoria gênero é tomada aqui através da teoria da performatividade de Gênero, como resultado de influências da filosofia, dos Estudos culturais norte-americanos e do pós-estruturalismo Francês. Este último, afirma que o sujeito é sempre encarado como provisório e circunstancial.

Butler (2002) afirma: "O gênero é performativo porque é efeito de um regime que regula as diferenças de gênero. Neste regime os gêneros se dividem e se hierarquizam de forma coercitiva." (p.64) Esta autora ainda aborda que o regime regulador das diferenças de gênero é ritualizado, encenado e legitimado a partir de uma estrutura binária. Estas estruturas são instâncias e instituições, como: a escola, a família, os meios de comunicação, o lazer e outras esferas da realidade onde acontecem as performances de gênero. Para Butler:

A ideia de que gênero seja uma performance foi concebida para mostrar que o que vemos no gênero como uma essência interior é fabricado através de uma série ininterrupta de atos, que essa essência é colocada como tal em e

pela estabilização do gênero do corpo. Desse modo, torna-se possível mostrar que o que pensamos ser uma de nossas propriedades internas de ser considerada como o que esperamos e produzimos através de alguns atos corporais, que ela poderia ser, inclusive, ao levarmos essa ideia ao extremo, um efeito alucinatório de gestos naturalizados. (BUTLER, 2003, p. 36)

Essas práticas são espécies de interações que definem os atributos de gênero e reforçam as práticas de masculinidade e feminilidade em algum contexto. Tal fato reforça o conceito de corpo como construção do político, ou seja, o corpo representa um conjunto de fronteiras, individuais e sociais, politicamente significadas e mantidas (BUTLER, 2003, p. 551).

A teoria Queer, tem sua origem nos Estados Unidos, na década de 80 do século passado, como resposta crítica aos estudos de gênero até então desenvolvidos que o tratava em uma perspectiva binária, como sinônimo de heterossexualidade. A palavra *Queer* significa anormalidade, perversão, criado para refletir sobre a normatização da sexualidade. (BUTLER,2009) Rompe, assim, com padrões de sexualidade imposto culturalmente.

Sobre isso, (Miskolci, 2014) argumenta, em seus escritos, que a Heteronormatividade está imbricada às normas sociais, onde ela ultrapassa as relações heterossexuais, colocando, também, padrões às relações de pessoas do mesmo sexo. Trata-se de uma norma cultural onde a heterossexualidade deve se perpetuar no cotidiano dos sujeitos como uma norma. A autora Guacira Louro (2004) acrescenta que

uma matriz heterossexual delimita os padrões serem seguidos e, ao mesmo tempo, paradoxalmente, fornece a pauta para as transgressões. É em referência a ela que se fazem não apenas os corpos que se conformam às regras de gênero e sexuais, mas também os corpos que as subvertem. (LOURO,2004, p.27)

O patriarcalismo, juntamente com a lógica heteronormativa, alimenta as formas mais diversas de discriminação, como o machismo, a misoginia, homofobia. A misoginia é retratada pelo ódio às mulheres e ao feminino em geral. Percebendo isso, é importante discutir o processo de discriminação que envolve identidade e orientação sexual. Para Teixeira e Freitas (2013) há uma íntima ligação entre a homofobia e a misoginia, visto que mesmo nas relações homossexuais, há a tentativa de classificação de masculino e feminino, estruturadas na díade homem e da mulher. Percebe-se a existência de defesa da sexualidade tradicional. Assim, homens homossexuais que apresentam traços feminizados estão mais vulneráveis à homofobia e ações de preconceito.

Para comungar com o que fora acima mencionado, Mikolcii (2014) reforça que a heteronormatividade padroniza apenas as relações das pessoas que se relacionam com o sexo oposto “as várias culturas sexuais não-hegemônicas sobre uma relação sexual reprodutiva para definir papéis/posições sexuais (MIKOLCI, 2014, p.5). Desta forma, ratifica que há uma padronização das relações sociais, afetivas e sexuais, onde se normatizam os valores contemporâneos, sendo um modelo supostamente coerente, superior e natural.

Diante disto, faz-se necessário resgatar historicamente a condição das relações homoafetivas. Miskolci (2014) recorda que no já no século XIX a homossexualidade foi considerada doença e criminalizada, acrescida das ações de normalizadoras que almejavam a medidas de internação, prisão e tratamento psiquiátrico. Já na segunda metade do século XX, com a despatologização (1974) e a descriminalização da homossexualidade, percebeu-se que é visível a influência da heteronormatividade no controle e na normalização da vida de gays e lésbicas. A partir de então, a intenção não era torná-los heterossexuais e sim, fazer com que adotassem um modo de vida semelhante.

Bem antes disto, e não menos importante, já se tem a influência da religião como formadora de moral de essencialmente preconceituosa com a população LGBT. Na Bíblia, principal livro Cristão, abomina as relações homossexuais em alguns trechos, como no livro de Levítico 18:22 onde cita “Não se deite com um homem como quem se deita com uma mulher; é repugnante”; e em Romanos capítulo 1 versículos 26 e 27:

Por causa disso Deus os entregou a paixões vergonhosas. Até suas mulheres trocaram suas relações sexuais naturais por outras, contrárias à natureza. Da mesma forma, os homens também abandonaram as relações naturais com as mulheres e se inflamaram de paixão uns pelos outros. Começaram a cometer atos indecentes, homens com homens, e receberam em si mesmos o castigo merecido pela sua perversão. (BIBLIA, 1990, 1376)

Bento (2012) reforça a discussão ao pontuar o padrão de sexualidade e família baseado nos padrões heteronormativos construídos por base da religiosidade judaico-cristã, onde se perpetua a representatividade do homem e da mulher.

A idealização da família com divisões binárias das tarefas a partir das diferenças sexuais (ao homem a rua, à mulher o lar), a imagem do lar como espaço de conforto espiritual, lócus interdito aos conflitos e às disputas, são idílicos que guardam pouca conexão com a realidade e que têm como função restringir a noção de família aos marcos da heterossexualidade. (BENTO, 2012 p.275)

Diante do que fora citado, pode-se perceber que os desvios de padrão do que é ser heterossexual trazem consigo a ideia de perversão e deve ser abominado, segundo os escritos do principal livro do cristianismo. Reforça também que é algo da natureza humana a heterossexualidade, estando imbricada a criação do homem e da mulher, em seu estado natural, e sua prática enquadrando-se como pecado. Desta forma rechaça qualquer possibilidade de identificação dos indivíduos com a diversidade sexual, reforçando os padrões da heteronormatividade.

Para além da padronização acima mencionada, atrelada à concepção de gênero e a diversidade sexual, surge como categoria fundante a ser discutida, a sexualidade. Essa está diretamente associada às relações da população LGBT. A categoria “poder” é amplamente discutida pelo filósofo francês Michel Foucault (1994), importante influência na contemporaneidade, apresentando esta categoria como caminho de análise da história e das relações sociais. O poder para o referido autor não deve ser compreendido de modo unilateral, onde um sujeito obedece a tomada de decisão de um superior, mas como uma relação de forças existentes numa sociedade.

No século XIX, o comportamento sexual foi evidenciado na produção da individualidade, ganhando estatuto de anormalidade para os atos sexuais entre as pessoas do mesmo sexo (Foucault, 1994). É uma mudança no regime de visibilidade, pois “o homossexual do século XIX torna-se uma personagem (...) nada do que ele é, no fim das contas, escapa à sua sexualidade” (Foucault, 1988, p.50). Os estudos sobre o sexo, posteriormente sobre a sexualidade, edificam um campo propício para a homossexualidade emergir enquanto conceito e o homossexual enquanto modo de existir. Assim, a ciência passa a descrever estas práticas, principalmente, ao considerar esses sujeitos “diferentes” que em sua sexualidade.

Retomando a discussão com base nos escritos de Foucault (1998) ele retoma a relação estreita de segregação do homossexual. Na segunda metade do século XIX, a homossexualidade torna-se objeto de estudo para a medicina, ressaltando, por consequência a ideia de anormalidade e as tentativas de curas dos sujeitos. No mesmo período histórico, “a partir de então, todos serão percebidos no interior de um parentesco global com os loucos, como doentes do instinto sexual.” (FOUCAULT, 1994p.130).

Um campo de discussão apresentado em seus escritos é a medicina, como campo de reificação do poder. No século XVIII, o saber médico acompanha o modo

de sociabilidade dos sujeitos, interferindo em seus modos de vida com a normatização de condutas. Esta ultrapassa a relação dos campos saúde-doença quando passa a interferir no comportamento humano, como a sexualidade. Deste modo a existência de comportamentos que fogem do que fora padronizado, deixava os indivíduos em condições de delinquência, doença e criminalidade. (Foucault ,2008a, 2002)

A psiquiatria cria uma categoria patológica que corresponde à homossexualidade, no entanto, a identificação do homossexual se dava em função de outros critérios para além da prática com pessoas do mesmo sexo. Voz, trejeitos, roupas, lugares de circulação, preferências, diferenças anatômicas. A psiquiatria descreve e delimita num único corpo homogêneo as múltiplas expressões que se manifestavam (Foucault, 1988; Borrillo, 2010)

Durante muito tempo as orientações não heterossexuais foram patologizadas pela psicologia e pela medicina psiquiátrica². Esteve atrelada, primeiramente, ao diagnóstico de transtorno de personalidade e posteriormente ao transtorno de identidade sexual. Tal fato foi perpetuado até 1973, até quando a homossexualidade esteve presente nas duas primeiras edições do manual diagnóstico de doenças psiquiátricas da American Psychiatric Association (APA).

No ano de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) retira do Código Internacional de Doenças (CID). No Brasil, de modo mais lento contribuíram nesse processo, quando os Conselhos Federais de Medicina (em 1985) e de Psicologia (em 1999) deixaram de considerar a homossexualidade como doença, distúrbio ou perversão. (JUNQUEIRA, 2007)

É importante perceber que as informações acima são para considerar o processo histórico da categoria em análise, visto que a medicina constitui um campo de saber/poder inegável e que ainda, na contemporaneidade, exerce função coercitiva nas relações entre os sujeitos. Mediante isto, é importante retomar a discussão trazida por Foucault. O poder avança na definição dos modos de existir associados às práticas sexuais entre pessoas do mesmo sexo, produzindo assim processos de subjetivação homogêneos e normatizados. Isso se dá porque o dispositivo da sexualidade não delimita apenas a 'regra do jogo', mas avança cada vez mais fundo

² A noção de "ser humano normal" pode ter sua origem na abordagem médica da humanidade, ou nas tendências das organizações burocráticas em grande escala, como a Nação-Estado, de tratar todos os seus membros como iguais em alguns aspectos. Quaisquer que sejam suas origens, ela parece fornecer a representação básica por meio da qual os leigos usualmente se concebem. (Goffman, p.9)

nas transgressões (Foucault, 1988). Os desvios não só são esperados como necessários, posto que através deles a produção hegemônica de poder avança.

As medidas de controle do corpo e da sexualidade são marcadas por acontecimentos singulares na história, não só pela medicina, como também pela Igreja católica, como o Concílio de Trento, expressão de domínio da Igreja Católica.

Até a metade do século XVI, a Igreja controlou a sexualidade de maneira bastante frouxa: a obrigação do sacramento da confissão anual, com as confissões dos diferentes pecados, garantia que não se tivesse histórias imorais para contar ao padre. A partir do Concílio de Trento, por volta de meados do século XVI, assistiu-se ao aparecimento, ao lado das antigas técnicas de confissão, de uma série de procedimentos novos que foram aperfeiçoados no interior da instituição eclesiástica, com objetivos de purificação e de formação do pessoal eclesiástico: para os seminários e conventos, elaboraram-se técnicas minuciosas de explicitação discursiva da vida cotidiana, de auto-exame, de confissão, de direção de consciência, de relação dirigidos-diretores. (FOUCAULT, 1994, p.142)

Deste modo, a mobilização do poder cristão na tentativa de controle do corpo de seus fiéis e da sexualidade, era evidente. Repercutindo nas micro relações sociais, reverberando no domínio de sujeitos e/ou grupo de indivíduos. Para Foucault (1994) A ato de confessar, de revelar o que acontece no íntimo das relações, sendo um meio de repreender a prática do sexo, bem como inibir sua aparição no consciente. “O sexo foi aquilo que, nas sociedades cristãs, era preciso examinar, vigiar, confessar, transformar em discurso.” (FOUCAULT 1994, p.127)

Deste modo, a religião acaba por perpetuar o poder sobre os corpos e sua livre expressão de liberdade. Os sujeitos que fogem da lógica heteronormativa, ainda hoje, são satanizados e responsabilizados por suas condutas “fora” do que é dito dogma pela Igreja. De acordo com Foucault, falar sobre sexualidade era permitido com o objetivo de punir.

É sabido que as pessoas que não estão dentro do que é dito normal no âmbito da sexualidade, está à mercê de tratamento vexatórios de discriminação, marcado por estigmas, expressando formas de punições. O estigma, para Goffman, está intimamente ligado a relações depreciativas, nas quais possuem duas perspectivas: numa as características do estigmatizado que o distingue de uma suposta normalidade, é evidente; na outra a característica distintiva não é evidente pelos outros, e às vezes, nem tampouco pelo sujeito.

Ao levar em consideração a perspectiva do desacreditado, Goffman (1980), apresenta três estigmas diferentes. Em primeiro lugar, há as abominações do corpo - as várias deformidades físicas. Em segundo, as culpas de caráter individual,

percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos sobre, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical. Finalmente, há os estigmas tribais de raça, nação e religião, que podem ser transmitidos através de linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma família. (GOFFMAN, 1980, p.91)

Pode-se perceber que a diversidade sexual está nessa perspectiva, como uma característica que se diverge de uma normalidade imposta culturalmente. O sujeito poderia sentir-se parte da sociedade de um modo integral, mas, por apresentar um traço considerado anormal, ele acaba por possuir estigmas. Cotidianamente são utilizados termos como “viado”, “sapatão”, “bixinha” nos discursos como fonte de metáfora e representação, de maneira característica, sem pensar no seu significado original, que acabam por fortalecer a exclusão.

Discutir o preconceito e a discriminação contra a diversidade sexual faz-se necessário, neste trabalho, por repercutir diretamente nas dimensões de vida dos sujeitos envolvidos seja no âmbito psicológico, social e familiar. Passam a ser vistos como fator de restrição de direitos de cidadania, como impeditivo à educação, à saúde, ao trabalho, à segurança, aos direitos humanos.

É sabido que este preconceito, cotidianamente, é expresso pela violência. Esta é importante estressor social que traz como consequência implicações diretas na saúde mental e na qualidade de vida, da população LGBT. Visto que impulsiona os sentimentos de culpa, medo, desconfiança, confusão, insegurança, ansiedade, vergonha, isolamento social, dificuldades de estabelecer e manter relacionamentos amorosos, disfunções sexuais, hostilidade, distúrbios alimentares e uso/ abuso de substâncias psicoativas (MIRANDA, 2020).

Diante do exposto, queremos enfatizar a urgência da viabilidade do acesso ao serviço de saúde a toda a população de forma equânime, inexistindo qualquer possibilidade de discriminação por raça, gênero, orientação sexual, classe social, dentre outros aspectos determinantes das condições sociais dos usuários da Política de saúde. Precisamos compreender como se dá esse cuidado sob o ponto de vista dos gestores, numa sociedade onde o processo de resistência é grande e perverso para com esses sujeitos que buscam, historicamente, a livre expressão de sua

sexualidade. O Movimento LGBT apresenta uma luta constante em busca da não discriminação.

4.3 O cuidado integral à população LGBT

A população LGBT – lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros – está mais vulnerável no que se refere a qualidade do atendimento de seus direitos, bem como incluindo o acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde, diante de todos os elementos. Para se alcançar a integralidade e equidade no processo de atenção à saúde, faz-se necessário a formação dos profissionais, como estratégia de gestão, assim como da elaboração de ações voltadas para as demandas específicas dessa população. (Brasil, 2012)

Araújo *et al* (2006) afirmam que a população LGBT não tem suas necessidades de saúde atendidas por razões relacionadas à homofobia, ou seja, à rejeição ou à intolerância irracional à homossexualidade. O grupo teme revelar a sua orientação sexual nos serviços de saúde, visualizando o impacto negativo que isso trará à qualidade da assistência, caso encontre um atendimento profissional marcado pelo preconceito. Adami *et al* (2013), reforça quando há uma fragilidade na relação usuário/profissional, alguns aspectos importantes, como a sexualidade, são omitidos e por consequência possibilidades de promoção da saúde são perdidas.

Percebe-se que os usuários deixam de comparecer aos serviços de saúde devido sua orientação sexual, ou quando comparecem aos mesmos, omitem tal informação, deixando de ser percebidas informações importantes para o cuidado desses sujeitos. Outro aspecto, já mencionado, é falta de qualificação ou sensibilização dos profissionais para atender este público.

4.3.1 A mulher Lésbica

A saúde lésbica ainda é pouco discutida no Brasil e no mundo. Os últimos anos com o fortalecimento dos movimentos feministas e lésbicos, ganha paulatinamente mais visibilidade, porém, ainda insuficiente. No ano de 2006 foi publicado o Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas: Promoção da Equidade e da Integralidade, pesquisa realizada por Regina Facchini e Regina Maria Barbosa, por solicitação da Rede Feminista de Saúde, trazendo contribuições importantes para o presente estudo.

A militância das mulheres homossexuais e bissexuais foi presente desde o início do movimento, ainda na década de 70, sendo os primeiros grupos lésbicos formado na década de 80. No entanto, é valido recordar que apenas em 1993, no VII Encontro Brasileiro de Lésbicas e Homossexuais, o termo "lésbicas" fora incluído no nome do movimento. (FACCHINI; BARBOSA, 2004)

A construção da mulher lésbica, como sujeito de um direito a cuidados diferenciados de saúde, tem estimulado, em âmbito internacional, uma busca pelas especificidades de saúde de tais sujeitos. Também tem levado à produção de reflexões críticas sobre a abordagem da sexualidade dentro de um campo marcado por oposições como saúde-doença e normal anormal. (FACCHINI E BARBOSA, 2006, p 6)

Tal realidade é fruto da participação política que o movimento se faz presente, considerando que por muito tempo as discussões sobre a saúde da mulher estavam ligadas a “saúde reprodutiva” e “direito reprodutivo”. Foi nos anos de 1990 que emergiram, no campo das reivindicações políticas em âmbito internacional, ao processo de construção da noção de "saúde sexual" e "direitos sexuais". (FACCHINI; BARBOSA, 2006)

As autoras, no tocante ao agravamento de saúde desta população, ressaltam que o câncer de mama e de colo de útero tem como elemento potencializador à baixa utilização dos serviços de saúde por essas mulheres. Entre os fatores associados que conduzem o adoecimento, também são citados o uso abusivo de drogas ilícitas, tabaco, álcool, violência e grande sofrimento psíquico.

4.3.2 O homem homossexual

A relação da homossexualidade masculina e a saúde, fatalmente, surgiu com a epidemia de AIDS na década de 80, favorecendo a discriminação dos gays até os dias de hoje. “Ao surgir a epidemia HIV/Aids, no início dos anos 80, à época fortemente relacionada aos gays, o governo brasileiro apoiou mobilizações da população homossexual masculina na prevenção da doença.” (BRASIL, 2013) Por muito tempo, a imagem do gay esteve atrelada a esta patologia. Esta realidade começou a ser alterada após intensas mobilizações do movimento gay.

Um das principais conquistas desse movimento foi o “Programa Brasil sem homofobia”, cujo objetivo é promover a cidadania de gays, lésbicas, travestis, transgêneros e bissexuais, possibilitando assim equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação homofóbicas, respeitando a especificidade de cada um desses grupos populacionais. (BRASIL, 2004)

Outro marco importante e mais recente foi a Política Nacional de Saúde do Homem que traz como objetivo específico

Promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, entre outros, desenvolvendo estratégias voltadas para a promoção da equidade para distintos grupos sociais (BRASIL, 2009, P. 55)

Podem considerar tais legislações como importante conquista, considerando que esses avanços traçam o conceito de saúde de uma forma ampliada, na perspectiva da integralidade e equidade, visto que por muito tempo a saúde do homem gay resumia-se a Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's).

4.3.3. A travestilidade e a transexualidade na política de saúde

As categorias transexualidade e a travestilidade são bastante complexas de serem debatidas, por irem de encontro aos ideais heteronormativos, levando em consideração aspectos como sexualidade, corpo, identidade de gênero. Para Teixeira et al (2015) atrelado a este aspecto normativo, apresenta-se a visão da Medicina e das ciências psi (Psiquiatria, Psicologia e Psicanálise), nelas a transexualidade constitui uma desordem mental, sendo adotada nos manuais de doenças como um transtorno de identidade de gênero. Porém, é válido ressaltar que alguns autores que discutem as experiências “trans”, principalmente nas ciências sociais e humanas e na saúde coletiva, e as apresentam “como vivências que colocam em questão as normas de gênero que regem nossos conceitos de sexo, gênero e, no limite, de humano.” (p.84) O processo de inserção destas populações as políticas de saúde não se efetivam como os demais grupos sociais, é marcado por intensa discriminação.

Muitas das demandas de saúde das “trans” são resultado das tentativas de mudanças do corpo. Segundo Simpson (2015) tais alterações, no Brasil, tiveram suas práticas iniciadas na década de 80, quando travestis brasileiras passaram a utilizar o silicone industrial e os hormônios de maneira indiscriminada. Esta prática é recorrente até os dias atuais e se justifica pela estética e pela tentativa de se ter um corpo que seja de acordo com sua identidade.

É importante reconhecer os avanços das legislações, muitas já mencionadas neste trabalho, e outras como a que garante o nome social das pessoas “*trans*” tanto no cartão SUS como nos prontuários de atendimento (Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009); a publicação da Portaria nº 2.803 do Ministério da Saúde, em 2013,

que reformula e regulamenta o processo transexualizador. No entanto, é necessário perceber que a implementação nos serviços ainda não acontece em sua totalidade.

No cotidiano das pessoas “trans”, no que se refere ao atendimento nos serviços de saúde, encontra-se o despreparo das(os) profissionais, no momento em que estes usuários adentram ao serviço e é necessário que peçam a inserção do seu nome social, ou quando há a recusa do profissional em registrar. (TAGLIAMENTO,2013)

Há a necessidade, por um lado, de uma maior capacitação das(os) profissionais sobre as resoluções e as políticas que abordam o assunto, pois não basta criar um documento, enviá-lo para os serviços de saúde e não haver a garantia de que as(os) profissionais da ponta tenham conhecimento deles; por outro, constata-se que a garantia do nome social não basta para a efetivação de um direito, uma vez que esbarra na estigmatização e na discriminação relacionadas à identidade de gênero. Isso porque há casos de profissionais que se recusam a chamar pelo nome social, já que no RG consta um nome diferente, pertencente a outro sexo. (TAGLIAMENTO, 2015, p.72)

Percebe-se, contudo, que alcançar uma possível integralidade ainda é difícil em uma realidade que não se reconhece a identidade de gênero dos sujeitos. Muitos fatores podem ser atribuídos a isto, como a falta de informação, a fragilidade na formação destes profissionais, sejam eles de nível técnico ou superior e ausência de formações constantes nos serviços de saúde, por meio das educações permanentes. Neste processo, é importante perceber o papel da gestão na condução dos processos de cuidado, sendo necessário identificar as necessidades da população que carece de cuidado, bem como as fragilidades dos profissionais que dificultam o atendimento.

Por fim, embasado pelo referencial acima construído, é possível apreender quão complexo é a transversalidade entre a gestão do cuidado e a saúde da população LGBT. A história apresenta fatos de intensa luta dos movimentos sociais em busca de uma saúde integral. Em paralelo a isto, tem-se avanços no sistema de saúde que traçam possibilidades de um cuidado democratizado. Assim, pode-se questionar: “O que está faltando para consolidação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT?” O contato com os gestores em Sobral, disparou algumas respostas, contribuindo para os estudos da temática.

5. GESTÃO DO CUIDADO: CONHECENDO AS POSSIBILIDADES PARA UM CAMINHAR DIFERENTE

O presente capítulo se destina a analisar os resultados encontrados nas entrevistas semiestruturadas realizadas nos lócus da pesquisa: nos Centros de Saúde da Família. Tem como objetivo explorar as falas das pessoas que foram entrevistadas, pontuando as que mais se destacaram a fim compreender a transversalidade das categorias diversidade sexual e gestão em saúde, percebendo as fragilidades e potencialidades existentes entre elas.

As participantes foram os dez gestores dos CSF's selecionados para a pesquisa, descritos anteriormente. Os depoentes do estudo ganham salários iguais, equiparados a suas funções de gestores, todos/as apresentam nível superior, todos/as possuem a religião cristã como credo.

Os/As gestoras(es) são servidores públicos admitidos por meio de uma seleção pública da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral. Os/as depoentes do estudo ganham salários iguais, equiparados a suas funções de gestores. No tocante a formação, são de diferentes categorias profissionais: 7 (sete) de enfermagem, 1 de fisioterapia e 1 de farmácia e 1 de nutrição. Quanto a crença religiosa, são cristãos. Segue quadro demonstrativo:

Quadro 03 –Perfil dos depoentes

Depoente	Categoria profissional	Credo	Tempo de atuação
Participante 1	Enfermagem	Cristã	5 anos
Participante 2	Enfermagem	Cristã	10 meses
Participante 3	Enfermagem	Cristã	2 anos e 4 meses
Participante 4	Enfermagem	Cristã	2 anos e 5 meses
Participante 5	Enfermagem	Cristã	6 anos
Participante 6	Enfermagem	Cristã	2 anos e 5 meses
Participante 7	Enfermagem	Cristã	2 anos e 5meses

Participante 8	Nutrição	Cristã	2 anos e 5 meses
Participante 9	Fisioterapia	Cristã	2 anos e 4 meses
Participante 10	Farmácia	Cristã	2 anos e 5 meses

Com o objetivo de qualificar as informações sobre os depoentes, optou-se por usar o codinome “Participante”, a fim de preservar a identidade dos envolvidos. Assim ao final da descrição de cada fala, o codinome será atribuído ao participante.

Utilizaremos a análise temática de Bardin. Nesta perspectiva o pesquisador busca descobrir os “núcleos de sentidos” relevantes para o objetivo analítico escolhido. Para além do embasamento teórico, utilizou-se do software de pesquisa conhecido como Iramuteq. Ele visa, principalmente, a análise do discurso, diante do conteúdo da entrevista ele capta o que apareceu de mais relevante. O mesmo permite criar gráficos, fazer jogo de palavras, gerar dados estatístico sobre as repetições de palavras, assim foi importante ferramenta na análise.

Nesta pesquisa, o segundo eixo foi analisado sem o Software. Por considerar que esta parte da pesquisa abordou várias temáticas, como o território, Centro de Saúde da família, os serviços ofertados; o sistema gerou interpretações confusas, assim optou-se por uma análise manual.

Diante desta ferramenta, as respostas foram analisadas separadamente por eixo, de acordo com a entrevista: eixo 1 “Diversidade Sexual”, eixo 2: “Diversidade Sexual e Saúde”. Após a coleta de todas as respostas, pôde-se compreender quais as significações que as mesmas atribuíam as categorias em análise, principalmente no que se refere à diversidade sexual.

5.1 Diversidade sexual e seus estranhamentos: “eu não sei diferenciar nada”

A entrevista semiestruturada teve como principal objetivo conhecer previamente o conhecimento dos gestores dos CSF’s acerca da categoria Diversidade Sexual. Era composta por cinco perguntas relacionadas a: Identidade, identidade de gênero, orientação sexual e diversidade sexual.

No primeiro núcleo, diante das entrevistas, foi possível perceber que a diversidade é tida como uma escolha e que há uma evidente confusão e

desconhecimento na definição daqueles conceitos questionados, implicando diretamente no fazer dos profissionais de saúde.

Tal evidência é confirmada com a ferramenta “Iramuteq” quando analisada a imagem abaixo retirada do processamento de dados da entrevista.

Tabela 1:” Frequência da aparição de palavras das entrevistas. “Eixo 1 -Diversidade Sexual”

Forma	Freq. ↓	Tipos
como	17	adv
achar	11	ver
gênero	11	nom
escolher	8	ver
não	8	adv
saber	7	ver
sexual	7	adj
identificar	6	ver
orientação	6	nom
sentar	6	ver
diferenciar	5	ver
maneira	5	nom
determinado	4	adj
heterossexual	4	adj
afetivo	3	adj
ao	3	adv
atração	3	nom
confuso	3	adj

Fonte: DADOS DO AUTOR/IRAMUTEQ

Deste modo, percebe-se que as quatro perguntas deste eixo tiveram a presença significativa das expressões “não sei”, “não sei identificar” “não sei diferenciar” e “eu acho”; quando perguntadas/os sobre a diferenciação dos conceitos. De modo mais discreto, apareceu o adjetivo “confuso”, referindo ao mesmo ideário semântico das expressões anteriores. Ressalta-se que na imagem que as palavras se encontram separadas e de acordo com sua classe gramatical, possibilitando a identificação das locuções e expressões que deram sentido ao discurso.

“Orientação sexual é a decisão da pessoa, a sua liberdade, mesmo sabendo que tem o corpo, que engloba suas características primarias, como hormonal as características secundarias de voz de biótipo de é ... de jeito do homem e da mulher... Que a mulher é mais sensível, o homem tem mais a força corporal, que isso são características secundarias. Mesmo ela sabendo esse seu ser natural, com sua

liberdade ela é capaz de decidir é ... eu mesmo tendo um corpo feminino posso me orientar como corpo masculino". (Participante 1)

"Acredito que cada um tem um modo de se identificar. Você decide o que você vai querer ser, decide o que você quer. Têm muitas pessoas tem um jeito de ser, porque a pessoa não é aquilo ali que a pessoa acha que seja. Às vezes até o modo de conversar. Até assim, como a gente está vendo muita a discussão de sexualidade, muitos se identificam que é uma coisa e às vezes nem é. Muitos se identificam com "aquilo", mas nem é." (Participante 6)

Na primeira resposta, percebe-se uma confusão das categorias orientação sexual e identidade de gênero. Há a perceptível contradição, visto porque relaciona as possíveis mudanças do corpo para formação de uma identidade. É possível perceber também que em meio aos equívocos da maioria dos entrevistados ao mesmo tempo em que afirma ser uma escolha, posteriormente declara estar relacionada à identidade.

Na entrevista, no eixo acerca sobre diversidade sexual, haviam duas perguntas complementares: "o que você entende por Identidade?" e "o que você entende por Identidade de gênero?". Diante delas, percebe-se, por vezes que esta última é dissociada da primeira, como se o gênero fosse uma categoria a parte do indivíduo.

Quando questionadas sobre Identidade, destacaram-se as respostas atreladas a natureza humana, características pessoais.

"Características próprias que cada pessoa tem, já nasce e vai construindo; o que permite diferenciar uma pessoa de outra, um objeto de um ser humano" (Participante 2)

"É saber quem eu sou, a partir do momento que eu sei quem eu sou eu posso orientar minha vida" (Participante 3)

Em contrapartida, quando as respostas se referiram a Identidade de Gênero, percebeu-se que os entrevistados atribuíram às escolhas individuais. Na análise identificamos sete falas que fazem referência a "escolher", "opção" e "querer", como nos trechos a seguir:

"Identidade de gênero você vai nortear seu gênero (risos) eu coloco a questão da liberdade, vai ao encontro com a decisão de cada um, sabendo quem eu sou e escolher a questão do gênero" (Participante 2)

"Como eu escolho ser, me relaciono com o outro." (Participante 9)

“A identidade é como eu quero ser, né?” (Participante 8)

“forma com que a pessoa se vê: feminino ou masculino, se comporta, estilo de roupa que usa, como ela escolheu ser.” (Participante 10)

Desta forma, é válido considerar que a construção de identidade de gênero não se trata de uma escolha. Como apresentada por Lauretis (1987) é a representação de cada indivíduo inseridos em suas relações sociais, até mesmo na sua preexistência. O gênero deixa de ser algo estático, resultado do masculino x feminino; é “um ponto relativo de convergência entre conjuntos específico/s de relações, cultural e historicamente convergentes” (BUTLER 2003, p. 26)

Diante do colhido nas falas das depoentes, percebe-se ainda uma visão enrijecida e estática de gênero, onde o sujeito tem a possibilidade de escolher como se identificar. Butler (2003) na “Teoria da performatividade” apresenta o gênero de forma mais fluido, refletindo sobre a existência de diferenças nas construções das identidades masculinas e femininas, colocando em xeque o padrão que é imposto ao que é ser homem e ser mulher.

“Porque existe a parte biológica e muitas vezes é ditado pelo meu psicológico. Mas há liberdade de decisão. A identidade de gênero é isso e vai ditar também minha orientação. Uma coisa puxa outra. Primeiro eu sei quem eu sou depois eu assumo como eu sou, eu decido, é uma decisão pessoal de acordo com minha liberdade. Aí eu me oriento de acordo com minha sexualidade” (Participante 2)

É forte no ideário de muitas participantes que a homossexualidade se trata de uma escolha, no entanto é “um equívoco dizer que se trata de uma opção sexual, pois não depende de escolhas conscientes nem pode ser aprendida” (BRASIL, 2011, p.15)

Nos diálogos pertinentes a entrevista, apreendeu-se que há um perceptível desconhecimento sobre o tema e uma tentativa de camuflar a importância do mesmo. Sempre que perguntado como se efetiva a relação das profissionais com o público-alvo da pesquisa, na maioria das vezes, obteve-se resposta que suavizavam o preconceito e a discriminação.

O serviço de saúde, ao entender que o usuário deve estar no centro do cuidado, assume a responsabilidade de desenvolver estratégias de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Assim, os processos de trabalho na saúde devem adotar tecnologias leves³ que se traduzem em boas práticas acolhimento e construção de vínculo (MERHY, 1998)

Segundo Souza et al (2008) acolhimento nos serviços de saúde, com ênfase na Atenção Primária, é um mecanismo essencial para atender à exigência de acesso, favorecendo a construção de vínculo entre trabalhador e usuário. Assim, contribui para o cuidado integral e modifica a clínica

No decorrer da pesquisa, perceberemos que mesmo com os avanços nos debates e a presença de legislações que impulsionem a discussão sobre diversidade sexual na política de saúde, é presente o descaso com o cuidado desse grupo social, como foi possível perceber em respostas que marcam o desconhecimento sobre o tema.

5.2 Saúde x diversidade: dialogando com a gestão com a política Nacional de Saúde Integral da População LGBT.


Este segundo tópico abordará a pesquisa no que condiz o eixo 2 da entrevista (APÊNDICE B), onde objetivou-se a perceber a gestão do cuidado para com a população LGBT nos CSF's que tiveram seus gestores entrevistados. O primeiro núcleo resultou da discussão sobre com a definição de "Cuidado".

5.2.1 Olhar para além do aparente:

O uso do software Iramuteq trouxe os seguintes resultados que puderam nortear as discussões deste núcleo, associando as falas dos gestores. Destacaram-se as seguintes palavras abaixo na tabela:

Tabela 2: Frequência da aparição de palavras das entrevistas. "eixo 2 – Definição de Cuidado"

³ "as tecnologias presentes no espaço relacional trabalhador–usuário, que contém tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos e que só tem materialidade no ato do encontro" (MERHY, 2000, p. 109)

Forma	Freq. 	Tipos
saúde	7	nom
cuidado	6	nom
integral	6	adj
necessidade	6	nom
bem	5	adv
não	4	adv
olhar	4	nom
cuidar	3	ver
doença	3	nom
gente	3	nom
paciente	3	nom
ajudar	2	ver
dar	2	ver
dimensão	2	nom
evitar	2	ver
físico	2	adj
implicar	2	ver
integralidade	2	nom
longitudinal	2	adj

Fonte: DADOS DO AUTOR/IRAMUTEQ

Pode-se observar, diante do exposto, que cuidado para os/as gestores/as é resultado de uma aproximação do serviço de saúde e dos usuários que está para além da queixa clínica. Nas associações de palavras predominantes destacaram-se “Cuidado integral, “olhar na integralidade” “olhar a necessidade”.

Assim, podemos perceber que há no discurso alinhado a definição de cuidado com o conceito ampliado de saúde, em que se percebe este para além da ausência de doenças e que o usuário deve ser visto em toda sua integralidade, de acordo com os princípios do SUS (BRASIL, 1988)

Ao abordar a categoria cuidado, deve-se levar em consideração as várias dimensões traçadas por Cecílio (2011): a individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica, societária. Deste modo é válido pontuar que a maioria dos gestores conseguiu definir cuidado em uma perspectiva multidimensional e multifatorial. Elegemos uma fala que dá conta do que fora dito pelos gestores.

“É olhar o sujeito como um todo, para além da doença. A sua integralidade, olhar para todas as dimensões da vida dele” (Participante 1)

“Atenção integral que a gente dar para um paciente, onde a gente não ver só a parte de doença, a gente ver principalmente a parte de promoção e bem-estar, físico, social, E observa principalmente o contexto em que ele está inserido. Porque a gente

percebeu que o contexto que ele está inserido repercute diretamente na saúde dele, não só físico, mas mental principalmente.” (Participante 5)

Para Cecílio (2011):

o “individual” é agenciado por um conjunto de forças, vetores e condições concretas de vida a depender da inserção de cada pessoa nos circuitos de produção e de consumo de determinada sociedade e em determinado momento histórico. (CECÍLIO, 2011, 591)

Apreende-se o cuidado associado a dimensão “individual” de modo mais evidente, respaldado diversas vezes pela “integralidade do cuidado” ou pelo adjetivo “integral”. Assim, vê-se a atenção integral como forma de difundir a prática profissional para além da cura e de uma visão biomédica. De acordo com a Constituição Federal de 1988, o “atendimento integral” encara o sujeito como um todo holístico. (BRASIL, 1988)

Embora seja perceptível em todas as falas visam a integralidade para a definição de cuidado, pôde-se perceber a ausência de outras dimensões propostas por CECÍLIO (2011), principalmente a que diz respeito a gestão do cuidado, a dimensão organizacional.

é aquela que se realiza nos serviços de saúde, marcada pela divisão técnica e social do trabalho, e evidencia novos elementos, como: o trabalho em equipe, as atividades de coordenação e comunicação, além da função gerencial propriamente dita. Nela, assume centralidade a organização do processo de trabalho, em particular, a definição de fluxos (...). (CECILIO, 2011, p. 591)

Talvez, seja esta uma das dimensões que mais fragiliza o cuidado da população LGBT, ao ponto que a equipe não está capacitada para receber este público, não conhece da política destinada a eles e acabam por não construir atividades direcionadas para os mesmos. Tais fatos foram constatados nas entrevistas, discussão esta que será retomada no próximo eixo temático.

Para convergir com as demais dimensões e que é fundamental importância para o cuidado, acrescenta-se a este debate de ideia proposta na PNAB (2017) onde integralidade:

É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das

diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade (BRASIL, 2017)

Alinhada a esta dimensão, apenas um gestor levantou a observação sobre a importância da rede de saúde estruturada para este processo de cuidado.

“Cuidar em saúde é um processo longitudinal e integral, de apoio, orientação, acolhendo necessidades, escuta qualificada e buscando meio e redes e protocolos que fortaleçam e favoreçam esse cuidado” (Entrevistado 8)

Assim, ressalta-se que o cuidado no âmbito da saúde perpassa inúmeros fatores, acima mencionados. Para cuidado da população LGBT a Política Nacional, primeiramente, deve ser consolidada na estratégia saúde da família para que as linhas de cuidado realmente sejam consolidadas e disseminadas. A seguir, no próximo núcleo de sentido deste eixo, poder-se-á observar os principais fatores limitantes para sua efetivação, de acordo com a análise de conteúdo.

5.3 Sou profissional de saúde e desconheço o direito dos usuários!

Esta pesquisa qualitativa possibilitou compreender a importância do gestor para a execução da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT. O desconhecimento, a discriminação por parte de profissionais e o excesso de outras demandas tidas como prioridade na estratégia saúde da família.

A necessidade de evidenciar a importância do acesso à saúde, embasada pela Lei 8080, que fundamenta a criação do SUS, e pela Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis Transexuais (LGBT), faz-se necessário após o processo de análise. A maior parte dos/as profissionais sabiam da existência dessa legislação, porém nunca tinham estudado ou feito uma leitura ao menos uma vez, por isso, também, não articulavam em seu fazer profissional.

Ao debater sobre o cuidado na atenção à saúde da população LGBT, as profissionais evidenciaram a dificuldade de se referir corretamente aos travestis e transexuais. O núcleo de sentido, como já visto na análise de Bardin, está relacionado ao tratamento humanizado ao público LGBT, principalmente aos travestis e transexuais.

“percebo na dificuldade dos profissionais em abordar, como tratar de uma maneira que não ofenda, até mesmo eu, são muitas variantes que representam a diversidade.” (Participante 2)

“Como é difícil...Eu tenho vontade de chamar a pessoa de chamar a pessoa pelo nome de “mulher”, só se eu tiver intimidade.” (Participante 9)

“...na minha cabeça, eu estou sendo ética se chamar pelo nome de registro. Eu até sei que ela prefere ser chamada pelo nome que todo mundo chama, mas quando eu chego na frente, não consigo, é um bloqueio, uma dificuldade minha.” (Participante 5)

Como observado, a *“dificuldade”* é uma expressão limitadora na relação com o usuário. A estranheza de chamar pelo nome social fragmenta o ato de acolher, sendo o primeiro passo para a fragilizar o vínculo entre profissional de saúde e usuário.

O estabelecimento do vínculo entre profissionais de saúde e usuários, para Camelo et al (2008), se apresenta como possibilidade de se alcançar uma prática de atenção à saúde melhor qualificada. Portanto, para conseguir tal feito, é necessário assegurar a qualidade do cuidado prestado, sempre embasado pelas noções de vínculo e, conseqüentemente, da responsabilização da equipe pelo cuidado integral à saúde coletiva e individual. Neste ensejo, faz-se necessário pontuar a importância do nome social, sendo este elemento da identidade do sujeito e que potencializa o acesso dos mesmos ao serviço de saúde, é como ele ou ela gostaria de ser reconhecido.

A utilização do nome social em todos os serviços de saúde é garantida pela Portaria nº 1.820/2009, que afirma que o usuário deve ser identificado

[..] pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosa. (BRASIL, 2009).

De acordo com Silva et al (2017) a garantia do uso do nome social em documentos, como o cartão do SUS, e nos prontuários das/os travestis e transexuais, bem como o respeito, por parte dos profissionais, ao se reportarem a estes usuários, evitam que situações constrangedoras bloqueiem as possibilidades de acesso a saúde. Assim, os profissionais acabam por defender o compromisso com os princípios doutrinários do SUS, evitando as possibilidades de violação de direito institucional e promovendo o respeito a diversidade.

Por isto, o vínculo se efetiva na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o estreitamento das relações e, conseqüentemente, o fortalecimento do processo de

corresponsabilização, o que, por si só, configura um potencial terapêutico. (BRASIL, 2012).

Esta discussão deve ser complementada pela ótica da heteronormatividade e do preconceito para com a diversidade sexual, considerando que ambos acabam por distanciar o serviço de saúde dos usuários. Nas entrevistas foram identificadas, por parte dos gestores, a resistência de profissionais a cumprirem normas já instituídas que dificulta a gestão em favor da população LGBT, como a obrigatoriedade de chamar os usuários pelo nome social. Percebe-se a dificuldade de ruptura de um padrão, a heteronormatividade é um exemplo. Pra continuar a análise, Louro (2007), afirma:

A heterossexualidade é concebida como “natural” e também como universal e normal. Aparentemente supõe-se que todos os sujeitos tenham uma inclinação inata para eleger como objeto de seu desejo, como parceiro de seus afetos e de seus jogos sexuais, alguém do sexo oposto consequentemente, as outras formas de sexualidade são construídas como antinaturais, peculiares e anormais. (LOURO, 2007, p.17)

Quando questionado aos participantes sobre os serviços ofertados a este público, percebemos a negação da necessidade de um cuidado específico para eles; e foram relatadas condutas profissionais que acabam por dificultar ações de saúde:

“eu tive um caso aqui, que foi tive que tomar medidas mais duras. Teve uma trans que chegou na unidade, com o cartão do SUS com o nome social já, e todas as vezes que a profissional se repostava a usuária ela falava o nome do registro. E ainda que se justificar que a paciente tinha traços masculinos” (Participante 5)

Nesta perspectiva é importante inferir sobre os estigmas abordados por Goffman (1980), um potencializador do preconceito. Está intimamente ligado a relações depreciativas. O estigmatizado é distinguido por uma suposta normalidade, neste caso a identidade de gênero. Desta forma, percebemos acontecer o tratamento desqualificado nas unidades de saúde, impedindo qualquer possibilidade de cuidado ampliado. Falas preconceituosas se repetiram:

“fala de uma Agente Comunitário de Saúde - ACS: é estranho se relacionar, chamar um homem sendo que é mulher, porque eles são diferentes.” (Participante 2)

A discussão se perpetuou por um necessário tempo sobre “a estranheza” de ser “diferente”. Uma das participantes trouxe uma reflexão dessa estranheza revestida de preconceito, trazendo uma reflexão para as minorias sociais, como negro, mulheres e gays. Assim, segundo “as normas obrigatórias promulgam, num espaço

altamente binário, que o gênero tem de ser um ou outro, explicitando, assim, a linha tênue da aparência das identidades.” (Bravo ,2015, p.113)

Nas esferas sociais, segundo Bravo (2015) as determinações do patriarcado acabam por alinhar as posturas ditas corretas de comportamentos das identidades sexuais. Estas determinações produzem relações de poder desiguais, subordinados a um caráter heteronormativo, disciplinando indivíduos e subordinando-os a uma realidade de controle.

5.3.1“Como cuidar para além dos testes rápidos?”

Durante a entrevista do segundo eixo, haviam perguntas relacionadas a utilização dos serviços prestados no CSF pela população LGBT, como era percebido a presença dessa no território e sobre os principais fatores limitantes para o cuidado efetivo do público em questão. Diante do início da discussão, é importante salientar alguns dos objetivos específicos expressos no Art. 2º da Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

- I - Instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às emendas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres;
- II - Ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades;
- VIII - reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais;
- X - Oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que façam parte da população LGBT;
- XVI - atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde;
- XVII - garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde;
- XVIII - fortalecer a participação de representações da população LGBT nos Conselhos e Conferências de Saúde;
- XIX - promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS
- XX - Reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde;
- XXI - incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral;
- XXII - incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde;(BRASIL, 2013, p. 21-22)

Como são vários e nem todos são de responsabilidade da atenção primária a saúde, foram apresentados acima os incisos de maior interesse e relevância para as profissionais e gestores da Estratégia Saúde da Família - ESF.

Quando questionados sobre os serviços, a *“realização de testes rápidos”* (Participante 1,2 ,7,10) foram o mais evidente, seguido pela frase *“vem muito pegar preservativos”* (Participante 4, 6). A *“realização de consultas”* surge de modo menos evidente. Em todas as respostas não foi identificada a presença de atividades coletivas de educação em saúde, educação permanente para os profissionais, grupos, cujo objetivo fossem o cuidado da população LGBT. Deste modo, percebemos que o cuidado, por vezes, ainda se limita a assuntos relacionados a sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis, a exemplos das ações da década de 80, quando o governo apoiou veementemente ações de combate ao HIV/AIDS, logo que surgiu a doença. (BRASIL, 2013)

Mesmo com a predominância dessas ações, ressalta-se, no entanto, a execução de ações isoladas exemplificadas por alguns gestores que podem ser tidos como exemplos de acompanhamento de alguns usuários LGBT's.

“Especificamente para o público o atendimento psicológico, principalmente para aqueles que estão em transição de sexualidade. Então, a gente garante esse acompanhamento psicológico, a gente garante as marcações com um pouco mais de agilidade, principalmente na questão do endócrino, para ver a hormonoterapia e o assistente social que trabalha bem presente, principalmente, para aqueles que querem trocar o nome através da lei, que querem trocar toda medicação. Então eles têm esse acesso mais direto ao psicólogo e assistente social. Tem a farmácia também onde eles pegam o preservativo, que para esse público é mais fácil o acesso.” (Participante 9)

De acordo com a depoente, identificou-se um cuidado ampliado, que estão envoltos pela necessidade do usuário, pela articulação de uma rede e de um fluxo. No entanto, pelo que se foi identificado, trata-se de um exemplo isolado não instituído pelo município pela própria Secretaria de Saúde de Sobral. Em sua maioria o cuidado acontece de *“modo pontual”* (Participante 1), *“isolado”* (participante 2) ou *“quando solicitado”* (Participante 6).

Em sete dos territórios estudados, de acordo com o que fora coletado, percebeu-se que é evidente a presença LGBT no território, em detrimento da presença deles no serviço de saúde da Estratégia Saúde da Família. De acordo com os/as

gestores/as, detectou-se alguns aspectos limitantes que podem ser traduzidas nas seguintes falas:

“Baixa procura dessa população por cuidados em saúde, fragilidade no vínculo.” (Participante 3)

“A questão do acesso, da própria equipe facilitar o acesso, outro ponto, existe a questão do preconceito e que pode diminuir esse acesso. (Participante 5)

Diante disto, é importante, primeiramente, questionar os “porquês” da baixa procura, considerando que é evidente a presença desses usuários nos territórios de abrangência. Nas análises, inferiu-se que um dos motivos deve-se associar o vínculo do usuário desde a sua chegada ao serviço, o acolhimento. Este torna-se responsável em tornar o usuário pertencente ao serviço de saúde, fazendo-o sujeito ativo do próprio cuidado. A medida em que não é reconhecido pelo próprio nome, por exemplo, o distanciamento surge como consequência.

Contudo, para Merhy (2002) o acolhimento está para além do primeiro contato. Deve permanecer em todas as aproximações de uma pessoa pelos serviços, pois o ato de investigar/elaborar/negociar necessidades que podem vir a ser satisfeitas pelo serviço.

Outro aspecto percebido evidente, foi a tendência de a atenção ser voltada a condutas relacionadas ao ato sexual e à possibilidade de infecções sexualmente transmissíveis. A necessidade do rompimento dessas posturas já se apresenta na Política Nacional de Saúde Integral LGBT, ao ponto que norteia cuidado ampliados envolvendo promoção, prevenção e reocupação da saúde.

Outro aspecto evidente é que em nenhuma das falas dos entrevistados, fora citadas ações que enfatizem a luta contra o preconceito, como preconizado na Política. Na análise de conteúdo par BARDIN (1977) a ausência de conteúdo, falas e expressões também são resultados para o pesquisador. Como já mencionado, detiveram-se aos cuidados clínicos em detrimento outras dimensões importantes. Constata-se, então, uma sutil discriminação e descaso com a causa LGBT pela ausência de ações que de fato possibilitem o enfrentamento ao preconceito e as posturas heteronormativas.

6.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aqui, serão expressas as principais conclusões diante da valorosa experiência desta pesquisa. As entrevistas se configuraram como o principal momento de troca de informação a favor de uma minoria que é diariamente violentada pelo Estado, devido à ausência de políticas públicas de qualidade que atendam suas necessidades.

O percurso metodológico tomado, foi de suma importância para se alcançar os objetivos propostos nesta pesquisa. É importante ressaltar que a ideia inicial também contava com a voz da própria população LGBT nas entrevistas, porém a mesma foi afetada pela pandemia do Corona Vírus que atingiu o mundo todo. Sobre as entrevistas, é importante valorizar a possibilidade ímpar de escuta, a cada momento em que os gestores apresentavam suas práticas profissionais de gestão, suas dificuldades e o que viam de possibilidades, abriam-se caminhos para a efetivação de um cuidado mais ampliado.

No tocante aos objetivos propostos todos foram alcançados. Identificamos que não há nenhuma estruturação a luz da Política Nacional de Saúde Integral, respondendo, também a pergunta norteadora da pesquisa. Ações pontuais são realizadas, mas não estruturadas por fluxos e protocolos bem definidos que atendam este seguimento populacional. Tal realidade acaba por influenciar o acolhimento a este público. Dentro os objetivos alcançados, encontram-se as estratégias de acolhimento. Pôde-se perceber, com as falas dos depoentes, que há uma grande barreira relacionada ao preconceito por profissionais da equipe, exemplificado pela utilização do nome social, que ainda é um tabu.

Ao realizar as entrevistas, obteve-se como retorno a necessidade de qualificação das potencialidades e o desenvolvimento de competências no tocante a integralidade do cuidado desta minoria social. Visto que se encontra uma barreira subjetiva dos profissionais, embasadas pelo preconceito e discriminação; associada a falta de conhecimento dos caminhos (princípios, diretrizes e objetivos) que a Política Nacional de Saúde Integral apresenta. No Sistema vigente não há linhas de cuidado para a efetivação da assistência a saúde, e que acontecem de modo esporádico sem nenhuma orientação técnica da Política, sendo de suma importância para a possibilidade de um cuidado integral.

A satisfação em realizar a pesquisa se dá, também, pelo reconhecimento da importância da temática da pesquisa pelos entrevistados, considerando que muitos

trabalhavam no sistema de saúde por muitos anos e poucos tinham tido contato com a Política na execução de seus fazeres profissionais. É importante reconhecer o entusiasmo manifestado por alguns gerentes em participar do estudo, ao ponto de solicitarem uma apresentação para equipe juntamente com uma roda de conversa sobre a temática.

Ao visualizar estas declarações pode-se perceber o quão importante foram as trocas de informações sobre a temática. É oportuno fazer a crítica ao sistema de saúde no qual a pesquisa fora realizada, considerando a atual conjuntura onde diariamente situações de violências relacionadas ao gênero e à orientação sexual com a “LGBTfobia” e misoginia que são vivenciadas e, muitas vezes, midiaticizadas. Quando se trata do cuidado da população LGBT, promover esses debates e desenvolver competências profissionais não deve ser apenas uma ação pontual, cabe ser estendida a todos os profissionais da saúde. Espera-se que esta pesquisa possa servir como ponto de partida para outras iniciativas.

Nesse sentido, é importante pontuar as dificuldades perpassadas durante o caminhar. Primeiramente, a pandemia, dificuldades estas que dificultaram parte da metodologia inicial. Outra problemática foi a dificuldade de acesso a dois gestores que adiaram as entrevistas algumas vezes, apesar disso não comprometeu o desenrolar da mesma.

Ademais, vale ressaltar que tal estudo traz um panorama geral no município de Sobral, não analisando particularmente cada Centro de Saúde da Família, desta forma, não averiguando as particularidades e singularidades de cada um. Evidencia-se então a necessidade de novos estudos que contemplem os aspectos não abordados por este, como a realidade da zona rural; além de novas pesquisas que busquem explorar os resultados advindos desta investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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, jul./set. 2013.94
- ARAÚJO, M. A. L. et al. Relação Usuária-Profissional de saúde: Experiência de uma mulher homossexual em uma Unidade de Saúde de referência de Fortaleza. *Escola Anna Nery*, v.10, n. 2, p. 323-7, ago. 2006
- ASSIS, MM, WASHINGTON LA. **Acesso aos serviços de saúde**: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.11, pp.2865-2875
- BAGAGLI. B.P. Orientação sexual na identidade de gênero a partir da crítica da heterossexualidade e cisgeneridade como normas. **Periódicos UNIFAP**. Macapá, v. 7, n. 1, 1º semestre, 2017.
- BARDIN L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.539, DE 26 DE SETEMBRO DE 2019. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- BRAVO, Juliana. Do “Eu” ao “Outro”: a estilização do corpo queer. *Revista Periódicos*, v. 1, n. 3, p. 104-130, 2015.
- DOS DEPUTADOS, Câmara. *Brasil sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à discriminação contra GLTB e de Promoção da cidadania homossexual*. 2004.
- BEAUCHAMP TL. *Princípios de Ética Biomédica*. São Paulo: Loyola; 2002

Borrillo, D. (2010). Homofobia: História e crítica de um preconceito. Belo Horizonte: Autêntica.

BÍBLIA SAGRADA. NOVA VERSÃO INTERNACIONAL. Disponível em: <
<https://www.biblionline.com.br>> . Acesso em: 08 set. 2019.

BENTO, Berenice. As famílias que habitam “a família”. Sociedade e cultura, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 275-283, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília : Ministério da Saúde, 2004.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.820**, 2009

BUTLER, Judith. Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BUTLER, Judith. Criticamente subversiva. In: JIMÉNEZ, Rafael M. Mérida. Sexualidades transgressoras. Una antología de estudios queer. Barcelona: Icária editorial, 2002, p. 55 a 81.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - comunicação, saúde, educação**, 9(16): 161-178, set. 2004-fev., 2005.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teóricoconceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface: saúde e educação**, São Paulo, v.15, n.37, p.589-99, abr./jun. 2011

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris. 10 dez. 1948. Disponível em:
<http://www.dudh.org.br/wpcontent/uploads/2014/12/dudh.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2019.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. 1978 Set 6-12; Alma Ata, Cazaquistão.

Benevides, B., & Nogueira, S. N. B. (2019). Dossiê: Assassinatos e violência contra travestis e transexuais no Brasil em 2018. Recuperado de
<https://antrabrazil.files.wordpress.com/2019/01/dossie-dos-assassinatos-e-violencia-contrapessoas-trans-em-2018.pdf> em 03/03/20.

Fontanella B., Ricas J, Turato E. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública 2008

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Organização e introdução de Roberto Machado. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FOUCAULT, M. Os Anormais. São Paulo: Martins Fontes, 2001

GRUPO GAY DA BAHIA (GGB) (Org.). Mortes violentas de lgbt+ no Brasil Relatório 2018. Salvador, 2016. 17 p. Disponível em: grupogaydabahia.files.wordpress.com. Acesso em: 28 set. 2019

GRUPO GAY DA BAHIA (GGB). Mortes violentas de LGBTQ+ no Brasil: relatório 2018. Salvador: GGB, 2019. Disponível em: <https://homofobiamata.files.wordpress.com/2019/08/relatorio.2018-1.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

LAURETIS, T . 1987. Technologies of Gender, Eessays onTtheory, Film and Fiction, Bloomington/ Indiana : Indiana University Press, 1987

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. Preventive medicine for the doctor in his community. New York: Macgraw Hill, 1965.

LOURO, Guacira Lopes. Um corpo estranho: Ensaios sobre sexualidade e teoria queer. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

LOURO, Guacira Lopes. Gênero, sexualidade e educação: das afinidades políticas às tensões teórico-metodológicas. **Educação em Revista**, n. 46, p. 201-218, 2007.

Matta, GC. Políticas de saúde: organização e a operacionalização do sistema único de saúde. FIOCRUZ. 2007.

Machado, MF; Monteiro EM; Queiroz DT; Vieira, NF. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & saúde coletiva**. 2007.

MARTINELLI, M. L. (Org.). O uso de abordagens qualitativas em serviço social. In. **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

MENDES, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

MISKOLCI, R. Estranhando as Ciências Sociais: notas introdutórias sobre teoria queer. **Florestan**, v. 1, n. 2, p.08-25, 2014.

MISKOLCI, Richard. A Teoria Queer e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. **Sociologias**. n.21, pp.150-182. ISSN 1517-4522. 2009

MINAYO, M. C. S. (Org.); DESLANDES, S. F. GOMES, R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 33ª Ed. Rio de Janeiro: **Vozes**, 2013.

MINAYO, M. C. S.; GUERRIERO, I. C. Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 19, Nº 4. p. 1103-1112. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63030543011.pdf>>. Acesso em 13 de set. 2020.

MIRANDA, Tainara Sales et al. Disparidades em saúde da população LGBTQIA+: a atuação médica frente a este cenário. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 13, p. e4872-e4872, 2020.

OLIVEIRA, C. J. O enfrentamento da dependência do Álcool e outras drogas pelo Estado brasileiro. IN: BRAVO; M. I. S.; VASCONCELOS, A. M.; GAMA, A. S.; MONNERAT, G. L. Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2012, p. 195-214.

Paim, JS; Silva LM. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Boletim do Instituto de Saúde**. São Paulo, 2010.

PRINCÍPIOS DE YOGIAKARTA. **Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero**. Disponível em: < http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf > . Acesso em 18 set 2019.

SIMPSON, Keila. “*Transexualidade e travestilidade na Saúde*”. In: **BRASIL. Transexualidade e travestilidade na saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

SORATTO, J. et al. Percepções dos profissionais de saúde sobre a Estratégia de Saúde da Família: Equidade, universalidade, trabalho em equipe e promoção da saúde/prevenção de doenças. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**. Rio de Janeiro. Vol. 10, n. 34 (jan./mar. 2015), p. 1-7, 2015.

Sousa, MF. A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde. **Tempus**, actas de saúde coletiva, Brasília, 2014.

TAGLIAMENTO, G. **Direitos humanos e a saúde: a efetivação de políticas públicas voltadas à saúde integral da população trans**. IN: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Transexualidade e travestilidade na saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

TEIXEIRA, A. B, FREITAS, M.A. Homofobia e misoginia na escola: enfrentamentos a partir dos direitos humanos. **Teoria e Sociedade** nº 21.2 - julho-dezembro de 2015

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS

Prezado (a)

Eu, Leandro Fernandes Valente, mestrando acadêmico em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará - UFC responsável pela pesquisa intitulada **“SAÚDE E DIVERSIDADE: TRANSVERSALIZANDO POLÍTICAS E AÇÕES NA GESTÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT”**.

O objetivo principal desta pesquisa é analisar as ações de saúde realizadas pela Estratégia Saúde da Família no município de Sobral- CE levando em consideração as prerrogativas da Política de Saúde Integral da População LGBT.. Para sua concretização será realizada uma entrevista com o(a) senhor(a) Gestor(a) deste Centro de Saúde da Família.

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos, todavia, comprometo-me em minimizar os riscos a partir da codificação das informações de maneira a buscar preservar o sigilo e a confidencialidade das mesmas; perguntas elaboradas cuidadosamente de maneira a evitar possíveis constrangimentos; esclarecimento de que o participante poderá se recusar a responder e/ou sair da pesquisa em qualquer momento.

Este estudo implicará apenas na sua disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no seu local de consulta e que você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa.

A pesquisa apresenta ainda benefícios no que se refere ao compromisso de devolver os resultados ao serviço, bem como aos profissionais envolvidos, além de identificar situações passíveis de mudanças e que possibilite o alcance de metas favoráveis às necessidades reais da população assistida por cada UBS.

Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtornos para os que participarem. Todas as informações sobre sua identificação, obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada.

Ressalta-se ainda que você poderá obter todas as informações desejadas sobre este estudo. As informações concedidas durante este estudo serão sigilosas e respeitarão o que rege a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. É importante enfatizar ainda que sua participação é voluntária e o(a) senhor(a) poderá

deixar de participar a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisas e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Estaremos disponíveis para qualquer outro esclarecimento na Rua Coronel Diogo Gomes 1032, Centro, Sobral - Ceará. Telefone: (88)99221-4261. E-mail: leandrolf2@gmail.com ou o(a) Sr.(a) pode procurar o Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA, situado na Avenida Comandante Maurocélío Rocha Pontes, nº 150, Bairro Derby, CEP: 62041040. Sobral-Ceará. Telefone: 3677-4255.

Desde já gostaríamos de agradecer a atenção a nós destinada e sua colaboração no estudo.

Atenciosamente,

Leandro Fernandes Valente

Eu, _____, portador do RG: _____ li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento será submetido(a). A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento, sem justificar a decisão tomada. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo com a participação no estudo.

Sobral, _____ de _____ de 2020

Assinatura do participante

APÊNDICE B

Função:_____ Formação:_____

Idade: _____

Religião:_____

Eixo: Diversidade sexual

- 1- O que você entende por diversidade Sexual?
- 2- O que você entende por orientação sexual?
- 3- O que você entende por Identidade?
- 4- O que você entende por identidade de Gênero?

Eixo 2: Diversidade Sexual e Saúde:

- 5- O que significa cuidado para você?
- 6- Você percebe a presença da população LGBT no território de abrangência do CSF gerenciado por você?
- 7- Quais ações você e sua equipe desenvolvem de prevenção e promoção de saúde que agregam este público?
- 8- Você conhece a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT?
- 9- Se SIM, ela influencia no seu trabalho? Por que?
- 10-Quais fatores limitantes para o cuidado efetivo deste público?
- 11- Qual serviço (consultas individualizadas, exames, grupos, vacina, testes rápidos dentre outros) do CSF mais utilizado pela esta população?

