

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Daiana Mateus da Silva

Representações de gênero na assistência de enfermagem: Contribuições ao processo de humanização no atendimento à população LGBT

Rio de Janeiro

2022

Daiana Mateus da Silva

Representações de gênero na assistência de enfermagem: Contribuições ao processo de humanização no atendimento à população LGBT

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

Orientador: Prof. Dr. Aldo Pacheco Ferreira.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Gender representations in nursing care: contributions to the humanization process in the care of the LGBT population.

S586r Silva, Daiana Mateus da.
Representações de gênero na assistência de enfermagem: contribuições ao processo de humanização no atendimento à população LGBT / Daiana Mateus da Silva. -- 2022.
100 f.

Orientador: Aldo Pacheco Ferreira.
Dissertação (Mestrado Profissional em Direitos Humanos, Justiça e Saúde: Gênero e Sexualidade), Rio de Janeiro, 2022.
Bibliografia: f. 88-95.

1. Identidade de Gênero. 2. Normas de Gênero. 3. Vulnerabilidade em Saúde. 4. Cuidados de Enfermagem. 5. Humanização da Assistência. I. Título.
CDD 610.73

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

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Daiana Mateus da Silva

Representações de gênero na assistência de enfermagem: Contribuições ao processo de humanização no atendimento à população LGBT

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

Aprovada em: 28 de setembro de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Lucrecia Helena Loureiro
Centro Universitário de Volta Redonda

Prof.^a Dra. Keila do Carmo Neves
Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery

Prof. Dr. Aldo Pacheco Ferreira (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

Dedico este trabalho a minha filha Isabela, fonte inesgotável de toda minha inspiração para a caminhada., meu incentivo diário para sempre persistir.

AGRADECIMENTOS

Iniciar esta trajetória passou pela motivação de minha coordenadora de enfermagem Verônica Lopes Louzada, que a partir de um olhar muito mais amplo que o meu, me tomou pela mão e não me permitiu desistir diante dos primeiros desafios. Assim como ela, minha amiga Ana Lúcia Naves, que sempre me motivou a não me acomodar e com atitudes de verdade me inspirou a encaixar a formação em meio a prática profissional tão intensa.

À minha inspiradora filha Isabela, um grande amor que Deus plantou em minha vida, motivo pelo qual minha existência encontra significado, força e entusiasmo. Obrigada por sonhar junto comigo, iluminar meus dias e compreender as ausências para que pudesse conciliar trabalho e estudos.

A meus pais, Maria Helena e Adelino, merecem toda minha gratidão por cada sacrifício feito por mim. Pela minha irmã Daynara, por sempre me incentivar a seguir em frente. A Minha amiga Fernanda Cury, anjo intercessor e arauto do evangelho, me mostrando a todo instante que é preciso mais que vontade para seguir, também fé e coragem para se levantar quando acontecem as quedas, pessoa que literalmente riu o meu riso e chorou o meu choro.

Aos meus familiares, pessoas com quem sempre pude contar. A minhas amigas e amigos, povo que Deus permitiu seguir na caminhada ao meu lado, como verdadeiros tesouros, pedras preciosas que guardo no coração.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Aldo Pacheco Ferreira por quem, este período de convivência me despertou grande carinho, admiração e gratidão, por me conduzir com uma simplicidade que é difícil se ver, me conduzindo e incentivado, por enxergar e me mostra que sou capaz de ir muito além do que imagino.

A Prof^a. Dr^a Maria Helena Barros, por ter conduzido seu sonho com uma firmeza e bravura sem igual, por não se deixar parar e testemunhar com a vida o quanto podemos ir além, e assim tornar real o meu sonho e dos demais mestrandos Ao Prof Ms Ernane Alexandre Perira por todo encorajamento e paciência nesse período de formação, por ser tão humano e acolhedor. Prof^a. Dr^a Diádney Helena, por suas palavras sábias e empoderadas que foram cruciais em momentos tão decisivos. A toda equipe da coordenação pelas contribuições na minha qualificação e pela disponibilidade sempre que solicitados. À Fiocruz, por proporcionar o ensino sem igual em defesa do fortalecimento do SUS.

Agradeço as grandes amigas que este tempo de aprendizado me concedeu, Jéssica Barreto, pessoa na qual pude encontrar tanta força e apoio quando as dificuldades pareciam maiores do que minha capacidade; Sheila Corrêa, pessoa com quem pude dividir lágrimas e

sorrisos, força e fé para prosseguir, sou grata pelo presente que este período, ainda que pandêmico, me concedeu, nunca pensei que o ambiente virtual me traria tão sólidas amizades. Aos meus amigos de turma, cada um com seu jeitinho me impactou de uma forma diferente, o quanto me fizeram mais fortes pelas suas trajetórias de resistência e superação.

A instituição Hospital da Mulher, pela disponibilidade e contribuições a minha pesquisa. As minhas amigas e colegas de plantão por colaborarem com minha pesquisa e disponibilizar tempo e dedicação para que a coleta de dados se concretizasse.

A Prof.^a Dra. Lucrécia Helena Loureiro, minha professora que, desde a graduação nutro um enorme carinho, sua dedicação, atenção e estímulo te concedeu um espaço muito especial para você em meu coração. A Prof.^a Dra. Keila do Carmo Neves sua generosidade e disponibilidade em contribuir.

Agradeço a Deus por me conduzir pela sua mão em um caminho de tanto aprendizado, me ajudar a enxergar oportunidades nos desafios, permear meu caminho com tantos anjos e não permitir que minha trajetória fosse solitária. Aos amigos LGBT, por me ensinar tanto através da sua existência e reexistência.

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes.

(NIGHTINGALE, 2018)

RESUMO

Entende-se gênero como uma categoria, um marcador social com o qual se constroem atitudes, expectativas e comportamentos onde a sociedade define os valores de referência e o padrão de normalidade, vigentes numa determinada época. Os comportamentos esperados para as pessoas vão sendo moldados a partir das demandas sociais, econômicas, religiosas e culturais e estão em constante transformação. A população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais), devido a diversidade, que se opõe ao padrão heteronormativo, é constantemente exposta a vulnerabilidades fundamentadas nas práticas preconceituosas do entendimento da sexualidade binária, e assim, submetida a situações de vulnerabilidade. Mesmo com o advento da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, percebemos uma incoerência na prática da garantia desses direitos relacionados ao acesso e qualidade relacionados a saúde. Na prática profissional, o enfermeiro está presente do primeiro ao último atendimento aos usuários e deve compreender que uma assistência inadequada aumenta as vulnerabilidades e discriminação. Justificando uma premente necessidade de atualização e atenção quanto à diversidade sexual e de gênero, uma vez que o atendimento à população LGBT ainda ocorre numa lógica de heterossexualidade presumida, discriminação e dificuldade na criação de vínculos. Pessoas que se encaixam neste contexto, possuem necessidades específicas de saúde, demandam serviços que ofereçam abordagem multiprofissional além de compartilharem de necessidades comuns a qualquer pessoa, como a adoção de hábitos de vida saudáveis, prevenção e rastreamento de doenças, tratamento e reabilitação. Com base nesse interesse de estudo e inquietações, emergem as questões norteadoras que mobilizam tal pesquisa, tais como: Levando em conta as vivências do ambiente hospitalar, como você percebe o corpo do cliente e como é a sua relação com este corpo que recebe os cuidados de enfermagem? O enfermeiro está preparado para assistir à população LGBT? Quais as melhores práticas de enfermagem podem ser adotadas pelo enfermeiro? O enfermeiro tem conhecimento dos riscos de uma assistência ineficaz para a população LGBT? Este foi um estudo qualitativo desenvolvido por meio de questionário a 17 enfermeiras atuantes no Hospital da Mulher- Barra Mansa. Para a análise dos questionários utilizou-se o método análise do discurso, pois a mesma trabalha com o sentido. Os resultados apontam como principais dificuldades no acesso a saúde integral e na qualidade do atendimento prestado o preconceito, a discriminação, o despreparo dos profissionais, em relação as suas especificidades, potencializando o afastamento dos serviços de saúde e assistência ineficaz. Palavras-Chave: gênero; heteronormatividade; vulnerabilidade; assistência de enfermagem, humanização.

ABSTRACT

Gender is understood as a category, a social marker with which attitudes, expectations and behaviors are built where society defines the reference values and the standard of normality, in effect at a given time. The behaviors expected of people are not based only on gender at birth, they are shaped based on social, economic, religious and cultural demands. Such definitions are loaded with ideologies and are in constant transformation. The LGBT population (lesbians, gays, bisexuals, transvestites and transsexuals), due to diversity, which opposes the heteronormative standard, is constantly exposed to vulnerabilities based on prejudiced practices of understanding binary sexuality, and thus, subjected to situations of vulnerability. Even with the advent of the National LGBT Integral Health Policy, we noticed an inconsistency in the practice of guaranteeing these rights related to access and quality related to health. In professional practice, nurses are present from the first to the last service to users and must understand that inadequate assistance increases vulnerabilities and discrimination. Justifying an urgent need for nursing professionals to update and pay attention to sexual and gender diversity, since care for the LGBT population still occurs in a logic of presumed heterosexuality, discrimination and difficulty in creating bonds. People who fit into this context, have specific health needs, demand services that offer a multidisciplinary approach, in addition to sharing needs common to anyone, such as adopting healthy lifestyle habits, disease prevention and screening, treatment and rehabilitation. Based on this study interest and concerns, the guiding questions that mobilize such research emerge, such as: Taking into account the experiences of the hospital environment, how do you perceive the client's body and how is your relationship with this body that receives care of nursing? Is the nurse prepared to assist the LGBT population? What are the best nursing practices that nurses can adopt? Is the nurse aware of the risks of ineffective care for the LGBT population? This was a qualitative study developed through a questionnaire to 17 nurses working at the Hospital da Mulher-Barra Mansa. For the analysis of the questionnaires, the discourse analysis method was used, as it works with meaning. The results of the questionnaires indicate that prejudice, discrimination, lack of information and unpreparedness of health professionals in relation to people's specificities are the main difficulties in accessing comprehensive health care and in the quality of care provided, increasing the distance of these users from health services or resulting in ineffective care.

Keywords: gender; heteronormativity; vulnerability; nursing care; humanization.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Caracterização dos participantes do estudo, Barra Mansa, RJ, 2022.....	37
Quadro 2 - Caracterização dos participantes do estudo, quanto ao exercício profissional, Barra Mansa, RJ, 2022.....	39
Figura 1 - Especializações citadas pelos profissionais da pesquisa, Barra Mansa-RJ, 2022.....	40
Figura 2 - Facilidades para conduzir o atendimento LGBT, Barra Mansa-RJ, 2022.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
AD	Análise de Discurso
CIPE	Classificação Internacional da Prática de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ECH	Expressões Chaves
IC	Ideias Centrais
LGBT	Lésbicas, <i>gays</i> , bissexuais, travestis e transexuais
NANDA	<i>North American Nurses Diagnosis Association</i>
PE	Processo de enfermagem
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	20
2.1	OBJETIVO GERAL.....	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
3	REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1	SOPA DE LETRINHAS.....	21
3.2	EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM.....	22
3.3	SEXO, GÊNERO E IDENTIDADE DE GÊNERO.....	24
3.4	SEXUALIDADE.....	24
3.5	GÊNERO.....	25
3.6	ORIENTAÇÃO SEXUAL.....	26
3.7	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBT).....	27
3.8	DECLARAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS.....	28
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	31
4.1	PERCURSO METODOLÓGICO.....	31
4.2	MÉTODO DE PESQUISA.....	31
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	34
4.4	COLETA DE DADOS.....	34
4.5	PROCEDIMENTAL ANALÍTICO.....	34
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	35
5	RESULTADOS	36
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO AMOSTRADA.....	36
5.2	O PAPEL DO HOSPITAL DA MULHER NA ASSISTÊNCIA À POPULAÇÃO LGBT (BLOCO A)	40
5.2.1	Assistência Obstétrica	41
5.2.2	Assistência Humanizada	42
5.2.3	Não oferece assistência a população LGBT?	42
5.2.4	Vivência Pessoal como método de trabalho	42
5.3	DIFICULDADE PARA ACESSAR ESSE SERVIÇO DE SAÚDE.....	43

5.3.1	Principais dificuldades encontradas.....	43
5.4	O PAPEL DO HOSPITAL DA MULHER NA ASSISTÊNCIA À POPULAÇÃO LGBT: FOCO NO ACESSO (BLOCO B).....	44
6	DISCUSSÃO.....	48
6.1	HOSPITAL DA MULHER E ASSISTÊNCIA À POPULAÇÃO LGBT...	50
6.2	ACESSO E QUALIDADE NO SUS.....	53
6.3	NÃO RECOMENDADO À SOCIEDADE.....	58
6.4	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS E SENSO COMUM	61
6.5	PRIMEIRAS IMPRESSÕES.....	62
6.6	JÁ ATENDEU ALGUÉM DA POPULAÇÃO LGBT.....	63
6.7	OUTROS RELATOS DE ATENDIMENTO.....	64
6.8	HABILIDADES PERCEBIDAS.....	67
6.9	DESAFIOS.....	70
6.10	ESTABELECENDO VÍNCULO COM A UNIDADE.....	70
6.11	PRINCIPAIS DEMANDAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT.....	73
6.12	O QUE SIGNIFICA ESTAR PREPARADO PARA ATENDER A POPULAÇÃO LGBT.....	74
6.12.1	Facilidades.....	75
6.12.2	Dificuldades.....	77
6.13	CONDIÇÕES E AGRAVOS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT.....	78
6.14	PENSAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DIRIGIDOS A POPULAÇÃO LGBT.....	79
6.15	RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS.....	81
6.16	A RELAÇÃO DOS ENFERMEIROS COM A POPULAÇÃO LGBT.....	82
6.17	EQUIPE MULTIDISCIPLINAR.....	83
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
	REFERÊNCIAS	88
	APÊNDICE A – ENTREVISTAS INDIVIDUAIS SEMIESTRUTURADAS DADOS DO (A) ENFERMEIRO (A).....	96
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	99

1. INTRODUÇÃO

"O que fez a espécie humana sobreviver não foi apenas a inteligência, mas a nossa capacidade de produzir diversidade." (COUTO, 2009)

Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais são os sujeitos compreendidos na sigla LGBT, que se destina a promover a pluralidade das culturas baseadas em orientação sexual e identidade de gênero, culminando no termo diversidade sexual. Que por sua vez, corresponde a visibilidade das diferentes possibilidades de manifestação da sexualidade ao longo da existência humana. Identidade de gênero e orientação sexual têm diferentes papéis na construção de um sujeito.

A orientação sexual concerne à atração afetivo e/ou sexual, compondo parte da sigla: L corresponde a mulheres que têm atração afetivo-sexual por pessoas do mesmo gênero; G são homens atraídos por pessoas pelo gênero igual; B são pessoas que apresentam atração por pessoas de ambos os gêneros. Em relação ao gênero, este refere-se ao modo como a pessoa se identifica frente aos papéis de esperados pela sociedade, podendo ser cisgênero quando que se identifica com o sexo com que nasceu e transgênero como a pessoa que não se identifica com o sexo do nascimento. Esses últimos compõem a letra T (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, entende-se gênero como uma categoria, um marcador social com o qual se constroem atitudes, expectativas e comportamentos onde a sociedade define os valores de referência e o padrão de normalidade, vigentes numa determinada época. Comportamentos esperados, não se baseiam apenas ao sexo de nascimento, vão sendo moldados a partir das demandas sociais, econômicas, religiosas e culturais e estão em constante transformação (SCOTT, 1995).

Há uma necessidade de atenção do profissional de enfermagem quanto à diversidade sexual e de gênero, uma vez que o atendimento à população LGBT ainda ocorre numa lógica de heterossexualidade presumida, discriminação e dificuldade na criação de vínculos (SOUZA et al., 2015). Pessoas que se encaixam neste contexto, possuem necessidades específicas de saúde, demandam serviços que ofereçam abordagem multiprofissional além de compartilharem de necessidades comuns a qualquer pessoa, como a adoção de hábitos de vida saudáveis, prevenção e rastreamento de doenças, tratamento e reabilitação.

Sendo assim, o enfermeiro desempenha um importante papel no cuidado à população LGBT visto que está presente nos locais de atendimento à saúde, sendo, muitas vezes, referência do primeiro ao último contato em serviços, além de exercer atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos e doenças. Essa categoria profissional deve ser preparada para exercer o cuidado ético, de qualidade, respeitando a diversidade sexual, de gênero, as demais características das pessoas, desenvolver saberes, práticas e competências necessárias para atender à população LGBT. Por isso, o enfermeiro precisa ampliar seu conhecimento científico

acerca da assistência de Enfermagem população LGBT.

Desta forma, ao utilizar a categoria gênero como lente possível para interpretar essa realidade, as relações de gênero se tornam a novidade que possibilita fazer a mediação entre a área da saúde e a das ciências sociais, para pensar o conjunto das relações sociais na sua simultaneidade. A ótica de gênero possibilita pensar na questão da igualdade e diferença entre os sexos (OLIVEIRA, 1999).

É inegável o quanto se tornou expressiva a causa LGBT e suas demandas em busca de garantia de direitos, porém, ainda são preocupantes as expressões de preconceito, discriminação e violência contra este grupo social. Culturalmente, a sociedade sempre foi compreendida sob o entendimento da heterossexualidade como uma regra básica e assim invisibilizava outras formas de expressão e orientação afetiva e sexual. Levando a compreensão de que a homossexualidade se opunha ao compro talento humano e assim considerados como crime, pecado, doença e/ou anomalia no desenvolvimento da sexualidade das pessoas. Resultando em discriminação e exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT.

Nesse contexto, a política nacional de saúde LGBT (BRASIL, 2013) propõe ações que interfiram na determinação social da saúde, reduzindo as desigualdades relacionadas à saúde desta população através da promoção, prevenção, recuperação, reabilitação da saúde, incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da participação popular e, dessa forma, ratificando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Permeiam o cotidiano desse grupo a homofobia, processos de descoberta, medo, dificuldades na inserção no mercado de trabalho, processo transexualizador, entre outras demandas oriundas do contexto de vulnerabilidade social LGBT se tornando evidente a carência de fortalecimento das garantias e direitos.

De acordo com Borrilo (2010), constitui uma forma de intolerância pois se articula em torno das emoções, crenças, julgamentos, convicções e fantasmas, além de condutas, atos, práticas, procedimentos, leis, e ainda através de dispositivos ideológicos, como teorias, mitos, doutrinas e argumentos de autoridade. Dessa forma, o comportamento intolerante muitas vezes é sutil, mascarado, amparado pela lei e praticado nas mais diversas instâncias sociais. Para compreender essas sutilezas e complexidades do preconceito e da discriminação, estudos têm-se estruturado no âmbito social, político e acadêmico. No entanto, observa-se que a homofobia é a expressão discriminatória menos discutida apesar de ser a mais controversa.

Nos discursos científicos, a lógica da estabilidade, relacionada à ideia de exatidão, aparece configurada sob a forma da ilusão de uma ciência régia, como alerta Michel Pêcheux (2006), um dos principais fundadores da linha francesa de Análise do Discurso e uma de nossas principais referências nesta pesquisa. Essa ilusão se mostra no desejo e na necessidade de disjunções e categorizações, na instauração de um mundo semanticamente normal que se

apresenta como a verdade exata e absoluta sobre todas as coisas. Há urgência de controle do real, de exaustivamente interpretá-lo para alcançar as verdades universais como se essa interpretação não fosse falha, como se o discurso científico pudesse se constituir a partir de um lugar outro em que não houvesse ideologia.

A constituição, formulação e circulação são momentos igualmente relevantes no que diz respeito à compreensão dos processos de produção do discurso: 1) a constituição como a dimensão dos saberes anteriores que, a partir da memória discursiva, intervêm sobre o dizer e organizam as repetições, produzem as lacunas; 2) a formulação como a dimensão determinada pela constituição em que a linguagem ganha vida, em que se dá corpo aos sentidos e onde o sujeito articula o seu dizer, afetado pela ilusão de que é ele quem determina o que diz; por fim, 3) a circulação como a dimensão “onde os dizeres são como se mostram” e em que “os ‘meios’ não são nunca neutros” (ORLANDI, 2012, p. 11).

O Processo de Enfermagem (PE) é uma ferramenta para validar o conhecimento da enfermagem, organizando e qualificando o cuidado prestado. Esse método é considerado sistemático, pois sua operacionalização consiste em cinco etapas distintas, porém interdependentes e inter-relacionadas: Histórico, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Avaliação (SOUZA; VASCONCELLOS; PARRA, 2015). Essa metodologia estabelece e facilita a relação enfermeiro-cliente, a qual fortalece e dá segurança à tomada de decisão na assistência de enfermagem com respaldo científico. Além disso, se reflete em expressiva melhora da assistência devido ao planejamento individualizado das ações de enfermagem.

O diagnóstico de enfermagem é o julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável. É também um método útil para organização do conhecimento, prática de enfermagem e objeto de pesquisa.

Tendo em vista a formação do enfermeiro, profissional que atuará no cuidado também à comunidade LGBT, discutir as relações de gênero concorre para uma prática que enxerga a diversidade, por sua vez, qualificada e assertiva.

Por outro lado, as fragilidades no ensino limitam o enfermeiro para atender as demandas, tais como mulheres vítimas de violência; para realizar orientação à saúde para aos(as) diversos(as) clientes que possuem uma orientação do desejo sexual diferente daquela considerada como "padrão heterossexual"; para atender um(a) travesti/transsexual ao chamá-lo(a) na fila de espera. É nesse cenário que se dá a importância da didática acerca das peculiaridades dos sujeitos aqui abordados, focando em seus direitos específicos, como, por exemplo, o nome social, pois nota-se uma inseparabilidade da imagem física e seu nome, devido a ambos formarem a imagem social do cidadão (DACESARO et al., 2015).

Nesse sentido, fornecer o devido tratamento é favorecer a dignidade da pessoa de acordo com o gênero no qual ela se reconhece, contribuindo para a diminuição da marginalização e, para isso, é necessário um confronto com a ideia binária que homogeneiza orientação sexual,

sexo e gênero.

Diante disso, essa pesquisa tem como objetivo identificar o conhecimento de enfermagem sobre a atenção a saúde da população LGBT que se utiliza dos serviços de saúde oferecidos na instituição de pesquisa. A produção desse conhecimento ainda é incipiente e apresenta lacunas que podem ser convertidas em oportunidades de realização de estudos sobre o tema para fundamentar a qualificação da prática profissional de enfermagem nesse campo, pouco explorado até então.

Esse grupo está adquirindo espaço, e deste modo, profissionais de saúde estão lidando com maior frequência com pacientes. Barreiras normalizadoras e o desconhecimento por parte dos enfermeiros gera uma invisibilidade das necessidades de saúde dessa população e, também, causa prejuízos aos cuidados de Enfermagem que devem ser oferecidos a ela (HIRATA, 2014).

Para oferecer cuidado integral é necessário conhecer seu contexto social, suas necessidades de saúde e estar melhor preparada, pois tem a responsabilidade de proporcionar um ambiente seguro e livre de preconceito, buscando diminuir sua estigmatização; entretanto, observa-se que uma minoria de enfermeiros se sente apta a atender às necessidades dessas pessoas.

De acordo com Ferreira (2016), percebe-se que ainda há deficiências no que tange o saber dos profissionais de enfermagem sobre as diferenciações e peculiaridades de cada ser humano. Isso dificulta o cuidar e faz com que os pacientes sejam estereotipados e colocados num único campo para serem tratados como iguais, abordagem essa que contribui para estigmatizar os indivíduos, mesmo que de forma inconsciente, e corrobora para consolidação de comportamentos preconceituosos e evasão do paciente em questão. Grande parte dos profissionais de enfermagem, por diversos motivos, possui pouco ou nenhum conhecimento sobre a população em questão, desconhece, portanto, também os direitos que esses indivíduos detêm, e, conseqüentemente, acaba por não os respeitar ou, simplesmente, sentir-se inapta para lidar com a situação. Na presença de algum sinal de desrespeito à identidade do paciente, automaticamente haverá rompimento ou impedimento para o estabelecimento de vínculo entre paciente-enfermeiro, o que, no processo de cuidar, torna-se um empecilho para o enfermeiro e consolida-se a marginalização do paciente (FERREIRA et al., 2017).

O que somente será alcançado com o domínio de conteúdos relacionados à diversidade de gênero e as necessidades das pessoas LGBT parte do ouvir o que elas têm a dizer, compartilhar saberes sobre seus próprios entendimentos, analisar as percepções de atendimento e do que é saúde para elas; e, assim, prestar um cuidado mais adequado a essa população. Além disso, é necessário se atentar para os riscos de enrijecimento da prática profissional, reprodução

de preconceitos e violências naturalizadas na sociedade e instituições.

Dessa maneira, investir em análises que considerem apenas aspectos sociais e culturais do gênero, sem observar ideias naturalizadas do sexo, não seria uma interessante alternativa, uma vez que também o entendimento sobre o sexo carrega uma história que conflui em sua constituição social e cultural.

Faz-se essencial e urgente estabelecer vínculos e empatia pela pessoa a quem o cuidado será prestado, pois a parceria conduz à melhor compreensão das necessidades e amplia, dessa forma, as possibilidades de construir conhecimentos, soluções e práticas de cuidado e autocuidado adequadas às expectativas e necessidades da população em questão (SOUZA et al., 2014).

É comum à população LGBT ser afastada dos meios tradicionais de suporte, como a família, escola, serviços de saúde, meio religioso, comunidade local, por conta dos preconceitos, maus-tratos e violências vivenciados nessas esferas. Relatam dificuldades no atendimento nas instituições públicas e privadas de saúde, pois há um julgamento moral evidenciado pela resistência de profissionais em usarem os nomes sociais, assim como gestos, olhares e falas discriminatórias que partem de quem deveria estar prestando a atenção em saúde. Promover saúde e bem-estar, passa pela atuação da enfermagem, dada a sua presença representativa nos serviços e pelo alto grau de interação que possui com os usuários. O cuidado ético e eficiente envolve o respeito, a empatia, e demanda a construção de saberes e práticas capazes de atender à pessoa LGBT em sua individualidade. A utilização do Diagnóstico de Enfermagem na individualização da atenção de enfermagem está relacionada a melhoria na qualidade da atenção ao cliente, proporcionando segurança ao profissional quanto ao exercício da profissão; bem como o amparo jurídico em suas atividades profissionais.

Diante do exposto, o profissionalismo requer sistematização e comprometimento com o conhecimento que constrói uma área do saber e o aprimoramento profissional, por intermédio da utilização de procedimentos padronizados, garante a satisfação dos dois principais atores envolvidos: o enfermeiro e o paciente LGBT até então privado de uma atenção a saúde sistematizada e individual.

Nesse contexto, a sistematização da assistência de enfermagem demonstrou-se tão fundamental que passou a ser uma exigência do Conselho Federal de Enfermagem. Destaca-se que, para garantir uma assistência de qualidade aos pacientes, é imprescindível planejamento, implementação e avaliação e considerar que a ausência da avaliação do enfermeiro quanto as respostas apresentadas pelo cliente podem implicar em falhas no cuidado prestado.

Enquanto mulher, cristã católica, negra, cis, heterossexual, enfermeira obstétrica e também especializada em centro cirúrgico, central de materiais e esterilização, atuante no centro obstétrico, o assunto escolhido a ser abordado nesta pesquisa, parece estar desconexo com

minha realidade profissional e trabalhos desenvolvidos pela instituição em que estou lotada. Porém, atuando na maternidade em questão, era impactada por relatos de colegas de trabalho relacionados a atendimento a pacientes LGBT constantemente permeados por insegurança, surpresa e algo de constrangedor. Seja nas campanhas de coleta de preventivo, na assistência ao parto, orientações legais a casais homoafetivos, entre outros atendimentos. Sou ladeada por profissionais que sempre demonstraram busca pelo conhecimento e crescimento profissional almejando ascensão, mas também oferecer a melhor assistência possível. Fui muitas vezes motivada por estas enfermeiras a buscar afinar minha prática. Mas faltava algo para ofertar uma assistência que fosse realmente efetiva e individualizada a quem buscasse atendimento no Hospital da Mulher. E entre nós, que discutimos tantas vezes a melhor forma de abordagem a diversas situações que emergem dos processos de enfermagem, a partir das quais pudemos ver alteradas rotinas assistenciais, porque nunca falamos sobre a saúde da população LBGT. Dentre tantas especializações que se somam, porque não buscar também conhecimento neste campo de atuação visto que as demandas da população LGBT tem chegado a esta instituição. Confesso que não obtive facilidades em abordar o tema, tirei a mim mesma e outros enfermeiros de sua zona de conforto, e, porque não dizer, técnicos de enfermagem, médicos e demais profissionais. Entendo que a cultura heteronormativa dificulta a compreensão de uma realidade sexual diferente do convencional, mas pensar em um tema é uma forma de tirá-lo da invisibilidade e dar dignidade aos envolvidos. É também uma forma de individualizar, humanizar difundir conhecimento, a partir da compreensão dos sentidos que puderam ser atribuídos pelas participantes, dessa amostra que conduzem às atividades profissionais que limitam o acesso e direitos, aumentando suas vulnerabilidades.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019), no Brasil, 2,9 milhões de pessoas de 18 anos ou mais se declaram lésbicas, gays ou bissexuais. Através da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) a orientação sexual foi coletada pela primeira vez. Esta pesquisa tem como compromisso produzir dados nacionais sobre a situação de saúde, estilos de vida da população brasileira e tratar do acesso e uso dos serviços de saúde. Esses dados revelam 1,8 milhão declaram-se homossexuais; 1,1 milhão bissexual; 1,7 milhão não sabem responder; 3,6 milhões, recusaram-se a responder e 100 mil, disse se identificar com outras orientações. Em relação as mulheres, 0,9% declara-se lésbica e 0,8%, bissexual, entre os homens, 1,4% declaram-se gays e 0,5%, bissexuais. E entre os dois grupos 1,1% disseram não saber e 2,3% recusaram-se a responder. Existe ainda, de acordo com o instituto, um entendimento de que estes valores numéricos podem estar subnotificados devido a insegurança em se declarar devido ao estigma.

Com base nesse interesse de estudo e inquietações, emergem as questões norteadoras que mobilizam tal pesquisa, tais como: Levando em conta as vivências do ambiente hospitalar, como você percebe o corpo do cliente e como é a sua relação com este corpo que recebe os cuidados de enfermagem? O enfermeiro está preparado para assistir à população LGBT? Quais as melhores práticas de enfermagem podem ser adotadas pelo enfermeiro? O enfermeiro tem conhecimento dos riscos de uma assistência ineficaz para a população LGBT?

Assim, é importante salientar a amplitude que a adoção da categoria gênero possibilita para entender determinadas práticas de assistência à saúde e de enfermagem, além do alcance e consequências de políticas públicas de saúde, propiciando, desta forma, uma visibilidade maior para possíveis desigualdades de gênero.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

- Identificar o conhecimento de enfermagem sobre a atenção a saúde da população LGBT.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar como as relações de gênero são construídas, legitimadas, contestadas e mantidas no atendimento dos(as) enfermeiros a população LGBT;
- Demonstrar a percepção dos enfermeiros sobre sua formação/qualificação para atender as diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT;
- Apontar as melhores intervenções de enfermagem na relação com a(o) cliente no que concerne à prática do cuidado de enfermagem.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. SOPA DE LETRINHAS

Observando a multiplicidade de expressões sexuais e afetividade humanas, uma questão que se apresenta como crucial é respeitar as identidades de gênero abrigados sob o amplo guarda-chuva da homossexualidade. É preciso não perder de vista a necessidade de compreensão dos processos complexos de construção de identidades.

A dinâmica da sopa de letrinhas reúne o maior número possível de representantes de minorias em grupos para fortalecer uma luta comum a população LGBT a fim de estender a agenda de direitos civis. Para além de se discutir a inclusão ou exclusão através do simbolismo das siglas, conforme nos aponta Facchini (2002), essas conexões ativas, contribuem para reforçar a adesão a um sistema classificatório baseado na distinção de orientação sexual e, assim, tornam viável uma modalidade de política identitária. Podemos acompanhar, então, a dinâmica de siglas, chamadas de sopa de letrinhas e a decorrente multiplicação de categorias destinadas a nomear o sujeito político do movimento. Desta forma temos GLT (gays, lésbicas e travestis) e GLBT (gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros) são siglas propostas em diálogo crítico com outras, como GLS (que preservava certa ambiguidade classificatória em nome da inclusão); ou HSH (homens que fazem sexo com homens).

A evolução sobre os entendimentos da temática conduz ao surgimento e modificação dos acrônimos chegando a LGBTQIA+, incluindo Lésbicas, Gays, Bissexuais, Bigêneros, Transexuais, Travestis, Transgêneros, Queer, Intersexo e Assexuados, assim, compreende-se então, que existe uma constante atualização sobre o termo. (Schulman, 2013).

Entendendo que seja pertinente apontar para as interfaces entre os grupos que estão por trás dessas siglas para conhecer as mobilizações, políticas de promoção de direitos dos homossexuais para a compreensão dos leitores e fundamentalmente para quem não compartilhou e não compartilha dessas trajetórias coletivas dos grupos homossexuais e assim compreender as relações entre os indivíduos representados por todas as siglas condições de diálogo e as diferentes representações que elas trazem e debruçar-se sobre a maneira que as identidades e limites são estendidos e reduzidos de acordo dentro do mesmo grupo.

Desse modo, a política de saúde normativa no Brasil se dá para a população LGBT, independente da sigla que cresce cada vez mais se ajustando a diversidade que se expõe. Estes acrônimos tornam mais claras a realidade identitária da população LGBT, ainda assim, a lei no Brasil em vigor que contempla a todos é descrita como Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral

LGBT).

3.2. EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

Esta categoria profissional tem se empenhado para conquistar, cotidianamente seu o seu espaço na área da saúde, seja no contexto institucional, comunitário, pesquisa e ensino.

O enfermeiro desempenha sua função de maneira cada vez mais decisiva e assertiva no que se refere à identificação das necessidades de cuidado da população, bem como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões e tem a possibilidade de atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, na educação em saúde, seja na promoção ou na reabilitação da saúde dos indivíduos. Pode-se compreender que o cuidado exercido pela enfermagem é um fundamental no sistema de saúde ainda que interligada e complementada por outros saberes profissionais, e pode ser definida como a ciência do cuidado integral e integrador em saúde, assistindo e coordenando as práticas de cuidado.

Esse processo acontece através do levantamento de situações críticas e a intervenção sistematizada de um plano de cuidados que longo de sua trajetória profissional, a enfermagem tem desenvolvido uma sistemática de conhecimentos específicos, baseada em conceitos que envolvem sua prática e aplicáveis em qualquer campo de atuação profissional em que estiver inserido: ensino, assistência, pesquisa e gestão da assistência de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2010).

Conforme o Conselho Internacional de Enfermagem, esse processo se baseia em 5 pilares indissociáveis da prática profissional e sua documentação: coleta de dados; julgamentos ou avaliações das necessidades humanas (diagnósticos de enfermagem); planejamento das ações de enfermagem; intervenções implementadas para influenciar positivamente os diagnósticos das necessidades humanas e sociais (ações ou intervenções de enfermagem); avaliação dos resultados sensíveis às ações ou intervenções de enfermagem (resultados de enfermagem).

Cabe ao enfermeiro a responsabilidade ética e legal em operacionalizar e documentar o Processo de Enfermagem, pois se trata de um instrumento teórico e metodológico, privativo do enfermeiro, inerente ao processo de cuidar e o direito do cidadão como usuário dos serviços de saúde a uma assistência de enfermagem segura, digna, sensível, individualizada, humanizada, competente e resolutiva.

As atividades de enfermagem são exercidas pelo Enfermeiro, Técnico, Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação, e regida pela lei 7.498 de 25 de junho de 1986 enfermagem, que por sua vez é regulamentada pelo decreto 94406

de 8 de junho de 1987. A partir daí, define-se as atribuições de cada categoria dessa classe profissional e coube ao enfermeiro a consulta de enfermagem, autonomia técnica no planejamento, organização, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem.

Art. 11º O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe: 1) Privativamente: a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da Instituição de saúde pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem; b) Organização e direção de serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; c) Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem; d) VETADO e) VETADO f) VETADO g) VETADO h) Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem; i) Consulta de enfermagem; j) Prescrição da assistência de enfermagem; l) Cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; m) Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas; [...] (BRASIL, 1986).

A regulamentação da prescrição de enfermagem e a consulta de enfermagem, é uma conquista para a enfermagem especialmente para o enfermeiro, que é quem exerce privativamente esta atividade. Desse modo, a metodologia da assistência de enfermagem organiza a abordagem na prática assistencial. Visando a execução do processo de enfermagem visaram à aplicação do diagnóstico de enfermagem e da sistematização da assistência prestada.

A referência das ações de enfermagem se apoia, principalmente, em pesquisas internacionais, como a taxonomia da *North American Nurses Diagnosis Association* (NANDA) e a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE).

A NANDA foi resultado de pesquisas norte-americanas, que elaboraram uma taxonomia para os diagnósticos apontados pelo enfermeiro, unificando termos e determinando as características definidoras e os fatores relacionados a cada diagnóstico levantado. Em relação a CIPE, percebeu-se a urgência de uma classificação internacional para determinar as práticas da enfermagem no contexto mundial. A partir dessa classificação, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) buscou adequar essas pesquisas internacionais ao contexto da enfermagem no Brasil.

A mesma ABEn, junto com o órgão de classe Conselho federal de enfermagem (COFEN), com o objetivo de em um sistema assistencial essa prática, propôs a Resolução COFEN nº 358/2009.

A resolução prevê que o PE seja baseado num suporte teórico que oriente sua execução; reconhece que se organiza em cinco etapas entrelaçadas, interdependentes e cíclicas; aborda as atribuições das diferentes categorias profissionais, e não somente do Enfermeiro, durante a execução do PE; e, por fim, recomenda os pontos fundamentais que devem compor o registro do processo de cuidado que foi executado.

Atentos a necessidade de qualificar o registro de informações referentes ao processo de

cuidar e o prontuário do paciente ser documento jurídico e fonte de comunicação e ensino na área de enfermagem entre outros documentos próprios da Enfermagem como fonte de informações clínicas e administrativas para tomada de decisão, o Plenário do COFEN aprovou a Resolução nº 429/2012, que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.

O PE demanda habilidades de pensamento, raciocínio, psicomotoras e afetivas e flexibilidade para a criação e inovação de planos de cuidado, que sejam suficientes às necessidades humanas e sociais do usuário de forma a produzir saúde. E ao mesmo tempo destoa do senso comum de que a enfermagem é simplesmente um sem número de “tarefas manuais rotineiras, ou apenas a execução da prescrição médica.

3.3. SEXO, GÊNERO E IDENTIDADE DE GÊNERO

Quando se pensa em identidade de gênero, entende-se que este conceito se refere a forma como a pessoa se percebe em relação ao gênero, podendo ser o masculino, feminino ou outras identidades não binárias. É uma experiência individual e interna, que independe de sexo biológico e do gênero que foi atribuído no nascimento. A identidade de gênero pode incluir o senso pessoal do corpo, que por sua vez pode desencadear o desejo de modificações da aparência ou função corporal por meios médicos, cirúrgicos ou outras expressões de gênero como a vestimenta e modo de falar independente da orientação sexual.

Conforme Reis (2018) aponta, para compreender a população LGBT, também é necessário reconhecer as diversidades de expressão de gênero e as diversas siglas disponíveis para caracterizar os grupos de lésbicas, *gays*, bissexuais, pessoa trans, travestis, intersexuais, e todas outras identidades de gênero e orientações sexuais. A sigla LGBT é utilizada para referenciar esse grupo como forma de compreender as múltiplas possibilidades de existência que não seja a heteronormatividade em atenção aos termos e às definições acerca das diversidades sexuais e de gênero. Portanto, é preciso conhecer a diferença entre três termos essenciais: sexo, gênero e orientação sexual.

3.4. SEXUALIDADE

Sexo é um termo utilizado para designar o que é homem ou mulher, por isso está diretamente ligado a características físicas, como genitália externa e interna, gônadas, hormônios e cromossomos. Segundo Scott (1995), popularmente, a compreensão sobre gênero é entendida como relações estabelecidas a partir da percepção social das diferenças biológicas

entre os sexos. E também fundamentada em esquemas binários, que se classificam em oposição como masculino/feminino, forte/fraco; grande/pequeno; acima/abaixo; dominante/dominado (BOURDIEU, 1999).

Entender esta dinâmica desta forma gerou socialmente hierarquia entre as oposições, cabendo ao polo masculino e seus homólogos a primazia do que é valorizado como positivo, superior, magno ou melhor. A divisão entre os sexos está presente em agentes todo o mundo social, e em estado incorporado, nos corpos e nos hábitos cotidianos. dos, funcionando como sistemas de esquemas de percepção, de pensamento e de ação.

Perceber estas relações de gênero, presentes em toda a ordem social, nos concede a compreensão também da posição destinada as mulheres, em particular, como subordinada, mas também a relação entre sexualidade e poder. Pensar sob este contexto de oposição ativo/passivo, traz a heterossexualidade como norma, e dispõe homens e mulheres segundo a natureza. Sob esse entendimento, a homossexualidade se contrapõe a norma, a partir da ocupação, no caso da homossexualidade masculina, de uma posição inferior (dominada) (BOURDIEU, 1999; BOZON, 1999) a partir da identificação do homossexual com a natureza feminina. Além disso, compreendida, historicamente, como enfermidade, são invisibilizados e desacreditados socialmente, tornando-o um indivíduo menor socialmente e sua prática sexual, uma experiência envergonhada, escondida (GOFFMAN, 1988).

3.5. GÊNERO

Gênero é um termo com conotações psicológicas e culturais, dessa forma, entende-se por gênero os traços de masculinidade e de feminilidade encontrados em uma pessoa, o que gosta, como fala, como se veste, ou resume seu comportamento social. Discutir identidade de gênero parte do entendimento de que somos todos diversos. Ainda que com questões biológicas comuns, a experiência que cada corpo vivencia é individual.

O sexo biológico não faz parte das escolhas pessoais, mas gera a necessidade de corresponder as perspectivas dos padrões de comportamento, de acordo com as representações sociais de cada um.

Porém, quando o sujeito não se identifica com o sexo a qual pertence, ou quando os padrões sociais estabelecidos divergem dos anseios do próprio indivíduo é preciso repensar as noções de gênero sob o olhar das construções sociais.

De acordo com conhecida fala de Simone de Beauvoir (2009), “não se nasce mulher, torna-se mulher”, é possível enxergar a discursão de gênero de forma a desnaturalizar conceitos já padronizados e compreender o corpo como uma tela Virgem e que a medida que sofre

influência vai tomando seus moldes. Porém, Butler, citada em Colling (2018), defende que essa é uma ideia errônea pois acredita que o ser humano sempre esteve sujeito as normas culturais e que este só existe enquanto sujeitos quando é determinado o sexo masculino ou feminino. A sociedade determina o gênero das pessoas pelo sexo, mas existe um sequencia linear uma mulher seja, necessariamente, alguém do sexo feminino e, conseqüentemente, uma relação entre de sexo-gênero- desejo e prática sexual pré-concebido.

Partindo desse entendimento, conceber gênero considerando apenas o sexo exclui diversas outras identidades de gênero, em especial as travestis, transexuais e outras identidades trans. Essas são as pessoas que mais sofrem com os preconceitos causados pela falta de respeito à diversidade sexual e de gênero.

3.6. ORIENTAÇÃO SEXUAL

No âmbito das reflexões sobre acesso da população LGBT a serviços de saúde fundados nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, note-se que orientação sexual e identidade de gênero não devem ser cogitadas como atributos identitários ou marcadores sociais únicos, já que necessariamente se articulam de formas diversas com outros. Isto significa dizer que o sujeito não pode ser pensado apenas como “trans”, “lésbica”, etc, mas que esse mesmo sujeito se articula com diversos eixos de subordinação, de modo que, exclusão e aceitação se distinguem a depender do contexto social no qual se encontram (COSTA; ÁVILA, 2005; PISCITELLI, 2008).

Retomando a questão de críticas a fundamentos epistemológicos da distinção sexo-gênero, encontramos a filósofa contemporânea Judith Butler, que critica os modos de operar binarismos pelo confronto de conceitualizações que pensam as identidades como fixas (PISCITELLI, 2002). Ao contrário, a ideia de fixidez seria desestabilizada por seus processos de construção, em que o gênero deveria designar “o aparelho de produção, o meio discursivo/cultural através do qual a natureza sexuada, ou o sexo natural” são produzidos e estabelecidos como pré-discursivos” (PISCITELLI, 2002, p. 27). Na análise de Piscitelli (2002) sobre Butler, o gênero não seria coerente ou consistente em contextos históricos distintos, sendo esse um aspecto central das análises butlerianas que, através de exemplos, evidenciam como incoerências possibilitam perceber a fluidez de gênero (PISCITELLI, 2002).

A partir dessa nova visão, surge a formulação de orientação sexual, que segundo Cardoso (2008), abrange um conceito pessoal, social e legal. Em conformidade com Rios & Piovesan (2001), orientação sexual é a identidade que se atribui a alguém em função da direção da sua conduta ou atração sexual, se esta se dirige a alguém do mesmo sexo, denomina-se de

orientação homossexual; se, ao contrário, a alguém do sexo oposto denomina-se heterossexual, se pelos dois sexos, de bissexual. Dessa maneira, a orientação sexual está relacionada ao sentido do desejo sexual do indivíduo, se pelo mesmo sexo, pelo oposto ou por ambos. Vê-se assim que todos os conceitos mencionados estão diretamente correlacionados, cada aspecto da sexualidade completa-se e dá sentido ao outro. Porém, para a maioria das pessoas esses termos e condutas ainda são mal interpretadas e mal compreendidas, ainda existe um certo entrave por parte da população em lidar com essas “novas” noções de sexualidade.

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

A política de saúde a população LGBT, tem como objetivo, garantir o acesso a ações e serviços de qualidade a despeito de toda discriminação e exclusão que também acontece nos serviços de saúde. Articulação necessária, para possibilidade de uma sociedade que lute contra a exclusão social e promova a consciência sanitária com mobilização em direção garantia da defesa de direitos à saúde, alguns deles básicos.

O movimento de luta LGBT, foi, inicialmente em defesa da luta homossexual e que posteriormente agregou lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis, transexuais, entre outros. A partir da epidemia de HIV/AIDS¹ que teve início da década de 80, que foi considerada como comportamento homossexual fez o governo brasileiro promover a articulação para a prevenção da doença na população homossexual masculina.

As lésbicas e mulheres bissexuais, tiveram suas demandas invisibilizadas, mesmo sendo ativas da luta aos direitos sociais, segundo Ferrari (2004). Somente com a aproximação com o movimento feminista alguns direitos dos diversos grupos se construíram no âmbito civil, político, social e humano, ainda assim, de forma morosa. Se materializando, em 2004, no Programa de combate à violência e à Discriminação: o Brasil sem homofobia. Este movimento representou um avanço na busca de diversos direitos inclusive sobre à saúde, visto que a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero é um indicador de vulnerabilidade em saúde, decorrendo de fatores negativos como preconceito e estigma social (BEZERRA; MORENO; PRADO, 2019).

¹ HIV é a sigla em inglês para vírus da imunodeficiência humana. Causador da AIDS (da sigla em inglês para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. AIDS é a Síndrome da Imunodeficiência Humana, transmitida pelo vírus HIV, caracterizada pelo enfraquecimento do sistema de defesa do corpo e pelo aparecimento de doenças oportunistas.

Nossa constituição da República Federal (1988), assegura os direitos sociais e coletivos que embasam a construção de políticas que sociais, a grupos que não conseguem alcançar direitos, dada a construção histórica, social e cultural de nossa sociedade. Por esse motivo é necessário reforçar os objetivos da política que fortalece a qualidade do atendimento em saúde em direção aos princípios constitucionais e previstos na consolidação da proposição de atenção à saúde no Brasil, com o sistema único de saúde. O público LGBT deve ser acolhido pelos profissionais de saúde que devem garantir um atendimento integral.

Sendo assim, a política em questão, visa promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. através de mecanismos de redução dos riscos em saúde, qualificação dos serviços, monitoramento de indicadores relacionados a população LGBT, busca de conhecimentos científico e tecnológico que levem a melhores práticas em saúde para melhores condições de saúde da população LGBT e fortalecimento da população LGBT nos diversos espaços de discussão de saúde não pode ser considerado natural o preconceito em nenhum espaço. Os serviços de saúde devem compreender as vulnerabilidades da população LGBT e traçar novas possibilidades de cuidado de acordo com as demandas da população.

3.8. DECLARAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

A partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), o direito à saúde foi reconhecido como direito humano e baseado nesse entendimento, foi incluída como direito social na constituição brasileira de 1988, com garantia de acesso universal e gratuito à saúde pela população. Instituições de saúde devem oferecer um ambiente acolhedor, livre de preconceitos e com capacidade de proporcionar atenção integral à população LGBT, com reconhecimento de suas especificidades na oferta de ações e serviços correspondentes. Porém, a população LGBT se encontra as margens nesses serviços, sofrem preconceito e estão sujeitos a falta de conhecimento dos prestadores de cuidado de saúde, resultando em mais vulnerabilidade e serviços de qualidade inferior.

Sendo assim, ainda que esteja em um lugar de produção de cuidados, cabe a população LGBT um cenário de minorias sociais, com menor acesso aos serviços de saúde, sem assistência adequada e integral e sujeita aos julgamentos e juízos de valor de profissionais dos serviços de saúde. Muitos profissionais de saúde entendem que a demanda de atendimento à população se resume apenas à prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), mesmo após o advento da Política Nacional de Saúde LGBT. Observa-se também que no meio acadêmico não

se identificam muitos artigos sobre os avanços na atenção à saúde da população LGBT.

O conhecimento das principais demandas da população deve nortear a prática multiprofissional, mas no que se refere ao enfermeiro, este deve despertar o interesse e atenção para identificação de possíveis violências que a pessoa possa estar sofrendo no âmbito familiar, escolar, de trabalho ou na sua comunidade. Considerando a pluralidade, a diversidade e que as pessoas são seres indevidas, a anamnese deve ser minuciosa e ampliada, atenta às possíveis respostas humanas e aos contextos de vida de cada pessoa, e toda a terapêutica deve se basear na participação, no respeito à autonomia e aos projetos de vida dos usuários por parte da equipe interdisciplinar de referência e eventuais apoiadores.

A Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais traz para o debate a importância de se conhecer os determinantes sociais da saúde dos indivíduos que resultam diretamente em sua qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). E, de acordo com a Associação Nacional de Travestis e Transexuais do Brasil (2019), a expectativa de vida de pessoas transexuais é de 35 anos, quando para a população em geral é de 74,9 anos. A partir daí é possível associar esses dados a dificuldade no uso do nome social, ferramenta essencial de acesso aos serviços de saúde e assim estar menos vulnerável às complicações resultantes do uso de substâncias, às ISTs (infecções sexualmente transmissíveis), aos cânceres, às doenças cardiovasculares, à obesidade, ao *bullying*, isolamento, à rejeição, ansiedade, depressão e suicídio decorrentes de preconceitos, regras heteronormativas², estigmas, reclusões, perdas e solidão, que os levam, por vezes, gera demanda aos serviços e profissionais de saúde.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) nos objetiva orientar profissionais e gestores a promover a saúde considerando os determinantes sociais da saúde da população respeitando sua orientação sexual, a diversidade a identidade de gênero; a justiça e a inclusão social.

Porém, assistência efetiva e de qualidade estão intimamente ligadas a capacidade do profissional de ter empatia e ferramentas adequadas para superar os desafios que se apresentam. E estudos revelam que a maioria da população LGBT não revela sua orientação sexual para o profissional de saúde durante o atendimento e ainda evitam procurar o atendimento menos quando estão enfermos. Outra questão é que o atendimento de saúde nesse contexto se refere basicamente a assistência às infecções sexualmente transmissíveis como se não aparentassem qualquer outro mal relacionado a saúde, tais como diabetes, hipertensão,

² imposição social para ser ou se comportar de acordo com os papéis de cada gênero.

anemias, ou outras enfermidades.

Outro estudo que trata sobre a assistência de enfermagem à população trans revelou que de 11 publicações no período de 2005-2011, majoritariamente do exterior, com somente uma publicação brasileira e que a maioria dos enfermeiros não se sentem capacitados a atenderem a essa população devido à falta conhecimento e competência na prática profissional neste campo, refletindo a necessidade de revisão dos conteúdos nos currículos de enfermagem e educação em saúde (NEGREIROS et al., 2019).

Na atuação do enfermeiro no concreto da consulta de enfermagem, o atendimento deve se basear na implementação do PE e exige compreensão do contexto social, identificação das necessidades de saúde e expectativas das pessoas que estão sob os cuidados. Para tanto, é preciso firmamento adequada para acolher as necessidades específicas e os desafios enfrentados pela população LGBT e intervir de forma acertada. Portanto, a falta de treinamento pode perpetuar e institucionalizar atitudes preconceituosas e discriminatórias.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

De acordo com Santos (2013), a diretriz francesa de Análise do Discurso (AD) tem sua fundação atribuída a Michel Pêcheux, no seio de um contexto sociopolítico que se relaciona com o que se desdobrou nos movimentos de maio de 1968 e conduziu o centramento de suas análises no discurso político, entendendo-o como um ponto intermediário entre linguagem e ideologia. Magalhães & Kogawa (2019, p. 133) informam que “se hoje podemos falar em Análise do Discurso [...], muito disso – para não dizer, tudo isso – se deve ao papel desempenhado por Michel Pêcheux nos anos 1960 em torno das problematizações sobre sentido”. Ao lado de Pêcheux, Fernandes (2012, p. 14) destaca a importância de Jean Dubois no que denomina de “gesto fundador da disciplina Análise do Discurso”.

A AD é uma prática que, na França, segue certa tradição de um domínio de estudos conhecido como História/Filosofia das Ciências que, ao interrogar o que fazem, volta-se para a construção de uma história dos conceitos a partir de referências como Gaston Bachelard e Georges Canguilhem (MAGALHÃES; KOGAWA, 2019). No Brasil, essa vertente (pecheutiana) de análise discursiva pode ser lida, inicialmente, com dois grandes momentos, quais sejam, no final dos anos 1960 com os trabalhos de Carlos Henrique de Escobar e ao final dos anos 1970, com os trabalhos de Eni Orlandi (MAGALHÃES; KOGAWA, 2019).

A partir desses elementos, entendemos que

A análise do discurso, assim pensada, pode, finalmente, descrever as articulações entre a materialidade dos enunciados, seus agrupamentos em discursos, sua inserção em formações discursivas, sua circulação através de práticas, seu controle por princípios relacionados ao poder, sua inscrição em um arquivo. A tudo isso, acrescenta-se o princípio da não evidência do sentido, da não transparência do dizer (GREGOLIN, 2006, p. 108).

4.1. PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico desta dissertação segue pela via da Análise de Discurso, de natureza qualitativa, envolvendo a fala dos(as) enfermeiras(os) do Hospital da Mulher, Prefeitura Municipal de Barra Mansa, Rio de Janeiro, sobre diversidade sexual e atenção à saúde da população LGBT. O método foi escolhido por melhor se adaptar aos objetivos da pesquisa, pois possibilita fazer emergir no processo de análise, ideologias e percepções componentes do discurso enunciado, bem como os aspectos compreensivos e críticos sobre uma dada realidade social.

4.2. MÉTODO DE PESQUISA

Para Minayo (2014), a natureza do método qualitativo reside na capacidade de assimilação do significado e da intencionalidade como condição inseparável e intrínseca “aos

atos, as relações e as estruturas sociais” compreendendo tanto as relações como as estruturas sociais como processos dinâmicos históricos e contextuais produtores de “construções humanas significativas”, superando aspectos puramente positivistas, sem prescindir-los, na busca de associar o rigor científico com os complexos achados na realidade do campo subjetivo e objetivo.

Valores, crenças, representações, contextos sócios-históricos precisam ser incorporados às análises qualitativas, sem perder de vista a complexa compreensão sociológica de que o pesquisador é da mesma natureza do seu objeto. Minayo (2014), também chama atenção para outro aspecto inerente à pesquisa social, esteja ela ou não no campo da saúde, o fato que ela é intrinsecamente e extrinsecamente ideológica. Desde a escolha do objeto até os resultados e análises, as questões de subjetividades permeiam toda a construção de um estudo, baseadas em interesses e visões de mundo historicamente construídas.

Para moderar a contaminação destas subjetividades na compreensão crítica da realidade e para evitar vieses nas inferências dos resultados, a autora coloca a objetivação como condição imprescindível para uma boa análise qualitativa, utilizando para isto de referencial teórico e metodológico eficaz e coerente.

Dentro da abordagem qualitativa como uma das diversas técnicas capazes de dar conta da compreensão crítica da realidade, encontra-se a AD, que para Minayo traz uma contribuição importante para análise do material qualitativo, "sobretudo numa situação em que a hegemonia sempre coube às análises positivista dos conteúdos das falas" (2014, p. 321). A AD possibilita a compreensão dos sentidos do texto, analisando a semântica, mas indo além desta, procurando decifrar o conteúdo ideológico que sustenta os discursos.

Caregnato & Mutti (2006) chamam a atenção que a AD é uma disciplina de interpretação e não uma metodologia visto os princípios de diferentes áreas que a regem, compreendidos como a linguística, o materialismo histórico e da psicanálise, como já mencionamos aqui e citam que Pêcheux reforça a AD sob o prisma de uma leitura interpretativa. Trabalhar a interpretação das falas é substancial neste contexto da AD, visto que não é conteúdo e a forma que pretendemos analisar e sim os sentidos produzidos naquele discurso, considerando as circunstâncias no qual o mesmo é produzido.

As autoras ratificam que a interpretação sempre é passível de equívoco e colocam o analista como interprete que faz uma leitura também discursiva influenciada pelo seu afeto, sua posição, suas crenças, suas experiências e vivências; portanto, a interpretação nunca será absoluta e única, pois também produzirá seu sentido (CAREGNATO; MUTTI, 2006, p. 682).

Pontuam, também, que não é preciso analisar tudo que aparece na entrevista, visto que é uma análise vertical e não horizontal, focando na importância de trabalhar os recortes

discursivos relacionados com o arcabouço teórico levantado pelo analista.

Pêcheux (2009), estudioso e um dos fundadores do método, estabelece a relação existente no discurso entre língua/sujeito/história ou língua/ideologia, ou seja, articula o linguístico com o social e o histórico. Minayo coloca como objetivo essencial desta análise realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação dos textos produzidos nos mais diversos campos (2014, p. 319), ou seja, onde e como estes discursos foram gerados e qual a ideologia implícita e explícita nas entrelinhas dos mesmos.

Compreendendo que os discursos dos enfermeiros de saúde aqui a serem analisados possam carregar em sua linguagem formações ideológicas que lhe são correspondentes, é com o fundador da Escola Francesa da Análise de Discurso, Michel Pêcheux, que encontramos o arcabouço teórico necessário para orientar nossa análise. Pêcheux teoriza como a linguagem é materializada na ideologia e como esta se manifesta na linguagem (ORLANDI, 2005). A partir desta premissa coloca sujeito e seu discurso constituídos pela conjuntura social e pelas condições históricas que o cercam, indo além das regras formais que produzem a fala, indo além da linguística, considerada limitante para compreensão das condições complexas que formulam o discurso.

Como teoria, a AD se associa a três domínios disciplinares: A Linguística, O Materialismo Histórico e a Psicanálise, estabelecendo que o contexto histórico e econômico, as relações sociais e de produção, o estudo da linguagem e do sujeito, se articulam na formação discursiva. A ideia central do pensamento de Orlandi (2005), é que um evento discursivo seja de natureza política, educacional, informativa, não pode se desvincular de sua exterioridade, ou seja, o sujeito discursivo é influenciado por uma ideologia e pela conjuntura sócio histórica que o envolve ainda que o mesmo não tenha consciência desta influência no espaço tempo que desenvolve o discurso.

Assim, o discurso não se revela desprovido do contexto em que foi produzido, apenas na compreensão dos textos em si, pois o sentido do discurso não é obvio e transparente. É necessário analisá-lo para além da superfície, pois é na sua estrutura profunda de produção que os reais sentidos do texto são desvelados. Pêcheux é enfático sobre a determinação de compreender o arcabouço produtivo nos quais os discursos foram elaborados, percebendo a linguagem, a fala materializada, subordinada a estruturas macrossociais e a sua construção linguística, ressaltando que todo dizer é ideologicamente marcado (ORLANDI, 2009, p. 38). Os planos materiais e simbólicos contidos em todo discurso são considerados e sempre relacionados com o contexto, ou seja, a linguagem é trabalhada tanto no senso comum como em suas noções contextuais e históricas.

Deste modo a teoria trazida pela AD de Pêcheux, assim como a forma de analisá-los, se relevam pertinentes para averiguar os discursos dos profissionais aqui elencados, considerando suas representações sociais, suas ideologias, o tempo espaço onde estes discursos emergiram, assim como permitirá uma avaliação dos discursos a luz dos objetivos e do referencial teórico levantados nesta pesquisa.

4.3. PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram os enfermeiros(as) atuantes no Hospital da Mulher, Prefeitura Municipal de Barra Mansa, Rio de Janeiro, que aceitaram participar do estudo voluntariamente, respeitando sua autonomia e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE I e II).

4.4. COLETA DE DADOS

Foi utilizada o método de amostra de conveniência. A amostragem por conveniência é uma técnica de amostragem não probabilística e não aleatória usada para criar amostras de acordo com a facilidade de acesso. Tendo em conta a disponibilidade de pessoas para fazer parte da amostra em um determinado intervalo de tempo. Dessa forma foram identificados os membros por sua proximidade ao objeto de estudo (COCHRAN, 1977).

A análise dos achados de pesquisa desenvolveu-se de acordo as perspectivas de AD. Os dados produzidos em campo foram analisados obedecendo aos objetivos da pesquisa, aplicados juntos às 17 participantes. Sabe-se que, no universo das pesquisas na AD a linguagem vai além do texto, trazendo sentidos preconcebidos que são repercutidos socialmente. Essa técnica entende que não irá descobrir nada novo, apenas fará uma nova interpretação ou uma releitura, mostrando como o discurso funciona, sem ter a pretensão de dizer o que é certo, pois esta questão não está em julgamento (CAREGNATO; MUTTI, 2006). A AD começou durante a transcrição das entrevistas, um momento fundamental, no qual não corrigimos as falas das entrevistadas e transcrevemo-las literalmente.

4.5. PROCEDIMENTAL ANALÍTICO

O primeiro procedimento analítico realizado foi a leitura atenciosa dos registros que as fontes permitiram reunir, ou seja, das transcrições de entrevistas. Nessa primeira leitura, a intenção foi conhecer um pouco da estrutura e conteúdo de tais documentos ainda de maneira relativamente despreziosa aos objetivos da pesquisa.

Com essa análise disposta, o procedimento passou para a etapa de avaliação, a partir de princípios de uma AD, proporcionando a realização das três fases de análise: (a) identificação as expressões chaves (ECH) de cada discurso; (b) formulação as ideias centrais (IC); (c) descrição dos significados. Por fim, foram constituídas as categorias, que são as expressões adequadas para representar os depoimentos, de acordo com as questões de interesse, mas sendo o mais abrangente possível para possibilitar uma ampla percepção dos sentidos que as falas podem produzir (GIL, 2003).

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP/ENSP), seguindo as normas e resoluções de ética, tendo em vista maior beneficência para as participantes da pesquisa que maleficência, de forma que, a pesquisa aconteceu a partir da permissão e liberação do CEP/ENSP, recebendo aprovação CAAE 54879722.6.0000.5240.

Este projeto de pesquisa recebeu permissão do Hospital da Mulher (Prefeitura Municipal de Barra Mansa, Rio de Janeiro) para a realização da pesquisa.

Foram garantidos os princípios da beneficência, não maleficência, autonomia, justiça, liberdade, equidade e confidencialidade, de modo a ser afiançado o sigilo e anonimato dos entrevistados.

Como compromisso ético, iremos retribuir os conteúdos trabalhados e analisados nessa dissertação por meio de uma devolutiva através de uma visita de retorno, promovendo uma roda de conversa para apresentarmos às participantes os resultados obtidos.

5. RESULTADOS

“Não se cria igualdade por Lei, ainda que não se consolide a igualdade sem a Lei”

(FLEURY, 1997)

Neste momento, são apresentados os resultados alcançados a partir da realização de entrevistas semiestruturadas com os enfermeiros(as) que atuam Hospital da Mulher de Barra Mansa, que aceitaram participar da pesquisa mediante termo de consentimento. No decorrer dessa exposição, foram respondidas as seguintes perguntas que norteiam o desenvolvimento deste trabalho:

1. Levando em conta as vivências do ambiente hospitalar, como você percebe o corpo do cliente e como é a sua relação com este corpo que recebe os cuidados de enfermagem?
2. O enfermeiro está preparado para assistir a população LGBT?
3. Quais as melhores práticas de enfermagem podem ser adotadas pelo enfermeiro?
4. O enfermeiro tem conhecimento dos riscos de uma assistência ineficaz para a população LGBT?

5.1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO AMOSTRADA

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 17 enfermeiras, que equivalem a 68% do efetivo de enfermeiros atuantes na instituição. Atuam como ou já atuaram em algum momento na assistência das unidades de Emergência e Classificação de Risco, Nir, Ambulatório, Alojamento Conjunto e Tratamento Obstétrico, Centro Obstétrico. Foram excluídos oito profissionais: os que concordaram em participar, mas que não encontraram disponibilidade bem como os que se recusaram a participar do estudo. A amostra correspondeu 07 (41%) enfermeiros da Centro Obstétrico (CO), 04 (23,5 %) Alojamento Conjunto e Tratamento Obstétrico (AC), 04 (23,6%) Emergência e Classificação de Risco (CR), 01 (5,9%) Ambulatório (AMB) e 01 (5,9%) Núcleo Interno de Regulação (NIR) (**Quadro 1**).

Quadro 1. Caracterização dos participantes do estudo, Barra Mansa- RJ, 2022.

DADOS	N	%
Idade (anos)		
25-34	02	11,8
35-44	07	41,0
45-54	06	35,4
55-64	02	11,8
Identidade de gênero		
Mulher	17	100
Homem	-	-
Outro	-	-
Orientação sexual		
Lésbica	-	-
Gay	-	-
Bissexual	-	-
Heterossexual	17	100
Outro	-	-
Função/Cargo		
Alojamento Conjunto e Tratamento Obstétrico	04	23,6
Centro Obstétrico	07	41,0
Emergência	04	23,6
Ambulatório	01	5,9
Núcleo Interno de Regulação	01	5,9
Tempo de exercício na Unidade		
Menos de 1 ano	06	35,4
01 - 05 anos	04	23,6
06 - 10 anos	01	5,9
11 - 15 anos	03	17,7
16 - 20 anos	03	17,7

Tempo de Formado		
Menos de 1 ano	01	5,9
01 - 05 anos	01	5,9
06 - 10 anos	02	11,8
11 - 15 anos	05	29,5
16 - 20 anos	04	23,6
21 - 25 anos	02	11,8
26 - 30 anos	01	5,9
31 - 35 anos	01	5,9
Instituição de Formação (Graduação)		
UFF – Rio das Ostras	01	5,9
UniFOA - Volta Redonda	02	11,8
Unirio	01	5,9
UBM - Barra Mansa	12	70,8
Fupac - Itajubá	01	5,9
Com Residência ou Especialização		
Sim	16	94,1
Não	-	-
Em Curso	01	5,9
Total	17	100

Fonte: Autoria própria, 2022

Quanto às características sociodemográficas da amostra, verificamos faixa etária situando-se de 24 a 64 anos. A média de idade foi 44 anos. Todas as entrevistadas são mulheres heterossexuais. Quanto ao tempo em que exerce a função na unidade a menos de 01 ano são 35,4%; 23,6% de 01 a 05 anos; 5,9% de 06 a 10 anos; 17,7% de 11 a 15 anos; 17,7% de 16 a 20 anos. Constituem uma equipe de enfermagem em que encontramos profissionais onde o mais novo tem 04 meses de formação e o mais antigo, formado a 38 anos (**Quadro 2**).

Sendo assim, 5,9% formados a menos de um ano, 5,9% formados de 01 a 05 anos, 11,8% entre 06 a 10 anos, 29,5% entre 11 e 15 anos, 23,6% de 16 a 20 anos, 11,8% de 21 a 25 anos, 5,9% 26 a 30 anos, 5,9% de 31 a 35 anos. Suas graduações ocorreram, em sua maioria, 70,8%, no Centro Universitário de Barra Mansa (UBM), 11,8% no Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA), 5,9 se formaram na UFF, 5,9% na Fupac - Itajubá e 5,9% na Unirio.

Quadro 2. Caracterização dos participantes do estudo, quanto ao exercício profissional, Barra Mansa- RJ, 2022.

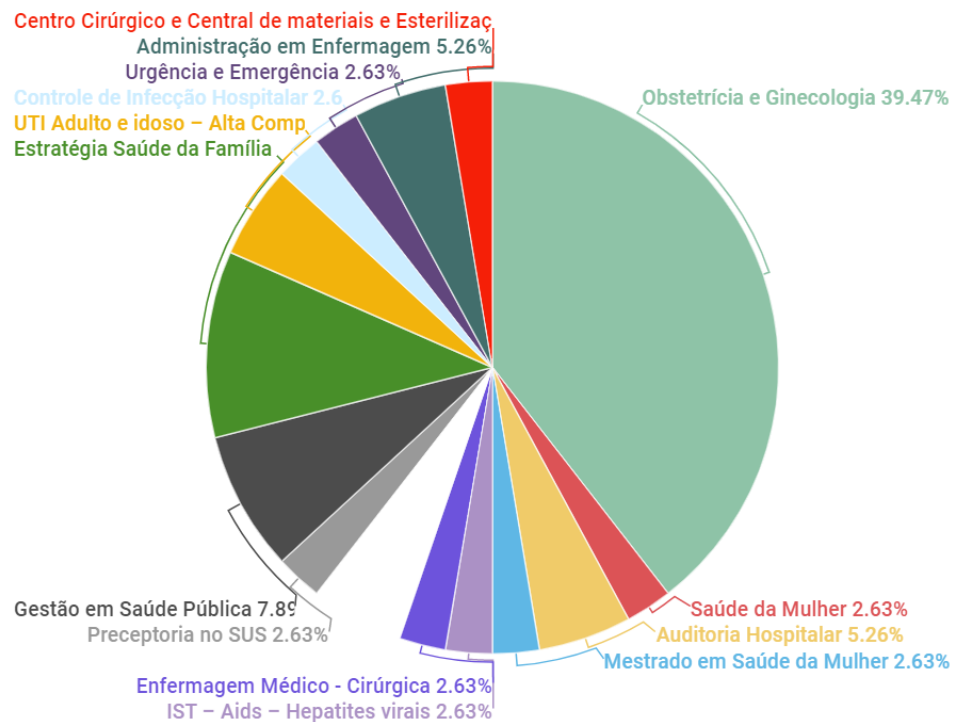
DADOS	N	%
Exercício Profissional em outra Unidade:		
Sim	13	76,4
Não	04	23,6
Em caso positivo, tempo de atuação:		
01 - 05 anos	04	30,8
06 - 10 anos	07	53,8
11 - 15 anos	-	-
16 - 20 anos	01	7,7
21 – 25 anos	01	7,7
Total	14	100%

Fonte: Autoria própria, 2022

Sobre a experiência profissional em outras unidades (**Figura 1**), 76,4% exercem ou exerceram atividade em outras atividades em outras unidades, enquanto 23,6% não passaram por esta experiência. Entre eles, 30,8% em até 5 anos, 53,8% de 6 a 10 anos, e 7,7% de 16 a 20 anos e 7,7% de 21 a 25 anos.

Estes profissionais buscaram capacitar-se e encontramos um grupo de 94,1% pós graduados e 5,9% com especialização em curso. Dentre os cursos citados encontramos as seguintes áreas: enfermagem em obstetrícia e ginecologia, Estratégia de saúde da família, Gestão hospitalar, enfermagem do trabalho, administração e auditoria, enfermagem medico-cirúrgica, enfermagem em centro cirúrgico e central de material e esterilização, enfermagem em urgência e emergência, saúde da mulher, preceptoria no sus, controle de infecções hospitalares, unidade de terapia intensiva.

Figura 1. Especializações citadas pelos profissionais da pesquisa, Barra Mansa-RJ, 2022.



Fonte: Autoria própria, 2022

Tendo em vista que esta pesquisa se propõe a identificar o conhecimento de enfermagem sobre a atenção a saúde da população LGBT, se fez necessário compreender as dimensões do acesso dos sujeitos desta comunidade aos serviços de atenção à saúde, bem como sua qualidade, na perspectiva desses profissionais e depois confrontar tais dimensões com às ações preconizadas pela Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Sabe-se que níveis de desigualdade de diversos graus na sociedade brasileira faz com que as condições de acesso dos distintos segmentos populacionais aos bens e serviços de saúde sejam desiguais, e até limitantes, dada a invisibilidade histórica LGBT nas políticas públicas e serviços de saúde. Então entrevista foi dividida em dois blocos: O papel do Hospital da Mulher na assistência na população LGBT (A) e O papel do Hospital da Mulher e a assistência a população LGBT – acesso (B).

5.2. O PAPEL DO HOSPITAL DA MULHER NA ASSISTÊNCIA A POPULAÇÃO LGBT (BLOCO A)

Superadas as questões de orientação sociodemográfica, objetivou-se neste bloco, conhecer como se desenvolve a assistência do Hospital da Mulher a população LGBT.

A partir das informações expostas, observa-se a necessidade da abordagem da saúde da

população LGBT de uma forma ampla e humanizada para que os profissionais em formação e os assistentes formados consigam entender e atender as demandas que surgem e surgirão no ambiente de atuação. Outro mais, a referida temática deve ser caracterizada como relevante para todos os profissionais que cotidianamente lidam com os sujeitos que de alguma forma são discriminados e marginalizados pela condição/orientação sexual, gênero ou identidade de gênero nos diversos espaços institucionais independente das demandas apresentadas. A partir das respostas, pudemos dividir as respostas em quatro grandes grupos.

5.2.1. Assistência Obstétrica

Entre os entrevistados, 21,2% responderam que o papel do Hospital da mulher se resume a prestar assistência obstétrica. Dentro desse contexto, toda população LGBT que procura a unidade para atendimento e acolhida e atendida como uma pessoa no período gravídico puerperal. E assim nos faz pensar a invisibilidade como um dos maiores desafios para a comunidade LGBT, pois impede o desenvolvimento de boas estratégias e planos de ação a favor de uma assistência em saúde que verse sobre universalidade, equidade e integralidade.

Padronizar e homogeneizar corpos, confronta com as lógicas de comunidades que se organizam e se fortalecem a partir de práticas de diversidade, tais como os grupos LGBT. Isso se manifesta a partir da heteronormatividade, ou seja, a visão de que apenas a heterossexualidade é normal ou correta, gerando assim violência pela invisibilidade. Que se concretiza numa forma de LGBTfobia, que entre suas muitas formas de manifestação, individuais e estruturais, contribuem para o apagamento da diversidade.

Os dados colhidos na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, citados anteriormente, nos mostra um pequeno retrato da população em questão, a partir de pessoas que se declaram LGBT. Porém, em relação aos que não responderam, devemos nos atentar que a ausência de resposta também precisa de um olhar. A não-resposta pode nos levar a pensar sobre o porquê pessoas seguem preferindo não responder a questões que foram preparadas para reconhecer suas identidades, quão acolhidas se sentiram diante de quem lhes perguntava?

Olhar a diversidade pode nos levar a caminhos de desconstrução de um mundo dividido entre masculino e feminino em que numa instituição direcionada para a assistência só tenha espaço àquelas culturalmente enquadradas. A invisibilidade apoia-se no silêncio, no apagamento e na negação das experiências e só pode ser enfrentada com o reconhecimento, olhar atento do profissional e escuta qualificada.

5.2.2. Assistência Humanizada

O documento da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais visa ampliar e garantir o acesso dessa população aos serviços de saúde através de um atendimento humanizado, respeitando assim o compromisso do SUS com seus princípios de integralidade, igualdade e equidade da assistência em saúde. Assim, o processo de humanização no SUS mediante a estratégia de acolhimento requer uma mudança no pensar e agir da comunidade, dos gestores e dos profissionais da saúde no sentido de respeitar e reconhecer o exercício da sexualidade. Este processo de mudança não é tarefa fácil diante de uma sociedade onde o padrão heterossexual é tido como norma e pode colocar em risco o direito de cidadãos e afastado estes dos serviços de saúde.

Observando as respostas, 69,2% consideram que o papel do Hospital da mulher é oferecer atendimento humanizado, que responda as demandas de maneira integral, acolhedor, livre de julgamentos, sem exposição a nenhum constrangimento, garantindo direito de assistência a quem precisar e que siga os princípios do SUS. Isto implica atender de maneira colhedora e humanizada proporcionando espaço fecundo para liberdade de expressão de sua sexualidade e demandas.

5.2.3. Não oferece atendimento voltado para o público LGBT

Para 4,8% dos entrevistados, não é comum o atendimento à população LGBT na unidade pesquisada. Sob esta perspectiva, a população em questão encontra-se em situação de vulnerabilidade com relação à garantia de direitos humanos básicos como: direito à saúde, direitos reprodutivos e sexuais, o que justifica uma política de saúde específica para estes cidadãos, visando proteger esses direitos e criar condições para que possam acessar com qualidade. O acolhimento e assistência do enfermeiro pode ser considerada como porta de acesso aos serviços de saúde sendo assim, é necessário que este profissional assista de forma humanizada conhecendo suas necessidades e vulnerabilidades específicas.

Nos faz refletir sobre como se dá o acesso os serviços pela população LGBT, bem como seu relacionamento com estes profissionais, que neste contexto se traduz em dificuldade de acesso. A contribuição da Enfermagem deve pautar-se no cuidado, com empatia e humanização para oferecer um ambiente agradável e seguro para expor suas demandas.

5.2.4. Vivência pessoal como método de trabalho

Outros 4,8% dos profissionais responderam que atuam baseado em sua vivência para atender as demandas que surgem na unidade. O enfermeiro precisa de sensibilidade para

associar o conhecimento técnico - científico e humanização a sua prática. Como a temática é emergente, é necessário ampliar o debate, saberes e práticas relacionados a sexualidade, diversidade e garantias do direito à saúde desse segmento

Esta pesquisa buscou entender como se dá o acesso desse grupo aos serviços oferecidos nesta unidade, bem como a qualidade com que este atendimento entregue ao público que busca de atendimento nesta instituição. Quando o questionamento é referente a acesso, 11,6% se recusou a responder enquanto, 5,8% acredita que o acesso está associado a práticas de trabalho na qual o indivíduo tenha espaço físico, ou geográfico, que favoreça a privacidade e liberdade para apresentar suas demandas e, assim, favorecer sua entrada para o servido de saúde. Outros 82,6%, acreditam que aceso está relacionado a forma como esse atendimento acontece, através de uma escuta qualificada e acolhedora. Em relação a qualidade, o entendimento do grupo e de que está relacionado a busca de aprimoramento como medida de busca de melhorias para alcançar um atendimento eficaz e livre de discriminação.

5.3. DIFICULDADE PARA ACESSO A ESSE SERVIÇO DE SAÚDE

Dentre as enfermeiras, 5,8% dos profissionais relatam não saber; 35,2% referiram que não existe dificuldade para o acesso a esse serviço de saúde nesta unidade, pois a instituição não nega acesso, quando o atendimento necessário não faz parte dos serviços prestados na unidade, a pessoa recebe a orientação de onde possa ir para garantir sua atenção; necessária. Um relato específico refere que quando chega um caso já com identidade social diferente a equipe é orientada quanto ao acolhimento e postura em relação a essas pessoas e a equipe consegue acolher a orientação. Não é um acesso que o profissional considere totalmente satisfatório, mas existe um movimento em acolher melhor por parte da equipe de enfermagem. finalmente 58,8% referem que sim, existe uma dificuldade de acessos aos serviços. Porém não se recordam de situações que geraram discussões e reclamações.

5.3.1. Principais dificuldades encontradas

A principal questão apontada está relacionada ao estigma de que serão mal tratados e discriminados, estando presente na fala de 41,3% dos enfermeiros; 23,5% refere que a falta esclarecimento e de escuta profissional sejam o motivo, outros 11,7% refere que o fato do nome fantasia de a unidade ser “Hospital da Mulher” e por, na maioria das vezes trabalhar com referência atrelando a questões institucionais,

Em contextos em que o profissional julgou não ter o atendimento oferecido a este grupo, 23,5% acredita que não exista essa dificuldade porque o hospital trabalha com referências e

encaminhamentos, o que de acordo comesses enfermeiros, qualquer paciente que seja referenciado ao hospital será atendido de acordo com as demandas que apresentar ou não sabe responder a esta questão.

5.4. O PAPEL DO HOSPITAL DA MULHER E A ASSISTÊNCIA A POPULAÇÃO LGBT – FOCO EM ACESSO (BLOCO B)

Interrogamos os entrevistados sobre a realidade da área de abrangência do Hospital da Mulher, buscando informações sobre a existência de público LGBT na clientela atendida e apenas um enfermeiro relatou não saber responder. Os demais referiram que a população LGBT faz parte do público atendido no hospital da mulher, em menor escala, de uma forma geral são mulheres com vínculo afetivo com outras mulheres e mulheres em processo transexualizador para homem trans.

E as demandas são relacionadas a atendimento de pré-natal alto risco; assistência ao parto e puerpério, hormonioterapia em processo transexualizador, que chegam mastectomizadas, com interesse em realizar histerectomia para cumprir parte do tratamento, e oferecido coleta de preventivo, com documentação social, com mastologista. Nas buscas online o hospital aparece ainda como referência em Barra Mansa para atendimento a profilaxia pós exposição ao HIV, homens que sofrem violência... então eventualmente existe busca por esse atendimento. Cabe ressaltar, que estas mulheres gestantes encaminhadas ao pré-natal de alto risco demandadas para esta unidade não o fazem por questões de gênero, mas quando apresentam alguma condição que aumenta o risco materno-fetal, tais como hipertensão arterial, diabetes gestacional, infecções crônicas, etc.

No decorrer das entrevistas, aqueles que já realizaram, em algum momento de sua atuação no Hospital da Mulher, relataram sobre parte da dinâmica de atendimento.

Os enfermeiros relatam que de uma forma geral, eles não se identificam como homossexuais, e quando vem referenciados pela atenção básica, eles não vêm com nenhuma referência relacionada a questões de gênero ou identidade. Quando as pessoas chegam com características masculinas mais evidentes fica mais fácil identificar. O que se observa e o perfil mais masculino ou não, a vestimenta, a presença da parceira, que geralmente ficam mais próximas, se apresenta como amiga ou familiar. Elas não se declaram, muito caladas e à medida que estabelece o vínculo com o enfermeiro, este tem liberdade para se expor ou não. É comum perceber um burburinho ou uma curiosidade entre a equipe técnica, mas sempre mantida a cordialidade. Entre profissionais menos conservadores, observa-se maior abertura em relação aqueles mais tradicionais.

Observa-se que entre os profissionais mais novos o relato de poucos ou nenhum atendimento relacionado a esse público. Mas em relação aos mais antigos, e comum relatos na assistência ao parto principalmente, de mulheres lésbicas acompanhadas por suas parceiras e pré-natal de alto risco. O mais comum foi o relato de assistência ao parto e puerpério da mulher lésbica acompanhada pela sua parceira. Onde os enfermeiros relatam que não percebeu diferença na abordagem a parturiente e sua acompanhante. Um relato interessante foi de uma enfermeira que não sabia como fazer as orientações relacionadas confecção da declaração de nascido vivo, registro da criança e licenças em relação a esse arranjo familiar.

Com relação ao preparo e capacidade para realizar os atendimentos, percebe-se no enfermeiro uma polarização. Onde de um lado estão aqueles que referem não perceber diferença no atendimento ao corpo da mulher no período gravídico puerperal e portando dispensam os seus cuidados a um corpo que possui útero e outras características femininas. De forma que se a mulher, por exemplo, não quiser amamentar. E ainda observo relato de enfermeiros que preferem se manter indiferentes ao contexto da mulher homossexual, com receio de cometer atos discriminatórios ainda que involuntários.

E de outro lado, temos o discurso de enfermeiros que buscavam demonstrar uma atitude mais acolhedora, com mais empatia, dando oportunidade de fala a essa pessoa para que pudesse expressar. o comum na maioria das falas, é uma sensação de despreparo diante das demandas que possam vir decorrentes do envolvimento na assistência.

Responderam também sobre as facilidades e dificuldades para realizar os atendimentos; e de acordo com enfermeiros, os mais experientes fazem memória de outros atendimentos bem sucedidos para assistir a esse público, fazendo orientações padrão para todas as demandas. Também acharam facilidades relacionadas a sua postura pessoal como uma forma de gerar proximidade com o público. A forma de cuidar da melhor maneira possível, ainda que impactada pelas surpresas relacionadas ao gênero, ainda sim buscavam oferecer uma assistência acolhedora. Foi pontuada como dificuldade a associação ao quadro de transtornos psiquiátricos, uso e abuso de álcool e drogas, então buscava-se outros profissionais disponíveis na unidade com maior facilidade para estabelecer um vínculo e favorecer o atendimento.

Quanto a vinculação com a unidade, houve falas de que não percebem que sentem discriminadas e abandonam o acompanhamento. As gestantes ganham seus bebês aqui, as pessoas do processo transexualizador sempre que necessitam de algum atendimento e orientação retoma o contato, de uma forma geral permanecem utilizando o serviço.

Outros profissionais acreditam que como o hospital atende em sua maioria demandas relacionadas ao período gravídico puerperal, que tempo específico de duração de 42 dias, essa

mulher não mantém vínculo com a instituição uma vez que é “devolvida” para sua unidade básica de origem.

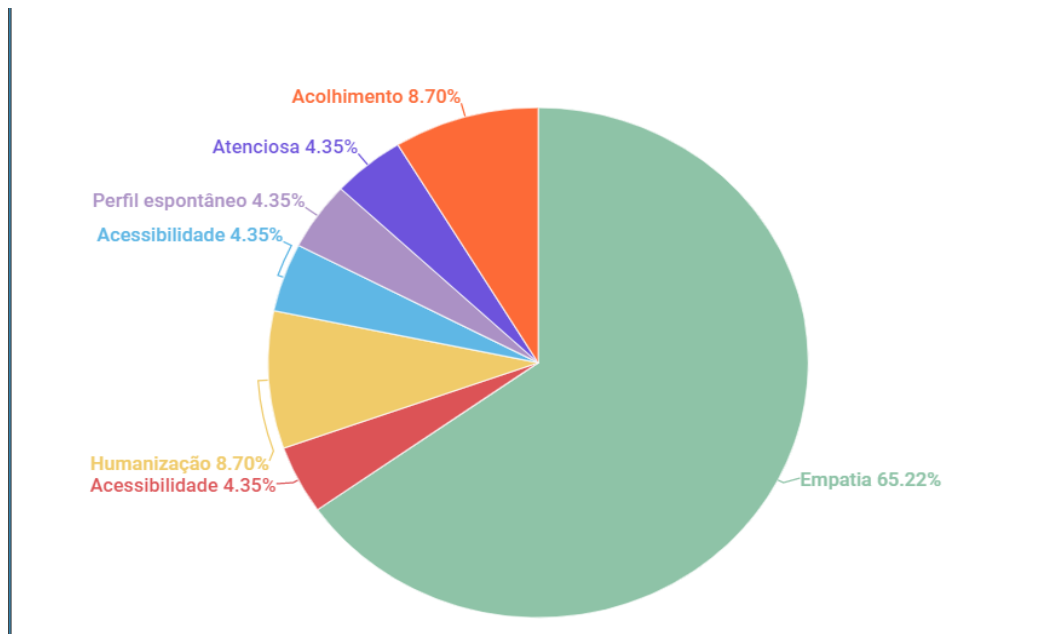
Sobre as principais demandas, no âmbito de saúde da mulher, acreditam que elas tenham demandas para uma assistência mais específica, de um olhar mais direcionado, onde possam ficar mais à vontade para falar. Porque percebem que elas ficam mais contidas, ainda não se vê como algo tão natural. Por exemplo, no pré-natal, vemos muitas mulheres e seus maridos e estas, estando com suas parceiras ficam mais separadas e destacadas, não participam das conversas de sala de espera, não fazem aquela troca comum entre gestantes, elas não participam das conversas de grávidas e de casais. Não interagem em relação a maternidade, despertando a necessidade de o serviço naturalizar mais isso, talvez através das salas de espera.

Quando o questionamento referiu a procura da unidade, também foram observadas respostas negativas, partindo do princípio de que uma vez atendida, não existe demanda de posterior para essa população no hospital da mulher. Interessante, que foi recordado numa das falas que quando inaugurou o hospital, existia, nas sextas-feiras a tarde, um momento com um psicólogo que era chamado Programa da Geni, vinculado ao programa DST/Aids. Fazendo referência a música de nome Geni e o Zepelim, composta por Chico Buarque em 1978 como parte do espetáculo Ópera do Malandro. O programa era destinado as trabalhadoras do sexo, atendia também a população LGBT e buscava abordar as principais demandas. O programa findou com a aposentadoria do mediador.

Segundo discurso, observamos profissionais que não se sentem preparados com relação a questões técnicas, pois tem dificuldades até relacionadas aos conceitos. Existe a premissa do cuidado, característico do profissional de enfermagem, porém sem formação adequada. Quais técnicas utilizar para sensibilizar, conscientizar, educar e gerar adesão ao tratamento. Alguns profissionais transitam muito bem nesse âmbito sem embaraço algum.

De acordo com a **Figura 2**, estas foram as palavras mais referidas quando foram questionadas quanto as facilidades que encontraria para conduzir os atendimentos a população LGBT. Responderam baseados em suas características pessoais e postura em serviço.

Figura 2. Facilidades para conduzir o atendimento LGBT. Barra Mansa/ RJ , 2022.



Fonte: Autoria própria, 2022

6. DISCUSSÃO

Sobre as condições de acesso ao serviço, em geral, a população LGBT demora para acessar o serviço, ou não acessa como deveria.

Ademais, podem apresentar a recorrência de muitos parceiros, envolvimento com álcool, prostituição, não se submetem a preventivo, não fazem mamografia e quando em processo transexualizador, questionando a necessidade realização de exame das mamas, preventivo ou outros para avaliação dos órgãos genitais femininos, talvez por se identificar com outro gênero (FERREIRA et al., 2022)

No âmbito da saúde da mulher, referiram uso e abuso de drogas e Infecções sexualmente transmitidas. Muitas vezes não mencionam múltiplos parceiros, e dessa forma, o tratamento não melhora ou sofrem coma reinfeção nos casos de infecções sexualmente transmitidas. Alegam que não existe uma abordagem específicas para essa população. São atendidas como pessoas que possuem útero.

O modelo da "Hora da Geni" foi uma abordagem, que apesar de ser ligado ao programa DST/Aids, findou; mas, seria uma abordagem possível. Por ter um profissional que sabe que está lidando com essa população. Mas não sabemos se temos um número dessa população justifica essa programação. E uma população invisível ainda. Vemos muito meninos e maninas jovens e mais maduros, que estão se mostrando mais na sociedade, vemos troca de carinho nas ruas, porém para os serviços de saúde ainda e como se não existisse, não sabemos a dimensão dessa população. Não devem se expor nas unidades de saúde do bairro, porque muitas vezes a família não sabe. E uma população que deve ser alvo de uma população alvo de programa de atenção.

Acreditam que parte da responsabilidade do Hospital da mulher é capacitar as equipes porque são merecedores de atenção humanizada, acolhida, precisamos criar uma atmosfera em que elas se sentam confortáveis. Deve ser horrível ficar num lugar onde vice se sente diferente de todo mundo. Hoje como e permitida a entrada do acompanhante, e interessante pensar como essa pessoa e recebida nas salas de parto, que muitas vezes não se expõe pra família e se ver acompanhando a parceira acompanhando a parceira parindo, viver essa experiência e com toda equipe olhando. Porque elas ficam desconfortáveis, a comunicação e só com o olhar, evita se tratar de forma muito carinhosa que a identifique como parceiros.

Houve relatos de que na relação das enfermeiras de sua equipe com a população LGBT já ouviram falas inadequadas, grosseiras de enfermeiros relacionadas ao assunto, tais como: tem uma mulher lá que é um homem; tem um homem na sendo atendido lá; mas já não ouvimos isso mais vejo que a equipe transita melhor durante esses atendimentos... escuto: essa é a mulher da paciente..."

Como demandas apresentadas eles referiram sobre pacientes que já eram pacientes e

hoje se assumiram homossexuais, homossexuais quem engravidam e pacientes em processo transexualizador.

Nesta unidade os enfermeiros referem que capacitação se faz necessária. O serviço de psicologia e de assistência social em nossa experiência transitam com fluidez nesses atendimentos. Os demais profissionais transitam profissionalmente, tratam o corpo no necessário, atende muito bem, mas de forma mais formal. A medida por exemplo, que o médico atua mais em atendimentos ao público, seu atendimento também se torna mais fluido.

A oportunidade das entrevistas permitiu compreender a trajetória profissional dos enfermeiros e também perceber a relação que estabeleciam com corpo para o qual dispensavam cuidados de saúde. Consoante Silva; Souza; Barreto (2014), a difusão das práticas transformadoras é um grande desafio devido ao condicionamento das organizações/sistemas a fatores complexos, como as percepções individuais e coletivas sobre inovação, além das características específicas dos sujeitos e dos fatores contextuais e políticos de uma organização/sistema. Sendo assim, a fala das enfermeiras entrevistadas refletirá o contexto em que a pessoa autora vive e suas ideologias, que são significados que se traduzem em sua expressão.

Em relação aos questionamentos envolvendo papel do Hospital da Mulher (Prefeitura Municipal de Barra Mansa, Rio de Janeiro) na assistência a população LGBT (**Bloco A**); e no atendimento a esse grupo (Bloco B), os resultados das entrevistas e observações foram organizados em torno dos seguintes eixos de análise, buscamos compreender o acesso e a qualidade desta assistência prestada tendo como instrumento de análise as respostas dos enfermeiros.

De acordo com Assis & Jesus (2012), o conceito de acesso passa pelo entendimento de que o usuário precisa ter condições de utilizar os serviços de saúde quando se faz necessário, que, por sua vez, expõe características de sua oferta em relação a demandas e de contextos que facilitam ou dificultam a capacidade das pessoas de efetivamente beneficiar-se do serviço.

E ainda, baseado nos autores supracitados, acesso está relacionado, simultaneamente, a quatro elementos: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade. E utilizar estes termos dinamizarão nossa análise das respostas dos entrevistados.

O conceito de disponibilidade corresponde a oferta de serviços em relação à procura. De forma que a demanda seja atendida. Em razão disso, dar acesso significa não diferenciar o usuário que busca acesso aos recursos e serviços de saúde. Os autores priorizam a acessibilidade física, principalmente para aqueles que moram em locais mais periféricos e distantes, garantindo a disposição mais próxima dos serviços e sem barreiras. Mas é preciso expandir esse

entendimento para a compreensão da necessidade de um fluxo de atendimento que garanta aquele que busca o serviço atendimento de suas necessidades.

A aceitabilidade que vai além de um espaço físico que atenda, mas também recursos humanos treinados, sensíveis a acolher e capazes de entender à procura do usuário; que pode ser percebida através do respeito no decorrer do atendimento e comprometido em assegurar qualidade, o quarto elemento! Esta, é caracterizada não só pela qualificação dos profissionais diante das particularidades da população, mas também pela qualidade dos serviços oferecidos. Esta qualidade é a outra ponta abordada no questionário proposto para as entrevistas. Pois não basta disponibilizar os serviços, fluxo e profissionais se este atendimento não se torna efetivo e resolve as demandas ofertadas. Esta se torna uma necessidade visto que os avanços na legislação precisam se comemorados, mais ainda não são o suficiente para garantia de direitos lá na ponta, onde acontece os atendimentos. Buscando esse atendimento diferencial e eficaz proposto, a política de saúde integral LGBT nos traz esta percepção da multiplicidade de marcadores que interferem na saúde; tais como gênero e sexualidade, que envoltos a contextos discriminatórios aumentam a suscetibilidade também a sofrimentos e desordens mentais. Segundo Rondini (2012), constitui uma relação violenta entre o usuário e os serviços de saúde.

Se desvela em barreiras para obter acesso à assistência de saúde apropriada, focada no paciente, precoce e oportuna, devido a incompreensão social, representada pela estigmatização e pela discriminação generalizada na sociedade, inclusive dentro dos sistemas de saúde, dentro de grande importância eliminar essas desigualdades (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

6.1 HOSPITAL DA MULHER E ASSISTÊNCIA À POPULAÇÃO LGBT

O SUS é certamente uma conquista no que se refere a saúde como um direito. Mas, ainda assim é preciso reconhecer os inúmeros desafios face à dimensão excludente do acesso com qualidade ao sistema público, universal e descentralizado; permeado por desigualdades. A Rede Cegonha é uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), como política de garantia desses direitos no que se refere aos cuidados à mulher e envolve planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, no parto, no puerpério e em caso de abortamentos. Consequentemente, atua para garantir acesso aos serviços de saúde, acolhimento, resolutividade, redução da mortalidade materna e infantil e promoção de um novo modelo de atenção humanizada ao parto e nascimento. Desta maneira o hospital da Mulher desenvolve suas atividades estendendo o atendimento a casos ginecológicas, atividades preventivas e resposta em parte das demandas relacionadas ao processo transexualizador.

Eu tenho um entendimento de que a gente precisa se capacitar para isso, essa demanda está mais conhecida, as pessoas se mostrando mais. E o que a gente percebe

e que as mulheres homossexuais tem necessidade de acesso ao serviço, principalmente quando elas gestam. Porque é o hospital de referência e hoje em dia a gente convive muito frequentemente com isso. A homossexualidade masculina nem tanto. Mas a homossexualidade feminina, a gente percebe que ela é uma realidade, e está muito recorrente, esta demanda essa demanda está aumentando e chegando aos serviços de saúde, não dá pra fingir que não vê... (Entrevistada 11)

Buscando na literatura, podemos observar diversas evidências sobre os avanços na adoção de políticas destinadas à saúde da população LGBT. A princípio, o Ministério da Saúde adotou ações de prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e caminhou para a evolução de políticas com intuito de combater a discriminação, o preconceito e ampliar o acesso desse grupo aos serviços de saúde. Como exemplo, a Carta do usuário do SUS que, entre outras ações, propõe um atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação. Este documento prevê também a utilização do nome social como forma de acolhimento a esta população.

A identificação pelo nome e sobrenome civil, deve existir em todo documento do usuário e usuária em um campo destinado a 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 preconceituosas (BRASIL, 2012).

Ainda que exista a garantia da utilização do nome social, é possível perceber serviços de saúde que não se adequaram e não tem os prontuários ajustados para que tenham lá o campo do nome social. É direito da pessoa, na rede de saúde, receber atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência.

Oferecer assistência humanizada e respeitosa baseada nos preceitos éticos e nas políticas de saúde voltadas à população. (Entrevistada 12)

Prestar atendimento adequado, humanizado, livre de discriminação, respeitando as particularidades de cada um. (Entrevistada 14)

Acolhimento de forma humanizada com qualidade e equidade. (Entrevistada 15)

Respostas que se relacionam com o que preconiza a portaria 2.836, de 1º de dezembro de 2011, que institui a Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, define também os objetivos, diretrizes e as competências das esferas governamentais na condução das ações. Dessa maneira, tem o objetivo geral de promoção a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e

contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

O hospital exerce papel de acolhimento e assistência. Cuidados desde o pré-natal ao puerpério. Encaminha as demandas necessárias a outros serviços. (Entrevistada 16)

Destacam-se como os objetivos específicos a garantia de uso do nome social de travestis e transexuais, ratificando o que determina a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde; a prevenção de novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e também de novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais; ampliar o acesso aos tratamentos a essas doenças e incluir o tema na formação permanente de gestores, profissionais de saúde e membros dos conselhos de saúde. Visto que é uma política transversal, onde esses conceitos precisam ser desenvolvidos na atenção básica, especializada e promoção da saúde.

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, ocorrida em 1994, a saúde reprodutiva foi definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias relacionadas ao sistema reprodutivo, tais como suas funções e processos, e não apenas a ausência de doença. A saúde reprodutiva implica, então, em uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo.

O programa para a saúde da mulher inclui ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

E baseado no programa de saúde da mulher, a maternidade em questão desenvolve essa assistência referenciando casos que não são de sua competência para os setores de interesse.

O HM (Hospital da Mulher) é referência para atendimento obstétrico e ginecológico das mulheres e sem assistência específica para essa população. (Entrevistada 10)

Dar assistência a elas como as outras, se precisar de uma assistência diferenciada, dar essa assistência de forma que não exponha essa paciente a nenhum constrangimento. Se ele entrou aqui com aparência masculina, porém grávida, conforme já tivemos casos. Ué!? Vou trata-la como gestante! Se não quer amamentar, vou respeitar o direito dela! (Entrevistada 13)

Não tenho opinião, pois não é comum o público. Atendi um casal de lésbicas como um casal comum. Foi normal. (Entrevistada 3)

O atendimento do H. M (Hospital da Mulher) não é voltado para esse público. (Entrevistada 9)

Este grupo de respostas nos faz perceber o contexto de saúde no qual se projeta a

população LGBT, sob a ótica desses profissionais. E assim compreender como a demandas dessa população e necessidades de cuidados diferenciados são relevantes para uma compreensão de saúde integral.

Durante muito tempo, especificamente, a partir da década de 80, quando o Ministério da Saúde adotou estratégias para o enfrentamento da epidemia do HIV/Aids, resultante do envolvimento dos movimentos sociais LGBT; a visibilidade da saúde desse grupo, se deu sob a ótica das infecções sexualmente transmissíveis. Esta era a via de acesso da comunidade LGBT aos serviços de saúde. Tendo em vista que se tratava de um movimento inicialmente formado por pessoas cisgênero e homossexuais, ausentes nesse processo as pessoas trans e travestis conforme relata Fachinni (2009). Mais tarde, iniciou-se um processo de percepção da complexidade desta população, conseqüentemente um aumento de suas demandas em saúde através da especificidade de cada grupo e promovendo uma política de caráter transversal, de combate as discriminações e desigualdades, abrindo vias para o processo transexualizador.

Então, quando o enfermeiro, profissional, já dito anteriormente, que se envolve do primeiro ao último atendimento nas instituições de saúde, não supera a essa lógica de saúde restrita ao HIV ou ao Processo Transexualizador não será possível atender com universalidade, equidade e integralidade. Porque este grupo não carece apenas dessas duas vias de cuidado. Vai muito além, e necessário contemplar toda necessidade fisiológica deste corpo, que hora reclama de níveis pressóricos adequados, tratamentos para as enfermidades que atingem qualquer usuário do sistema de saúde. Sendo assim, é urgente reafirmar um conceito mais ampliado de saúde que atue em conjunto com a perspectiva dos direitos humanos e de cidadania (FIGUEIREDO et al., 2009). Adota-se nesta publicação o que a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou em 1947, que define a saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade". (OPAS, 2018)

Precisamos entender que o direito à saúde não se restringe apenas a questões de doenças. A OMS diz que saúde significa bem-estar integral: incluindo direito à moradia, a trabalho, lazer, alimentação de qualidade, transitar pelos espaços. Essa ausência de direitos é se torna a principal causa de adoecimento que tantas vezes passa também pela saúde mental e exclusão social.

6.2 ACESSO E QUALIDADE NO SUS

O SUS originou-se da luta do povo brasileiro na VIII Conferência Nacional de Saúde e foi instituído na constituição de 1988. Que em seu artigo 196, estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para

sua promoção, proteção e recuperação, visando sempre à qualidade. Diante disto, pesquisou-se o acesso e a qualidade nos diferentes níveis de atenção prestados nesta unidade sob o ponto de vista dos profissionais que estão na ponta deste sistema.

Acessar os serviços de saúde está relacionado a utilização oportuna e adequada dos serviços oferecidos. Donabedian (2003) define acesso como livre acesso à entrada nos serviços de saúde, trabalhando assim com acessibilidade, que abrange uma gama maior de significados, pois está mais relacionado na dimensão da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. E apresenta dois aspectos da acessibilidade: sociais e geográfico. Onde o primeiro inclui a condição social, cultural, educacional ou econômica do usuário. Pois as características que definem o indivíduo, tais como nível educacional, bagagem cultural, crenças, sua condição social, econômica e a relação do indivíduo com o sistema de saúde farão com que esse indivíduo seja mais ou menos à vontade para utilizar o sistema, o que se traduzirá em melhores ou piores condições de acesso à saúde. E o segundo aspecto, o geográfico, se dá como uma distância física entre o usuário e os serviços. O autor ainda ressalta a importância de compreender a diferença entre acesso, uso de serviços de saúde, continuidade do cuidado e efetividade dos cuidados prestados. Porém, considera que a informação que o profissional de saúde e o paciente possuem é um importante determinante da qualidade da interação entre o sistema de saúde e o indivíduo. E desta maneira, da também importância ao entendimento de acesso como a relação estabelecida entre os indivíduos, famílias e comunidades, baseada no vínculo formado no processo do cuidar.

E neste contexto, observa-se que existe um olhar sobre acesso que o compreende como uma prática de trabalho na qual o indivíduo se organiza dentro de um espaço físico, ou geográfico, que favoreça a privacidade e liberdade para apresentar suas demandas e, assim, favorecer sua entrada para o serviço de saúde. A política LGBT, não aborda o espaço físico, mas fala de um acesso relacionado a adentrar os serviços de saúde, universalidade na disponibilidade da assistência em todos os níveis na atenção às suas demandas, acesso a desenvolvimento social como indicadores de saúde e por fim ao tratamento qualificado.

Acesso é ter um local para ser atendido. (Entrevistada 2)

Acesso tem uma questão mais física e geográfica, é ter um local para elas chegarem. E tem o acesso de você acolher, receber essas pessoas. (Entrevistada 11)

Outros entrevistados, acreditam que acesso está relacionado a forma como esse atendimento acontece, através de uma escuta qualificada e acolhedora. De forma que o usuário

receba um atendimento universal, igualitário e ordenado as ações e serviços de saúde do SUS. Como forma de reduzir as desigualdades e ampliando oferta de serviços. Desta forma, acesso aos serviços de saúde se traduz com garantia, como direitos estabelecidos e não julgados, concedidos ou não pelo profissional que o atende.

Não é o ideal não. Tanto a entrada, quanto o acesso à equipe porque (o paciente) se sente bloqueado. Devia ser mais trabalhado na recepção. A equipe, deixar as pessoas falarem mais, se expressar, para facilitar o acesso. Preparar os profissionais para aceitar o público diferente do dia a dia porque eles percebem a discriminação. (Entrevistada 4)

Facilitar a entrada desse usuário com referência e contra referência facilitada pela rede de atenção à saúde em todas as suas necessidades no princípio da equidade. (Entrevistada 5)

É promover assistência, acolhimento, sem nenhum tipo de impedimento, porta aberta, com acessibilidade, permitir estar ali, mostrar que está alia para servir ao paciente, independente da escolha sexual. (Entrevistada 14)

Comportamentos homofóbicos podem se manifestar de diversas formas, mas sempre se materializara como uma barreira que limita e muitas vezes obstrui o acesso aos serviços de saúde, que segundo nossa constituição deve estar disponível para todos. O acesso se refere à interação do sistema de saúde com os indivíduos e vice versa, estabelecendo ali, uma relação favorável no processo saúde - doença (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; OLIVER; MOSSIALOS, 2005). A saúde do indivíduo envolve diversos fatores, tais como, socioeconômico, cultural, religioso que impactam no acesso aos sistemas de saúde ocasionando desigualdades e estas, por sua impactam na utilização do serviço pelas pessoas. O acesso também é influenciado pela disponibilidade de serviços de saúde com capacidade de acolher a demanda da população.

O hospital oferece acesso porque existe uma ponta (o médico de família) que classificam (as gestantes) para alto risco e conseguem marcar e encaminhar a partir dos postos de saúde, para sífilis, hipertensão. Se é difícil marcar eu não sei. Mas, todos tem acesso, não sei se é no início do tratamento ou diagnóstico. (Entrevistada 7)

Acesso é ter atendimento com respeito e qualidade na assistência como um todo visando o bem estar do cliente. (Entrevistada 8)

Acesso é quando ofertamos serviços capazes de atender as necessidades da população. (Entrevistada 9)

Sob o ponto de vista de Carrara (2012), posturas preconceituosas e discriminatórias direcionadas aos comportamentos sexuais divergentes do padrão heteronormatizado são determinantes de saúde, uma vez que provocam vulnerabilidades específicas, constituem

barreiras ao acesso, influenciam a qualidade da atenção, e carregam forte potencial para desencadear processos de sofrimento, adoecimento e morte prematura desta população.

Mesmo que se reconheçam os avanços como a legalização da união homoafetiva, a obrigatoriedade do uso do nome social para travestis e transexuais nos serviços de saúde e a regulamentação do processo transsexualizador no SUS, ainda se percebe uma lacuna entre as ações planejadas e sua execução, sobretudo em função de resistências criadas por aspectos enraizados na nossa sociedade.

Nos discursos, está implícito a negação do preconceito e reafirmação de um acesso na unidade, (*“Mas, todos tem acesso...”*). O artigo 196 da Constituição estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado. Essa diretriz constitucional na lei orgânica da saúde 8080/90 é orientada sob a forma de três princípios do SUS, que são eles a universalidade que estabelece o acesso de todos às ações e serviços; integralidade que implica na obrigatoriedade de oferecer uma atenção à saúde de qualidade, que vai da proteção e prevenção a todos os níveis de complexidade de assistência; e a equidade que busca reduzir as desigualdades em saúde. As barreiras ao acesso criam obstáculos ao cumprimento das diretrizes do SUS, seja pelo preconceito ou pelo desconhecimento profissional em relação as especificidades da população LGBT. Evidência ratificada na 13^o Conferência Nacional de Saúde que identificou, que a orientação sexual e a identidade de gênero deveriam ser incluídas na análise da determinação social da saúde, com vistas à construção de políticas públicas, em defesa dos interesses da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT).

Desta forma, o acesso à saúde é um direito garantido por lei. Oferecido pelo sistema público ou particular, o serviço deveria atender todas as pessoas de forma humana, respeitosa e integral. Porém, essa não é a realidade de muitos integrantes da comunidade LGBT, o que nos faz pensar que muitos direitos básicos ainda precisam ser conquistados e implementados tendo em vista que ainda percebemos profissionais despreparados e inseguros para atendê-los. E, conforme percebemos, isso é manifestado pelos próprios profissionais. Nos levando a reflexão de como se dá a formação dos profissionais de saúde, pois apresentam dificuldade não enxergam esses corpos como possíveis. Não existe especialidade para tratar pessoas homossexuais, mas uma atenção especial a esse corpo que e acolhido e examinado. Observando os sinais e sintomas que ele apresenta e assim determinar os cuidados necessários dentro da competência profissional do examinador. Este é o princípio da anamnese!

[...] aqui no hospital, a gente dá acesso para elas, a gente não recusa, não discrimina. Quando chega um caso já com identidade social diferente eu já alerta as meninas: ‘olha, tem que ser chamada por este nome’. E elas acolhem a orientação. Causa uma

certa surpresa, mas agora também nem tanto. (Entrevistada 11)

Na área da saúde, existe uma preocupação constante em aprimorar conhecimentos técnicos e científicos, estimulando assim seu desenvolvimento e aumentando suas responsabilidades, de forma que o nível de assistência prestada seja qualificado. Entre os enfermeiros, esta preocupação evidencia-se através do aprimoramento da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e como etapa desse processo, a anamnese e o exame físico representam um instrumento de grande valia para a assistência, uma vez que permite ao enfermeiro realizar o diagnóstico e planejar as ações de enfermagem, acompanhar e avaliar a evolução do paciente.

E desta maneira, superada a busca por atendimento, adentrar o sistema, coloca um desafio adicional aos indivíduos e prestadores de serviços de saúde: a qualidade das ações de saúde. Pois avanços alcançados são positivos, mas não bastam, pois, todas as diretrizes e objetivos para que esse público seja melhor atendido na rede pública de saúde foram estabelecidas na política de atenção a população LGBT. Mas ainda falta dar publicidade ao profissional e capacitação para que atue livre de preconceitos.

Qualidade está associada a uma soma de condições do ato de trabalho em saúde para atender a demandas apresentadas mobilizando recursos no enfrentamento de problemas de saúde (BRASIL, 2013). Segundo Donabedian, (1980) um cuidado de qualidade é aquele que maximiza o bem-estar do paciente, após ser levado em conta o equilíbrio entre os ganhos e perdas esperadas em todas as etapas do processo de cuidado. A qualidade deve constituir-se uma busca constante nas práticas em saúde baseada em evidências, assistência humanizada e de responsabilidade de profissionais e gestores; de forma a prezar pelas diretrizes do SUS promovendo universalidade, integralidade e equidade.

Outro autor, Serapioni (2009), destaca que a qualidade depende de diversos fatores, tais como: a complexidade da concepção de saúde; variedade de atores e pontos de vista que atuam no âmbito dos sistemas de saúde; pluralidade de abordagens e metodologias na análise da qualidade; a peculiaridade das ações do setor saúde que não produzem bens, mas trabalho imaterial, resultante das inter-relações entre profissionais e pacientes e contextualizada por fatores históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais. O interesse pela qualidade da assistência à saúde é crescente e houve grandes avanços nas últimas décadas, mas ainda hoje representa um desafio para os diversos atores que operam no campo da saúde.

Apontam Ferreira et al. (2022) que a qualidade da atenção recebida pela população depende das características particulares do sistema de saúde, da infraestrutura, do perfil da equipe profissional e da organização dos serviços. Mas, o contexto histórico em que a população

e os serviços de saúde estão inseridos modelam a qualidade em saúde ao expressar a intencionalidade das políticas de saúde e das práticas profissionais, serviços de boa qualidade podem modificar desigualdades estruturais em saúde, por meio de respostas mais equitativas durante a prestação de cuidados. Com ações integrais de boa qualidade, os serviços podem contribuir efetivamente para a superação de desvantagens históricas nos indicadores de saúde de regiões e populações vulneráveis do país (FACCHINI et al., 2021).

No geral já não é grande coisa. Para eles menos ainda, tem dificuldade de buscar o serviço e a equipe e prestar assistência ideal. (Entrevista 4)

[...] Qualidade é como é oferecida essa assistência baseada em quais instrumentos éticos, políticos e legais. (Entrevistada 12)

Qualidade seria a equipe estar preparada e dar o seu melhor na assistência. (Entrevistada 15)

Entra na questão da satisfação das necessidades da pessoa, dentro daquilo que ela está te trazendo. Ser resolutiva com aquilo que ela apresenta. Volta a questão da assistência humanizada e acolhimento. Referenciar, participar, aqui no hospital ou externamente. (Entrevistada 14)

A qualidade dos serviços de saúde é preocupação recorrente associado à melhoria do cuidado no sistema de saúde. Apesar das dificuldades operacionais em face da complexidade inerente ao conceito de qualidade do cuidado, o seu monitoramento contínuo é essencial ao bom desempenho na assistência, pois o cuidado ao paciente deve representar a missão central das instituições de saúde e de seus profissionais. E um medidor importante para se alcançar êxito, é considerar a experiência do paciente como peça fundamental neste processo. Pensar qual efeito aquela assistência produziu naquele que busca o serviço, se foi local de acolhida e escuta.

6.3 NÃO RECOMENDADO A SOCIEDADE!

A frase acima, letra de música, de Caio Prado, citada por Paiva (2020) em sua obra, expressa um cotidiano de marginalização e invisibilidade o que aumenta a vulnerabilidade baseados em formas e padrões de comportamentos presumidamente heterossexuais.

Não sei, nunca recusamos ninguém. (Entrevistada 3)

Quando o profissional enfermeiro refere não saber se existe ou não dificuldade de acesso aos serviços de saúde, se faz necessário a compreensão de que a saúde é um direito universal homologado na Constituição Federal do Brasil de 1988. E se consolida através do SUS, pela

promoção de saúde a todos, inserindo tanto os cuidados básicos quanto os mais complexos, sempre por meio da universalidade, integralidade e equidade. Entretanto, mesmo preconizado por lei e após a implantação da Política Nacional de Saúde Integral a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, o acesso à saúde para a respectiva população ainda sofre grandes obstáculos e diria até mesmo invisibilizada, marginalizada. A proposta desta pesquisa trouxe a diversos entrevistados, a possibilidade de refletir sobre este grupo descrito e como esse profissional se posiciona em relação a quem recebe seus cuidados e possibilitando o despertar para um olhar de não exclusão. E pensar sexualidades distintas do padrão heterossexual, nos direciona a entender que existem vários posicionamentos sexuais que diferem do esperado culturalmente. Em consequência disso, indivíduos LGBT possuem demandas que vêm sendo invisibilizadas por conta da discriminação existente.

Não em relação ao hospital receber, mas por um receio de como será recebida. (Entrevistada 1)

Sim, porque o nome Hospital da Mulher não favorece o acesso. (Entrevistada 2)

O paciente se sente bloqueado! No geral, até para perguntar buscam palavras, tentam trazer um argumento diferente para ser aceito... parece que se sentem inseguros pra perguntas, tirar dúvidas. Enquanto não houver mudança da mente, não teremos qualidade. É sobre respeitar a decisão do outro, respeitamos entre aspas, porque dá vontade de intervir, mas precisamos melhorar na aceitação e na abordagem. É um tema do qual ninguém quer falar pra não ter que expor que é contra. Eu percebo uma necessidade de estudar mais sobre o assunto para prestar uma assistência com mais qualidade. (Entrevistada 4)

Sim, apesar de várias conquistas dos últimos anos... (Entrevistada 5)

As vulnerabilidades relacionadas as pessoas LGBT estão associadas ao preconceito, omissão de direitos, ao estigma social, à invisibilidade e à dificuldade de acesso aos serviços de saúde que se constituem como as principais barreiras para a não efetivação de um bem-estar biopsicossocial, necessitando-se, assim, da implementação de políticas públicas para a promoção da saúde e a redução de LGBTfobia³ nos cenários de saúde.

A dificuldade em reconhecer a existência dessa população precisa ser superada, como medida para reduzir o apagamento imposto a essa população nos serviços de saúde, que já vive a dificuldade em comparecer aos serviços de saúde. Baseados na certeza de que a relação será permeada pelo preconceito. No entanto, devemos entender que um serviço de saúde também se recusa a atender esse público a partir de uma oferta precária de cuidado direcionado a elas, que por outro lado, recusam o atendimento como tem sido ofertado.

³ se refere a todo e qualquer tipo de intolerância e aversão as pessoas que não são heterossexuais e cisgêneras.

Preconceito, falta de acolhimento por parte dos serviços prestados. (Entrevistada 10)

Preconceito, falta de empatia, desrespeito, inacessibilidade a escuta e olhar atento as dificuldades sociais, econômicas, emocionais entre outras tantas que existem. (Entrevistada 5)

Conforme Santana et al. (2020), a vivência da população LGBT é envolta por preconceito, intimidação, práticas desumanizadas e antiéticas por parte dos profissionais de saúde, além do despreparo dos profissionais no atendimento as suas especificidades. E como consequência, omitem sua orientação sexual ou identidade de gênero, retardam o acompanhamento em serviços de saúde devido ao medo da repulsa e ao enfrentamento de obstáculos no atendimento.

E contemplando a atuação da enfermagem, ela é responsável por promover práticas voltadas a promoção do bem-estar, pois está presente em todas as etapas do processo de saúde e doença, como, prevenção, reabilitação da saúde e outras práticas e têm a incumbência de realizar os primeiros socorros à pacientes de alto grau de complexidade em todas as unidades de saúde, sejam elas públicas ou privadas. Dessa forma, o enfermeiro capacitado é ator importantíssimo na identificação dos fatores que interferem e prejudicam as pessoas LGBT no processo saúde-doença, e compreensão dos inúmeros obstáculos que dificultam sua procura e adesão aos serviços de saúde. É interessante observar que formam relacionados relatos de enfermeiros de que não existe dificuldade para acessar os serviços de saúde oferecidos na unidade, visto eu a instituição não nega o acesso (agendamentos) e as demandas não contempladas pela oferta de serviços são orientadas e referenciadas.

Não, pois temos uma facilidade na ponta com o médico de família. (Entrevistada 7)

Não. O hospital atende e dá acesso ao serviço, independente da sua orientação sexual. (Entrevistada 16)

Quando falamos sobre a saúde da população geral brasileira, ainda são observados grandes traços de iniquidade, com evidentes desigualdades que restringem acesso aos serviços de saúde essenciais. Apesar da legislação em saúde, que prevê acesso universal, igualitário e integral, (BRASIL, 1988), a garantia da equidade ainda não contempla o idealizado, impactando diretamente, nos grupos em vulnerabilidade social, resultando em lamentáveis consequências no perfil de morbimortalidade quando comparado ao de outras populações (DANTAS et al., 2021).

A Pesquisa Nacional de Saúde do Brasil (2019), é um inquérito de base domiciliar de âmbito nacional, que objetivou conhecer a situação de saúde, os estilos de vida, o acesso aos

serviços de saúde da população e seu uso, segundo região de moradia, sexo, raça e cor, permitindo, inclusive, caracterizar o acesso aos serviços de saúde brasileiros. E nos revela que apesar dos avanços observados, ainda permanecem muitos desafios no desenvolvimento de políticas efetivas que priorizem a equidade no acesso à saúde. Esta pesquisa não avançou além da identificação do sexo como masculino e feminino, mas ainda assim nos direciona para uma dificuldade em acessar os serviços de saúde. E que nos fazem pensar em proporções maiores e agudizadas quando a população em questão é a população LGBT. Esbarramos em mais ausências, mais silêncio nos atendimentos, em mais constrangimentos.

“Às vezes a gente tem até dificuldade de identificar, mas depois a gente vai percebendo. E elas (as pacientes) não se declaram, ficam muito caladas, nem sempre elas falam, só depois de um tempo, quando elas têm mais familiaridade elas falam. Nunca ninguém chegou para mim e disse, eu quis vir e não consegui. Nas demandas de pré-natal elas não vêm para a gente identificadas. É uma gestante! Depois que chega observamos mãozinhas dadas, uma coladinha na outra..., mas só quando ela desenvolve risco é que ela vem. A gente identifica quando elas chegam, as vezes uma entra e a outra(parceira) não quer entrar, então a equipe incentiva (a participação na consulta). Acolhe a acompanhante. As meninas da pré-consulta são muito boas, acolhem muito bem.” (Entrevistada 11)

“Se tivéssemos uma educação continuada, quando chegasse casos, as pessoas não se assustariam.” (Entrevistada 7)

Moser (1998), relaciona a disponibilidade dos recursos materiais e simbólicos dos atores e o acesso a estrutura de oportunidades do meio em que vive, cujo descompasso torna-se empecilho à ascensão social desses mesmos atores. Compreende-se, portanto, a vulnerabilidade como uma conjunção de fatores, sobrepostos de diversas maneiras e em várias dimensões, de modo a tornar o indivíduo ou grupo mais suscetível aos riscos e contingências.

6.4 PRÁTICAS ASSISTENCIAIS E SENSO COMUM

É preciso que os serviços de saúde disponham de profissionais capacitados para o atendimento às mulheres, considerando a possibilidade de parte da clientela ser composta por mulheres que fazem sexo com mulheres, bissexuais e homens transsexuais. Isso é necessário para atender às demandas dentro de suas especificidades, e respeitando seus direitos de cidadania.

Uma assistência seguindo todas as premissas do SUS de forma humanizada, acolhedora, livre de julgamentos. (Entrevistada 2)

O hospital tem um papel muito importante pois presta atenção à saúde da mulher. A lésbica, que utiliza o sistema público e engravida, vai acabar no atendimento de pré-natal, parto, pós parto, alojamento conjunto ou tratamento obstétrico. (Entrevistada 6)

A humanização na assistência, passa por esse entendimento e compreende pelo menos

dois aspectos fundamentais. O primeiro é responsabilidade da unidade de saúde receber com dignidade a mulher e seus familiares. O que exige postura ética e empatia por parte dos profissionais de saúde além da organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor. O outro passo, inclui a adoção de rotinas procedimentos institucionais que focados neste objetivo de promover o bem, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não trazem benefícios.

A enfermagem, como porta de entrada nos serviços de saúde desempenha papel essencial quando se apropria de conhecimentos necessários para a prestação de cuidados para com esse grupo. Desde que esteja preparada e revestida de humanização, para alcançar os resultados que atendam a demanda que a diversidade sexual, de gênero e as demais características das pessoas desse grupo geram. Traduzindo em cuidado humanizado a inclusão dessa população.

6.5 PRIMEIRAS IMPRESSÕES

Devido a não adequação do gênero ao sexo biológico ou à identidade sexual heteronormativa, a população LGBT, historicamente é submetida a situações de vulnerabilidade, decorrentes do preconceito e do estigma social. Como enfrentamento a esses desafios, que se tornam indicadores de agravamento de saúde dessa população, o Ministério da Saúde reconheceu que a identidade sexual e de gênero são constituintes de um processo complexo de discriminação e de exclusão. Sabe-se que níveis de desigualdade de diversos graus na sociedade brasileira faz com que as condições de acesso dos distintos segmentos populacionais aos bens e serviços de saúde sejam desiguais, e até limitantes.

Pela postura da pessoa, jeito de falar, comportamento físico, sou observadora. (Entrevistada 4)

Pela equipe. (Entrevistada 8)

Pela própria paciente e outras vezes pelos comentários da equipe. (Entrevistada 12)

Eu soube pela forma física, vestimenta, forma de se comportar simplesmente a gente viu e percebeu que ela tinha uma parceira. (Entrevistada 13)

Segundo Lionço (2008), a comunidade LGBT assume estilo de vida e práticas sexuais que confrontam os padrões heteronormativos. Desta forma experimentam uma vulnerabilidade no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, o que não, necessariamente, tem relação com uma suposta característica intrínseca com sua orientação sexual ou identidade de gênero. Além disso, quando recorreremos à política de atenção à saúde da mulher (2014), percebemos

que esta menciona este grupo em apenas um tópico do texto, sem menção alguma de operacionalização concreta de ações relacionadas à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. Esse silêncio faz com que essa política específica para as mulheres tome a heterossexualidade como regra, ignorando a pluralidade da sexualidade feminina. E mostra também que não alcança a realidade delas e assim, impacta nas condições para o livre exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

Geralmente numa abordagem com uma escuta e olhar atentos e com empatia eles falam (Entrevistada 5).

Geralmente, como atendemos mais mulheres, elas já chegam falando. Foi espontâneo. Se fosse um serviço com homens homossexuais, acho que não teriam tanta abertura. Ficam mais abertas por serem mulheres sendo atendidas por mulheres (Entrevistada 14).

A gente identifica quando elas chegam, ora elas falam, ora não, a gente que vai percebendo. Porque as vezes uma entra e a outra (a parceira) não quer entrar, aia as meninas na pré-consulta são muito acolhedoras, algumas já estão a muito tempo, então elas acolhem muito bem (convidam para participar) (Entrevistada 11).

Na assistência de enfermagem, a percepção aos sinais falados ou não, somadas ao olhar individualizado leva a adequação do cuidado à necessidade do seu assistido. Que é o objetivo do processo de enfermagem. E ainda, conforme o autor citado acima, a inclusão e o reconhecimento do gênero e da sexualidade como marcadores sociais da diferença que incidem na determinação do processo de saúde-doença da população LGBT produziu um cenário de novos desafios, visto que esse conjunto de letras (LGBT) reflete as diferentes identidades sexuais. O entendimento de que a sua saúde demanda uma atenção específica e humanizadora dos profissionais que trabalham no âmbito da saúde, permite a compreensão e a apreensão da realidade em que estes sujeitos estão inseridos e das causas que mais incidem nas formas de adoecimento.

6.6 JÁ ATENDEU ALGUÉM DA POPULAÇÃO LGBT?

Este questionamento precisa nos fazer refletir a respeito da assistência prestada, não só pela enfermagem, mas também por qualquer profissional. Pois a invisibilidade consiste numa forma de segregação do outro devido a uma diferença essencial que é negada ou não aceita socialmente. Literalmente não serem vistas ou não serem reconhecidas apesar dos avanços e conquistas, esse grupo persiste à margem e experimenta seus direitos continuamente violados através do silenciamento decorrente do preconceito institucional atravessado pela noção cultural heteronormativa.

Isso nunca foi colocado, nunca voltamos o pensamento para essa área (Entrevistada 6).

Em seu texto, o Ministério da Saúde reconhece que há a necessidade de inclusão das mulheres lésbicas quando diz que a agenda de necessidades de saúde desse grupo populacional diz respeito, dentre outras, ao atendimento na área da ginecologia, em que os profissionais partem do pressuposto de que a vida sexual ativa das mulheres é sempre de caráter heterossexual (BRASIL, 2004).

No caso específico da invisibilidade social que atinge as pessoas que possuem orientações sexuais, identidades sexuais e/ou identidades de gênero não heterossexuais convencionais, a falta de compreensão e de aceitação de grande parte da nossa população por motivos que vão da falta de informação até razões religiosas, coloca ainda, apesar de todos os avanços, a maior parte da comunidade LGBT à margem da sociedade e, conseqüentemente, em uma situação de fragilidade e de invisibilidade social.

Que por sua vez, se traduz em intolerância às diferenças sexuais e de gênero, ausência de direitos sociais básicos, desigualdade de oportunidades no mercado de trabalho, nas limitações à expressão espontânea de afeto em público, ou ainda, no discurso de ódio travestido de liberdade de expressão em relação aos diferentes subgrupos que integram a comunidade LGBT, e que são expressos na forma de piadas, brincadeiras depreciativas levando a isolamento, autoestima afetada negativamente.

O profissional que os enxerga e entende, se torna parte de um processo essencial para ajudá-los a reconhecer essa realidade e motivá-los a na busca por espaços de cuidado onde são sujeitos, indivíduos. A tradicional divisão sexual em homem e mulher não representa toda a gama de possibilidades de construções identitárias que os seres humanos possuem. Então, para acabarmos com a invisibilidade em relação ao sexo e ao gênero, necessariamente, deveríamos recorrer a uma nova ordenação social destes aspectos em que não estivéssemos fixados por uma determinação de natureza biológica ou cultural.

6.7 OUTROS RELATOS DE ATENDIMENTOS

É urgente que os serviços de saúde disponham de profissionais capacitados para o atendimento às mulheres, considerando a possibilidade de parte da clientela ser composta por mulheres que fazem sexo com mulheres, bissexuais e homens transsexuais. Como estratégia para atender às demandas dentro de suas especificidades, e respeitando seus direitos de cidadania através de um processo humanizado, livre de discriminações, preconceitos,

desinformação sem acolhendo aspectos técnicos e científicos.

Normal, um casal de mulheres esperando pelo bebê (Entrevistada 2).

Teve um caso de internação onde a parceira da paciente tinha feições masculinas; chamava a atenção por se comportar como homem e também por agitar a enfermeira, querendo aparecer, falando muito. Não abordei, não deixei claro o incômodo, deixei fluir e ele se controlou por meios próprios (Entrevistada 4).

Vivi uma experiência de atendimento à mulher lésbica, e observei que a funcionária tinha dificuldade em fazer o preventivo por causa da introdução do espéculo. E isso deve também incomodar outras mulheres que não tem relacionamento com penetração. A funcionária em questão precisou tomar um relaxante muscular para se acalmar e conseguir fazer o exame. Sinto que é um ponto difícil, pois assim como ela teve essa dificuldade, tem outras que acabam não realizando o preventivo (Entrevistada 6).

A realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero (OMS, 2010). Atingir alta cobertura da população definida como alvo é o componente mais importante no âmbito da atenção primária para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero. A história natural do câncer do colo do útero geralmente apresenta um longo período de lesões precursoras, assintomáticas, curáveis na quase totalidade dos casos quando tratadas adequadamente.

Países com cobertura superior a 50% do exame citopatológico realizado a cada três a cinco anos apresentam taxas inferiores a três mortes por 100 mil mulheres por ano e, para aqueles com cobertura superior a 70%, essa taxa é igual ou menor que duas mortes por 100 mil mulheres por ano. Mulheres lésbicas e bissexuais devem então, realizar exame de prevenção de câncer de colo uterino, o Papanicolau, seguindo as mesmas orientações para mulheres com relações heteroafetivas. O primeiro exame de Papanicolau deve ser coletado a partir dos 25 anos de idade. Se o exame for negativo, pode ser colhido a cada 3 anos. A prevalência de infecção pelo vírus do HPV, que está relacionado de forma direta com a incidência do câncer de colo uterino, é relativamente menor em mulheres que se identificam como lésbicas se não tiveram relação sexual peniana ao longo da vida. Mas não estão livres da possibilidade de ter o tipo do vírus oncogênico (que pode evoluir para o câncer de colo uterino), por isso é necessário seguir o rastreamento também (INCA, 2016).

É importante um ambiente acolhedor onde a mulher se sinta à vontade para partilha de seus hábitos sexuais para que o profissional possa buscar a integralidade nas orientações e condutas no decorrer do atendimento. O desconhecimento sobre a oferta de cuidado específico para essas mulheres revela condutas e orientações desalinhadas de evidências científicas. A negligência profissional com o rastreamento nesta população, medo de violência institucional e dificuldade no acolhimento afasta essa paciente do cuidado com a sua saúde.

Teve um caso em que a parceira queria seu nome na folha de DNV (Declaração de Nascido Vivo), no lugar do nome do pai. Mas não foi feito porque não tinha

informação sobre essa demanda. A parceira dizia que uma advogada orientou que tendo o nome na DNV, conseguiria registrar o bebê no nome das duas... hoje não sei se esse caso foi resolvido. Me senti despreparada, porque não sabia responder sobre essa demanda e outras dúvidas. Se pode ter direito a licença sendo parceira (Entrevistada 7).

A Declaração de Nascido Vivo A Declaração de Nascido Vivo (DNV), é um instrumento instituído e padronizado pelo Ministério da saúde desde 1990 e de uso obrigatório em todo o território nacional. Os formulários são pré-numerados, apresentam – se em três vias e devem ser preenchidos para todos os nascidos vivos, sejam eles nascidos em hospitais, maternidades, serviços de urgência/emergência, domicílio, vias públicas, veículos de transporte, ou outros. Sendo que a 2ª via deve ser entregue à parturiente ou ao responsável legal para ser utilizada na obtenção da Certidão de Nascimento junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento. Ainda que tenha validação nacional, não substitui a Certidão de Nascimento. Amparado pela Lei nº 12.662 de 05 de junho de 2012, tornou-se documento de identidade provisória, aceita em todo o território nacional, de forma a garantir o direito de acesso aos serviços públicos que cada brasileiro tem ao nascer, até que a certidão de nascimento seja registrada em cartório.

O documento coleta informações sobre a ocorrência dos nascimentos, dados da mãe, da gestação, do parto e do recém-nascido, tais como peso ao nascer, condições de vitalidade, prematuridade, identificação materna e paterna, dados do pré-natal, malformações ao nascer, entre outros. E assim permite conhecer o perfil dos nascidos vivos, contribui para o planejamento de ações para melhoria além de servir de base para o registro civil da criança. Portanto, é preciso entendimento, atenção e precisão por parte dos responsáveis pelo preenchimento desta declaração (BRASÍLIA, 2001).

Em 2017, o Conselho Nacional de Justiça determinou alterações no layout da Declaração de Nascido Vivo e no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, de forma que nas certidões de nascimento emitidas no Brasil seja contemplada a filiação, independente da identidade de gênero, como nos casos de reprodução assistida, casais transgêneros, união homoafetiva e outras situações similares. Dessa forma, ficou regulamentada a não utilização dos termos “pai” e “mãe”, devendo constar apenas no campo “Responsável Legal” o(s) nome(s) do(s)/da(s) genitor(es/as), bem como não se deve fazer referência aos complementos “maternos” e “paternos”, no que diz respeito aos ascendentes, justamente para incluir famílias LGBTQIA+.

Determinar ao Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância da Saúde (SVS/MS), que, no prazo de 30 (trinta) dias: proceda à alteração do *layout* da DNV para que faça constar da declaração a categoria “parturiente”, independente dos nomes dos genitores de acordo com sua identidade de gênero. Isso possibilitará, ao mesmo

tempo, o recolhimento de dados para a formulação de políticas públicas pertinentes e o respeito à autodeclaração de gênero dos ascendentes; Ordenar ao Ministério da Saúde que, no prazo de 30 (trinta) dias: estabeleça diretrizes para, em conjunto com as Secretarias de Estado da Saúde e com as Secretarias Municipais de Saúde, gestoras estaduais do SIM e do SINASC, orientar as unidades notificadoras a alimentarem os registros pertinentes considerando a categoria “parturiente”, independente dos nomes dos genitores de acordo com sua identidade de gênero (STF 2017, *apud* MINISTERIO DA SAÚDE, 2021).

O ministério da Saúde orienta que, sobre as alterações no *layout* da DNV, existem ainda formulários impressos de versões anteriores em estoque nos estados e municípios, de forma que ocorrerá a circulação simultânea dos dois modelos de DNV, quais sejam, os formulários impressos antes e após 2020. Sem que haja necessidade de descarte de formulários do modelo anterior, tendo em vista que a alteração representa apenas uma mudança na forma de coleta de campos já existentes, mantida a garantia da continuidade das séries temporais de dados do SINASC (MINISTERIO DA SAÚDE, 2021). Desse modo, todos os profissionais que são reesponsáveis pelo preenchimento deste documento devem ser orientados e capacitados sobre as alterações, bem como os cartórios brasileiros são obrigados a registrar crianças com base nestas alterações, entende-se que o não cumprimento da lei caracteriza homofobia institucional.

6.8 HABILIDADES PERCEBIDAS

É urgente a conscientização dos agentes de saúde quanto às consequências individuais e sociais da homofobia. O acesso dessa população aos serviços de saúde se mostra permeado pelo despreparo e receio profissional em atender suas demandas, isso porque a relação profissional de saúde – paciente já está maculada e assim gera obstáculo a disponibilização de políticas de educação em saúde, promoção e prevenção. Em decorrência, afeta do julgamento do paciente sobre a credibilidade do sistema de saúde e impede que os usuários solicitem exames de saúde voluntários e atentam contra o direito a saúde.

Nunca estou preparada para atender em nenhuma situação, porque preciso me transformar. Tenho medo de fazer uma abordagem normal e ferir alguém, dar alguns vacilos e gerar transtornos. Busco atender com respeito e um pouco mais formal. Mas por medo de ofender e fazer uma fala mal interpretada. Com outras pacientes eu consigo ser mais solta (Entrevistada 4).

Essa fala revela o sentimento de insegurança no cuidado em saúde prestado por alguns profissionais de saúde no sistema público, reflexo do despreparo e que muitas vezes não é ‘percebido’ pela instituição como uma necessidade tendo em vista prestação de atendimento de qualidade às minorias sexuais numa sociedade heterossexista, o que se converte em vulnerabilidades, à medida que as afastam do serviço, em consequência do atendimento

prestado de maneira insuficiente ou seccionado. Uma atenção em saúde de qualidade deve priorizar o bem-estar do paciente, com a aplicação de conhecimentos científicos e também de recursos tecnológicos que resolva seus problemas de saúde, mantendo uma relação saudável entre o profissional de saúde e o paciente, com base no respeito, no acolhimento e no atendimento humanizado.

O identificar é mais fácil, mas para o cuidado e acolhimento não estamos preparados (Entrevistada 4).

A assistência integral é uma diretriz que se articula em torno da qualidade da atenção em saúde, na prática de cada profissional que deve adotar uma postura acolhedora, compromissada e integrada com a equipe em um esforço multidisciplinar em prol da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde do usuário. A falta de acessibilidade aos serviços de saúde juntamente com a incerteza de um acolhimento humanizado e de um atendimento livre de qualquer tipo de discriminação, podem ser um dos grandes obstáculos para o tratamento de pessoas com orientação sexual e identidade de gênero que fogem ao padrão heteronormativo.

Porque a única procura é a mulher para assistência obstétrica (Entrevistada 3).

A Política Nacional de Saúde LGBT tem como objetivo promover a saúde e respeito ao grupo LGBT, contribuindo para a redução das desigualdades do SUS. Tal política tem como foco reconhecer as dificuldades que esse grupo passa por conta da orientação sexual e identidade de gênero, que de forma hostil, reflete no processo de discriminação social no qual estão expostos. Contudo, essas ações não foram integralmente acolhidas no cotidiano dos profissionais de saúde e das instituições impedindo o acesso universal à saúde, contribuindo para o aumento constante da violência e doenças que são expostas.

Dessa forma, ao falar sobre os direitos e as políticas públicas de saúde para esse determinado grupo, os profissionais de saúde, mais precisamente a equipe de enfermagem, devem se sentir motivado a pensar diferente, procurando não se limitar nos seus costumes que foram construídos de forma padronizada na sociedade, mas sim, se desafiar a sair da zona de conforto ao atender esse grupo buscando qualidade no serviço prestado.

Conduzi de forma natural como acho que é (Entrevistada 2).

A enfermagem tem papel fundamental quando o assunto é saúde, porque está presente em todo serviço, sendo uma profissão que educa, promove proteção e prevenção da mesma. Como protagonista nos serviços de saúde, tem como importante papel se apropriar de

conhecimentos necessários para ter um cuidado integral, que por muitas vezes a falta de acolhimento os afasta. Entretanto, uma grande parte desses profissionais são alheios aos direitos LGBT, gerando exclusão dos mesmos, ainda que involuntariamente, é urgente uma atuação no cuidado com visão ampla e respeitosa ao se tratar da singularidade de cada indivíduo. Desconhecer ou negligenciar esse conhecimento impacta na qualidade de vida dessa população e produz experiências de atendimento desagradáveis e permeadas medo, seja da parte profissional ou pelo público atendido.

Não percebo, pois a minha forma de atender as pacientes 'normais' é sendo brincalhona, espontânea buscando resolver os problemas, ... tenho medo das possíveis formas de interpretações, ai travo! Porque já vi escândalos gerados por má compreensão causando transtornos (Entrevistada 4).

O juízo prematuro dos profissionais também promove a homofobia institucional que além de ser um fator de adoecimento é um problema ético. Diante disso, os enfermeiros devem estar conscientes de que a pessoa atendida pode não ser heterossexual, desse modo, a individualidade deve considerar a ampla diversidade sobre identidade de gênero cabendo ao profissional, desenvolver práticas educativas, de acolhimento, que ultrapassam a visão patológica. Com base nisso, se deve garantir o acesso universal e contínuo, acolher, vincular e entender o usuário no cuidado em saúde. Precisam se apropriar em conhecer as necessidades, escuta qualificada, compartilhar vivência e saberes sobre o que entendem e percebem e assim, prestar o cuidado necessário. Para os profissionais de saúde, é um desafio assistir um paciente LGBT, pois possuem pouco conhecimento ao falar sobre.

É notório que há uma necessidade urgente da formação profissional sobre estas pessoas. Incluindo temas como a identidade de gênero, sexualidade, gênero e sexo, a fim de que seja atendido de forma eficaz com o olhar amplo do que o paciente está demandando naquele momento. Assim, se faz importante o conhecimento científico acerca da assistência de enfermagem, porém muitas vezes acham um assunto polêmico e deixam com que seus próprios valores e crenças se distanciam desse cuidado.

De uma forma gera, a equipe de enfermagem é limitada ao entender as categorias de identidade sexual, o que pode causar uma inutilidade na prestação de serviços, sendo assim, os mesmos não levam em conta as questões de sexualidade em usuários LGBT devido à falta de conhecimento e ao treinamento deficiente. Mas, a partir desse entendimento, deve superar suas próprias crenças e valores, respeitando diferenças e refletindo sobre os padrões heteronormativos, garantindo assim, humanização no atendimento.

6.9 DESAFIOS

No âmbito das reflexões sobre acesso da população LGBT a serviços de saúde fundados nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, nota-se que orientação sexual e identidade de gênero, não devem ser cogitadas como atributos identitários ou marcadores sociais únicos, já que necessariamente se articulam de formas diversas. Então, pode-se pensar o sujeito não apenas como lésbica, bissexual, mas como um indivíduo que necessita e tem por direito ser acolhido de forma integral. Por isso, atitudes discriminatórias podem induzir a omissão da orientação sexual e das práticas sexuais, que transitam desde o medo de serem julgadas até a falta de um ambiente seguro para a comunicação entre o profissional e paciente. A não revelação pode implicar diretamente assistência deficitária.

Sim, não entrei muito na questão por receio de constrangimento (Entrevistada 2).

Medo de ser mal interpretado (Entrevistada 4).

É um desafio que essa temática seja discutida em salas de aula, em ambientes de trabalho, através da educação continuada, ou em pesquisas para que os sistemas de saúde sejam sensibilizados e humanizados. Durante a formação profissional e educação permanente é preciso que haja uma discussão sobre a assistência à saúde.

Reconhecer as deficiências na assistência, o despreparo, a discriminação, e enfrentá-los buscando mitigá-los, é uma tarefa que exige esforço e dedicação. Visto que conforme relatos de enfermeiros entrevistados a demanda não é percebida. E, dessa forma, tida como desnecessária. Então, adota-se uma postura de negação, onde não é necessário falar, estudar sobre e responder a necessidades apresentadas, ou ao menos encaminhá-las.

A compreensão de que a Metanoia, mudança de mente, precisa acontecer para eliminar a visão padronizada e engessada sobre sexualidade. Refletir e se sensibilizar ao assistir pessoas desse grupo tendo que é um ganho cada usuário bem atendido pelo serviço.

6.10 ESTABELECENDO DE VÍNCULO COM A UNIDADE

Para o enfermeiro alcançar tal objetivo é necessária dedicação determinante, além de oferecer acolhimento para gerar conexão. Ser capaz de ouvir é tão significativo quanto entender o que e como expressar, pois, essa capacidade é essencial para uma atenção satisfatória. Da mesma maneira que, a habilidade de ouvir o outro, subentende-se propensão a silenciar (BRASIL, 2012).

Não, porque não tem procura, talvez por não ter o serviço (Entrevistada 3).

Porque só atendemos no período gravídico puerperal (Entrevistada 4).

Talvez por conta do preconceito velado existente em forma de falas que não passam confiança (Entrevistada 5).

A partir daí estabelece-se uma relação de importância depositada ao profissional enfermeiro como uma pessoa de sua confiança. O enfermeiro está sempre envolvido nos atendimentos de saúde, seja acompanhamento da gestante, parto, puerpério, ginecológico, parte do processo transexualizador (apesar de não ser citado como membro da equipe o texto da portaria específica), e sendo assim, é um dos profissionais que mais as acompanham. Sem a presença de nenhum parentesco ou familiar, é a pessoa que pode proporcionar um maior contato, esclarece dúvidas, orientam quanto ao necessário e acabam criando um laço de confiança.

Retorno de agendamento (Entrevistada 8).

Nunca ninguém abandonou o pré-natal, o paciente do processo transexualizador masculino sempre que precisa de algo vem nos procurar, elas ganham bebe aqui, depois ficamos sabendo que estão utilizando o serviço, percebo que elas não se sentem mal cuidadas (Entrevistada 12).

Essa capacidade de originar vínculo com quem recebe seus cuidados, torna diferente e humanizada a atuação da enfermagem, porque não está voltada apenas aos mecanismos técnicos, mas traz o diálogo como parte essencial. É visível a importância da qualificação da atenção em saúde não somente com as teorias e técnicas, mas tornando-se um profissional humano capaz de enxergar de uma maneira global, sendo necessário unificar a qualidade da atenção, o repasse de informações, a humanização e o vínculo profissional-cliente que as traz segurança.

Outra questão importante, é o vínculo do enfermeiro com outros profissionais de saúde, isso contribui efetivamente no desenvolvimento de suas habilidades nos serviços e melhor serviço prestado. Partindo da ideia de que o acesso não garante qualidade, é preciso pensar qual o caminho da pessoa LGBT pelos serviços públicos de saúde, é o que pode auxiliar na compreensão dos efeitos das práticas reproduzidas nesses espaços causam na vida de tais pessoas. A partir do encontro entre o trabalhador e o usuário, o cuidado acontece facilitando a criação de vínculos terapêuticos. Assim é ampliado as possibilidades construção de novos valores e relações além da consolidação de um cuidado para além das doenças, havendo preocupação com a promoção de saúde e as complexidades que desenvolvem esse processo. Contudo, apesar da necessidade e da importância que as mudanças nas políticas públicas representam, elas por si só não são suficientes, visto que a maior mudança se encontra no

cotidiano dos serviços de saúde. É necessário que os trabalhadores do SUS estejam preparados para atender e receber tais demandas, tendo o total cuidado para não reproduzir o preconceito e a discriminação que acomete tal população no cotidiano de seus trajetos pessoais.

Sim, pois foi atendido, passou por consulta e o objetivo foi concluído e conduzido da melhor forma (Entrevistada 15)

Usuários podem não estabelecer vínculo com a unidade em decorrência de condutas inadequadas, constrangimentos, conotações preconceituosas ou mesmo ofensas verbais e não verbais sofridas nos serviços de saúde por profissionais. Reduzindo a assiduidade e busca posterior de assistência. Como consequência, contribui para o afastamento dos cuidados com o próprio corpo e com a saúde, elevando-se os riscos para automedicação e não adoção de cuidados preventivos (ALBUQUERQUE, 2016).

Ser obrigado a reconhecer que existem pessoas diferentes de si mesmo, e que essa diferença não é sinônimo de inferioridade e anormalidade, pode ser uma fonte de desconforto para esses sujeitos, na medida em que desestabiliza as certezas que davam suporte à sua percepção do mundo e de si mesmos (NATIVIDADE, 2013).

Por isso é necessário a conscientização dos profissionais de saúde quanto às consequências individuais e sociais da homofobia. Atitudes religiosas também podem se apresentar como um gargalo no cuidado em saúde, quando muitos profissionais em nome da sua religião limita ou até mesmo não presta o atendimento adequado. A religião opera categorias que constroem a subjetividade, impulsionam a ação, orientam e qualificam o comportamento externo e atitudes profundas (SANCHIS, 2008).

Temos trabalhadoras do sexo e pessoas com múltiplos parceiros nos procurar por demandas relacionadas a IST (Entrevistada 15).

Sim, a paciente utilizou outras vezes o serviço de emergência. O que a aproximou da equipe, deixando todos mais seguros para realizar o atendimento (Entrevistada 16).

Ao produzir o cuidado em saúde, deve-se caminhar junto, no sentido de ajudar pessoas a ampliar seus conhecimentos e direitos. Assim, é necessário ampliar o olhar e a escuta, permitindo que a complexidade da vida das pessoas LGBT encontre espaço de discussão nas unidades de saúde, integrando a forma como os profissionais desses locais enxergam a experiência LGBT. Isso implica colocar esses usuários em um outro lugar, em uma nova posição de invisibilidade para luz de cuidados humanizados.

6.11 PRINCIPAIS DEMANDAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT

As ações iniciais para a população LGBT no Brasil foram sistematizadas no campo da saúde, considerando as singularidades pertinentes à epidemia da aids. Desde então, as inúmeras ações efetivas e estruturadas para esta população, se apresentam sob um olhar de combate às DST/HIV/Aids, mesmo com a orientação de cuidado integral a saúde. Restringindo o acesso a oferta de insumos de prevenção, testagem e tratamento para HIV/Aids; promovendo, desta forma, mais vulnerabilidade, necessidades de saúde, barreiras de acesso a serviços e invisibilidade de suas especificidades de saúde.

Um exemplo é a fala de Scheffer & Rosenthal (2017), que afirma que a combinação entre práticas sexuais desprotegidas, ausência de políticas de prevenção, negação de direitos, racismo, sexismo, homofobia, transfobia e outros determinantes sociais é que leva alguém a se infectar pelo HIV, e não o fato de pertencer a um grupo ou viver em determinados contextos.

Quando elas estão em casal você não as vê interagindo, trocando como vemos as outras gestantes, se tivéssemos uma sala de espera poderíamos nos dirigir a todo mundo (Entrevistada 12).

Falta divulgação quanto a importância dessa população nas prevenções (Entrevistada 2).

A necessidade de atenção a coleta de preventivo por conta do medo e desconforto (Entrevistada 6).

Quando nos voltamos para a Política de Saúde de LGBT percebemos um progresso, pois trouxe a luz questões invisíveis. Essa política traz em seu texto algumas das demandas dessa população quando coloca como objetivos gerais, a promoção da saúde integral da população de LGBT, enfrentamento a discriminação e o preconceito institucional, contribuição para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

Olhando um pouco mais de perto, essas demandas ficam mais claras quando vemos em seus objetivos específicos a necessidade de prevenção de novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico-uterino e de mamas) entre mulheres lésbicas e bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado; garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população de LGBT no âmbito do SUS; atuar na eliminação do preconceito e da discriminação nos serviços de saúde; fortalecer a participação de representações da população nos conselhos e conferências de saúde; promover o respeito à população em todos os serviços do SUS; 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;

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; 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.

Não procuram o serviço para atendimento. Somente quando ocorre alguma coisa específica. No programa DST (Atual programa IST), só chegavam quando estavam doentes (Entrevistada 3).

Questões psicológicas são primordiais, também social, carência afetiva. Deveria ter no hospital um serviço de apoio, passando uma visita diária, dispor de um canal para se abrirem. Não tem para quem recorrer se utilizam do escândalo (Entrevistada 4).

Deve-se atentar para não cair no pensamento automatizado de que não é necessário pensar sobre as especificidades de cuidados para alguém cuja existência não é reconhecida. Para as mulheres lésbicas e/ou bissexuais, o cuidado em saúde parece restrito ao consultório ginecológico. Nessa lógica do cuidado, a heterossexualidade permanece orientando as condutas e dificultando o diálogo e por sua vez o atendimento.

Além disso, campanhas e ações de saúde não alcançam as mudanças geracionais, de comportamento, novos espaços de sociabilidade, as dificuldades da população, suas experiências relacionadas à violência estrutural e de gênero, discriminação em diversas áreas, comportamentos, anseios, problemas para acessar serviços sociais, de saúde, estratégias para capacitação, emprego, questões relacionadas a saúde mental, qualidade de vida, estigmas e Aids (MALTA, 2016).

Este autor também refere que essas pessoas enfrentam situações cotidianas de estigma na família, em serviço, ambientes públicos e que o desrespeito ao uso do nome social é uma constante, mesmo após conquistas importantes. E ainda sobre a questão da prevenção as ISTs, em seu artigo, Barbosa & Koyama (2006) sugerem que parte do mito de que mulheres que se relacionam com outras mulheres não são susceptíveis a doenças sexualmente transmissíveis é originado da escassez de pesquisas sobre o tema e da não especificidade dos questionários aplicados no levantamento de dados, apresentando a falha de não especificarem os resultados de mulheres que mantêm relacionamentos unicamente homossexuais.

6.12 O QUE SIGNIFICA ESTAR PREPARADO PARA ATENDER A POPULAÇÃO LGBT

Como pessoas não estamos prontos e acabados, passamos uma vida tendo sempre o que aprender e evoluir seja como pessoas ou profissionais. Mas tendo em mente a premissa de

sempre buscar melhores resultados, é preciso dar atenção a esta pauta. Vemos enfermeiros se especializando e se atualizando em diversas áreas que envolvem a prática da enfermagem como cuidado. E sob este contexto, conforme relatos colhidos nas entrevistas, a população LGBT chega à unidade, busca atendimento, alguns enfermeiros tem maior outros menor contato, alguns nem sequer passaram por esta experiência. Isso nota-se nos enfermeiros com menos tempo de atuação nesta unidade. Mas ainda que a partilha entre os profissionais seja tímida, como vemos nos resultados, existe uma demanda e uma realidade que tem buscado o serviço.

Sim, é questão de se colocar no lugar do outro e respeitar a opinião do outro (Entrevistada 1).

Sim, temos que nos preparar para as diversidades (Entrevistada 2).

O enfermeiro deve se aplicar em respeitar os direitos humanos LGBT contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação decorrentes das homofobias, como a lesbofobia, a homofobia, a bifobia e a transfobia, consideradas na determinação social de sofrimento e de doença e assim não seja realidade a omissão da identidade sexual e de gênero, retardo ou não comparecimento aos serviços de saúde por medo de passar por situações desagradáveis.

Sim. Porque não posso negar uma empatia por alguém já que a minha própria família apresenta as tais características (Entrevistada 5).

Sim, mas não totalmente preparada, pois tem a dificuldade da paciente no momento de parir, em relação ao toque, nunca tinha voltado meu pensamento para esta área, porém, orientação e respeito é importante (Entrevistada 6).

Esta responsabilidade não deve ser somente da enfermagem, mas de toda a equipe multidisciplinar e especialmente da gestão que tem mecanismos para promoção da cidadania e da inclusão da população de LGBT.

Não, falta capacitação (Entrevistada 4).

Implementação de ações, serviços e procedimentos no institucionais, com vistas ao alívio do sofrimento, dor e adoecimento relacionados aos aspectos de inadequação de identidade, corporal e psíquica e a inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero de LGBT nos processos de educação permanente desenvolvidos na unidade, incluindo todos os trabalhadores da unidade.

6.12.1 Facilidades

Parte da atribuição do enfermeiro, de maneira especial para o público LGBT, é a garantia de uma assistência digna e humanizada em qualquer nível de complexidade da assistência, com atenção a suas necessidades e focado na resolução de suas demandas ou

problemas de enfermagem manifestados.

Eu me coloco muito no lugar do outro é humanização, independente (do gênero) (Entrevistada 1).

O Profissional de saúde foi levado nesta pesquisa a rever a forma como se relaciona com o corpo que recebe seus cuidados, como o preconceito e despreparo interfere no atendimento, cuidado e promoção de saúde. E foi o relato de alguns, conforme este:

Nunca parei para pensar sobre estas coisas... responder este questionário me faz pensar que enfermeira tenho sido (Entrevistada 4).

Como dirigir o atendimento sobre a vida sexual dessas mulheres, de forma a permitir espaço para o diálogo e para que se sintam à vontade para assumir sua orientação sexual, melhorando a relação Profissional-paciente. Não se pode mais alegar desconhecimento das especificidades na saúde dessa população. Novos tempos exigem profissionais mais atentos e humanizados para atender. Respaldo legal e políticas pública já existem. Mas na ponta, na intimidade do relacionamento entre o profissional e o usuário é que o acesso e qualidade precisam se materializar a partir da conscientização sobre as consequências individuais e sociais da homofobia. Pois bloqueia o acesso aos serviços de saúde, aumenta a incerteza de um acolhimento humanizado e de um atendimento livre de qualquer tipo de discriminação, podem ser um dos grandes obstáculos para o tratamento de pessoas com orientação sexual e identidade de gênero que fogem ao padrão heteronormativo.

O atendimento humanizado (Entrevistada 10)

Meu jeito de ser espontâneo e brincalhão (Entrevistada 4)

Eu me coloco muito no lugar do outro, a humanização. Isso para mim é o diferencial (Entrevistada 1)

Naturalidade (Entrevistada 8)

O profissional não deve se limitar apenas a seguir protocolos, mas adotar escuta qualificada de seus pacientes como um caminho para aproximar o paciente da instituição e assim do cuidado próprio. Carvalho & Philippi (2013) afirmam que a ausência de um acolhimento adequado nas unidades de saúde configura como um dos principais problemas enfrentados pela população LGBT, e dessa maneira podem contribuir para intensificação dos problemas de saúde, e para que suas necessidades em saúde permaneçam desconhecidas.

Acredito que não encontraria facilidade, mas procuraria recursos para facilitar o

atendimento (Entrevistada 5)

Um atendimento com respeito e sem preconceito, independente de sexo ou raça (Entrevistada 9)

Interação interpessoal, empatia, humanização e respeito às escolhas de cada um (Entrevistada 12)

Porque eu não faço distinção de pessoas, não só com a população LGBT. Eu respeito todos, até pela minha forma de convivência pessoal, isso facilita para todos nós (Entrevistada 14)

6.12.2 Dificuldades

Temos um progresso visível com as leis e políticas, mas estas devem se tornar visíveis e sensíveis na prática de cada profissional. E neste contexto, mais difícil, entretanto, será a superação do preconceito e da discriminação que requer, de cada um e do coletivo, mudanças de valores baseadas no respeito às diferenças”.

Medo de ser mal interpretado (Entrevistada 4).

Inúmeras. Como medo, receio, um auto preconceito pela não aceitação talvez por vários momentos negativos anteriormente, ou até mesmo, uma agressividade para se mostrar ou conseguir um respeito da equipe em forma de defesa própria (Entrevistada 5).

A forma com que se enxerga o homossexualismo é sob o estigma relacionado a múltiplos parceiros, propagação de DST/Aids, que acabam se destacando em detrimento a outras doenças de forma que a conduta mais praticada é de oferta de testes para estas doenças. A questão principal que levou a pessoa a procurar a assistência fica invisibilizada, para segundo plano, encobrendo suas múltiplas necessidades.

Dúvida de como se referir ao usuário e o próprio não ser acessível, não se sentir seguro para expor sua queixa (Entrevistada 16).

Dificuldade na parte legal das orientações no fluxo (Entrevistada 13).

Receptividade por parte do paciente e acompanhante (Entrevistada 12).

Sob a ótica da Política de Saúde LGBT, existe a necessidade de reconhecer que a discriminação e do preconceito são como gatilhos de iniquidades no âmbito do SUS, pois a própria ação governamental de enfrentamento da epidemia do HIV/Aids, ao focar em determinados grupos sociais o risco de transmissão pelo HIV, atuou no reforçando o estigma em torno daqueles que expressam sexualidades diversas do padronizado culturalmente.

6.13 CONDIÇÕES E AGRAVOS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT

De acordo com Cerqueira-Santos et al. (2010), população LGBT pode sofrer um processo de internalização do preconceito e da negação provenientes do entendimento heterossexual, causando medo, silêncio e impactando nas relações interpessoais, inclusive na relação entre o profissional e o paciente, na qual o nível de confiança estará fragilizado e, conseqüentemente, reduzirá as oportunidades para orientações direcionadas e esclarecimentos específicos. Neste contexto é previsível que aconteça a evasão e a não vinculação ao serviço saúde.

Às vezes por receio deles procurarem o profissional de saúde e não saberem o que vão encontrar, como serão tratados e com isso compromete toda a questão da saúde relacionada a doenças crônicas e IST (Entrevistada 1).

Acho bem difícil, pois não se trata muito desse assunto, e temos um preconceito grande ainda (Entrevistada 2).

Não sei, acho que não são boas, porque se tem dificuldade de acesso e com os atendimentos no SUS que vemos, precisam de mais cuidados (Entrevistada 4). Precárias nas classes menos favorecidas (Entrevistada 5).

Nunca vi essa questão sendo levantada no hospital, não vejo diferenciação ou outro atendimento em relação a essas mulheres. Não tenho essa visão (Entrevistada 6).

De acordo com a cartilha Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social, o Ministério da Saúde (2013), muitas mulheres, de forma equivocada, acreditam que por se relacionarem sexualmente com outras mulheres não precisam cuidar da sua saúde. Porém, o fato de ser lésbica ou bissexual não impede e nem restringe o cuidado que se deve ter em relação ao câncer de colo de útero, câncer de mama e/ou DST.

Não tenho esse conhecimento (Entrevistada 2).

As ISTs devem predominar, por falta de informação e promiscuidade de alguns (Entrevistada 4).

DSTs em geral, depressão, doenças psíquicas, alcoolismo e outras drogas, doenças pulmonares e hepáticas pelo cigarro, alcoolismos e hepatites (Entrevistada 4).

As consultas com profissionais de saúde para exames de rotina, aplicação de vacinas, acompanhamento de alguma doença crônica ou simplesmente uma consulta periódica para sanar alguma dúvida, deve ser oportunidade de promover cuidados e orientação, de forma a evitar doenças e agravos que são preveníveis. A prática de promoção de saúde implica elevação da autoestima das mulheres lésbicas e bissexuais, potencializando sua participação social e garantindo os direitos universais a serem conquistados. Diante da realidade social

heteronormativa, as redes de cuidado devem capacitar os profissionais de saúde para o atendimento com respeito à diversidade e às mulheres lésbicas e bissexuais.

6.14 PENSAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DIRIGIDOS À POPULAÇÃO LGBT

Não existe uma abordagem específicas para essa população. São atendidas como pessoas que possuem útero ou no período gravídico puerperal. Baseado no discurso da maioria das enfermeiras que referem não haver serviços disponíveis para este grupo, são destacados o que diz a Política nacional de saúde da população (2013) em questão.

Pré-natal e assistência ao parto. Quando precisam de outras demandas são encaminhadas a outros setores (Entrevistada 1).

Não se fala no assunto, acredito que nenhuma ação (Entrevistada 2).

Não há organização (Entrevistada 3).

Não sei, mas não vejo organização. Chega, entra, assistência comum e alta hospitalar (Entrevistada 4).

Não existe uma organização, até porque não é uma rotina. Acredito que cada plantão atuaria conforme as suas experiências e preconceitos. (Entrevistada 5)

O acolhimento e humanização é uma necessidade urgente que ainda as diversas ações governamentais, instruções normativas e até cartilhas que promovem a saúde e o acolhimento e atendimento integral e humanizada no SUS. De maneira a oferecer um ambiente favorável que possibilita a liberdade para se expressar e revelar sua sexualidade. Nesse sentido, o ponto crucial para que possamos compreender esse cenário é perceber o papel do profissional de saúde nessa dinâmica. Pensando nas dimensões do acolhimento e em alguns aspectos que são a escuta qualificada, o diálogo, postura e reorganização do serviço de saúde, podemos refletir sobre o macro e o micro. Nas dimensões diálogo e postura que exigem atitude humanizada dos profissionais, no sentido de escutar e entender as demandas dos usuários, se estabelece o vínculo entre os pacientes e os profissionais, assim gerando uma relação de confiança que facilita a adesão ao tratamento, além disso, esta dimensão também tange às relações entre a equipe, que se tornam democráticas, estimulando a participação dos profissionais e gerando melhorias por meio de propostas coletivas.

Acho que o fluxo de entrada e saída deve ser o mesmo dos outros atendimentos, mas ser mais assistida para diminuir a discriminação, preparar a equipe para que possa fazer uma abordagem geral, mas que também mais preparada para cuidar. Melhorar a aproximação e dar mais liberdade, ser menos formal. Precisam ser bem acolhidos (Entrevistada 4).

Não. Por que ainda não é uma realidade na instituição e não se fala abertamente sobre essas questões no processo de trabalho. E não tem protocolos, discussões sobre esse fluxo e atendimento (Entrevistada 5).

A utilização do nome social surge como ferramenta para promoção do acesso das pessoas transexuais e travestis aos serviços de saúde favorecendo o acolhimento por parte dos profissionais e o estabelecimento do vínculo profissional-paciente, binômio importantíssimo no que se refere à permanência do usuário no serviço e à aderência aos cuidados em saúde. Dentre os direitos conquistados por esse público, está o uso e respeito ao nome social das travestis e dos(as) transsexuais, ou seja, aquele pelo qual transexuais e travestis preferem ser chamados(as), em contraposição ao nome do registro civil, que não corresponde ao gênero com o qual se identificam.

O uso do nome social nos serviços de saúde é garantido pela Portaria nº 1.820/2009, que descreve 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).

Salas de espera antes como formas de inserir a mulher gestante lésbica, bissexual ou trans democratizando a informação e o aprendizado, cuja proposta seja o proveito da oportunidade para desenvolver ações educativas de informações, orientações e troca de vivências no espaço da sala de espera para atendimentos. Neste contexto, a sala de espera se constitui como um espaço geralmente ocupado por uma grande quantidade e diversidade de usuários de diferentes faixas etárias, e classe social e culturais, com as mais diversas demandas e vivências, que durante a esperar por atendimento de saúde acabam em sua maioria interagindo uns com os outros trocando suas experiências e conhecimentos. Portanto, a sala de espera constitui um espaço importante para promoção da educação em saúde através da construção coletiva de saberes, troca de vivências e fortalecimento de vínculos entre usuários e profissionais. Na literatura, vários estudos apontam o uso da sala de espera como uma relevante estratégia para educação e promoção de saúde. Entretanto, apesar de todo seu potencial, a sala de espera se configura como espaço ainda pouco aproveitado (SILVA et al., 2013).

Cartazes ou *folders* que ajude a pessoa a se sentir incluída no ambiente de cuidado e participante do cuidado. A ideia de criar um folder com informações sobre o acolhimento teve o objetivo de mostrar a importância dessa prática para os usuários e também funcionários de saúde. É um processo que se caracteriza em atitudes e interações no ambiente dos serviços de saúde. O acolhimento pode colaborar para a melhoria das práticas da atenção e deve ser realizado em todos os níveis de atendimento percorrido pelo usuário, pois propicia um vínculo entre usuário e profissional e cria-se mais segurança por meio dos pacientes, fortalecendo o sistema e o processo saúde-doença.

A escuta qualificada, o diálogo, postura e reorganização do serviço de saúde, retorna

como cuidado bem sucedido. Nas dimensões diálogo e postura que exigem atitude humanizada dos profissionais, no sentido de escutar e entender as demandas dos usuários, se estabelece o vínculo entre os pacientes e os profissionais, assim gerando uma relação de confiança que facilita a adesão ao tratamento, além disso, esta dimensão também tange às relações entre a equipe, que se tornam democráticas, estimulando a participação dos profissionais e gerando melhorias por meio de propostas coletivas. A escuta e o diálogo são habilidades próprias dos seres humanos, sendo comum a concepção da escuta como apenas o ouvir, levando a acreditar que a escuta é instintiva.

É uma ferramenta essencial para que o usuário seja atendido na perspectiva do cuidado como ação integral; por meio dela, é possível a construção de vínculos, a produção de relações de acolhimento, o respeito à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado (MAYNART et al., 2014)

A capacitação pela educação permanente em saúde aprimora o método educacional em saúde, tendo o processo de trabalho como seu objeto de transformação, com o intuito de alcançar equidade no cuidado e qualificar para o atendimento das necessidades da população (BRASIL, 2018). Com este intuito, a Educação Permanente parte da reflexão sobre a realidade do serviço e das necessidades existentes, para então formular estratégias que ajudem a solucionar estes problemas. Ainda nesta perspectiva a Educação Permanente é considerada como a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços cuja finalidade é melhorar a saúde da população.

Criar rounds de discussões com equipes multidisciplinares e slogans que traduzam para este grupo a acessibilidade sem preconceitos. Organizar um fluxo facilitado desde a atenção primária. Capacitar e envolver as equipes desde a recepção até as ASG. Promover um ambiente facilitador de comunicação entre as equipes e a rede de saúde e não como um emaranhado, mas sem pontas soltas para não se perder o vínculo e um ambiente humanizado e respeitoso (Entrevistada 5).

Fazer algo voltado para a coleta de preventivo, pois acredito que seja um ponto para essas mulheres (Entrevistada 6).

Nas mulheres que se identificam como bissexuais, a prevalência de HPV não tem comprovação científica de ser maior do que em mulheres lésbicas ou com relações heteroafetivas exclusivas. Devem seguir as mesmas orientações de rastreamento.

6.15 RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

Adotar medidas que eliminem a discriminação institucional com rotinas e protocolos humanizados e promova ambiente acolhedor. Outra responsabilidade é capacitar as equipes

porque são merecedores de atenção humanizada, acolhida e necessário criar uma atmosfera em que elas se sentam confortáveis. O objetivo é compartilhar algumas orientações quanto ao uso do nome social, uso do banheiro de acordo com a identidade de gênero, noções básicas sobre corporalidade, identidade de gênero, expressão de gênero, orientação sexual/afetiva, incentivo ao respeito, combate à discriminação e outros temas pertinentes. Também serão apresentadas orientações normativas que asseguram a garantia dos direitos dessa população. De modo a prevenir possíveis situações que gerem constrangimento e violação de direitos. O êxito passa pelo comprometimento de todos os agentes públicos que atuam na instituição.

Cada pessoa pensa de uma forma, então, o hospital deve ter um protocolo, um fluxo de atendimento. Preparar, orientar e capacitar os profissionais (Entrevistada 1).

A mesma responsabilidade que o hospital tem com os outros usuários (Entrevistada 2).

Toda a assistência, desde a porta de entrada até o momento da alta em sua totalidade de integração entre todos os envolvidos (Entrevistada 5).

Oferecer mais conhecimento, orientação e respeito é sempre importante (Entrevistada 6).

6.16 A RELAÇÃO DAS ENFERMEIRAS COM A POPULAÇÃO LGBT

O objetivo da Política nacional de Saúde LGBT é promover a saúde integral desta população, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2015). Contudo, ainda se observa, dificuldades enfrentadas por essa população diante das diversas formas de violência e das discriminações vivenciadas em decorrência da livre orientação sexual. Seu acesso à saúde é marcado por diversos obstáculos, como atendimento discriminatório por parte dos profissionais, condutas inadequadas, constrangimentos, conotações preconceituosas e ofensas verbais proferidas pelos profissionais (ALBUQUERQUE et al., 2013).

Já ouvi falas inadequadas, grosseiras de enfermeiros relacionadas ao assunto, tais como: tem uma mulher lá que é um homem; tem um homem na sendo atendido lá; mas já não ouvimos isso mais vejo que a equipe transita melhor durante esses atendimentos... escuto: essa é a mulher da paciente (Entrevistada 11).

Entre os princípios que orientam o SUS, está o da igualdade, a qual implica que todos tenham direito a saúde, livre de preconceitos, ou seja, que todos, independentemente de cor/raça, classe social e de orientação sexual e identidade sexuais, sejam tratados de forma

igualitária. Contudo, uma das dificuldades para que esse princípio seja efetivamente respeitado envolve a falta de capacitação dos profissionais de saúde.

Minha conduta é mais formal, porém ética. Não passo plantão nomeando pacientes, mas já vi colegas se referindo: 'Ah... é aquele fulano!' E já inicia o plantão com preconceitos. Tem diferença de um enfermeiro para o outro (Entrevistada 4).

Mais educação continuada (Entrevistada 6).

Um desafio constante a individualização e humanização do atendimento pois existe uma dificuldade apresentada pelos profissionais para perceber as demandas dos usuários. Acredito pelo pouco conhecimento e debate sobre o tema que ainda são tratados como um tabu, algo muito velado.

Não percebo nenhuma demanda (Entrevistada 2).

Este relato indica que esta população ainda é considerada invisível por apresentarem um características sexuais e de gênero diversas do que é culturalmente aceitado pelos padrões da sociedade, isso, muitas vezes os deixam expostos a situações de vulnerabilidade, desmoralização e exclusão, na medida em que quebram os paradigmas desse modelo heteronormativo da orientação sexual e identidade de gênero, sendo alvo do preconceito, discriminação e intolerância, os quais influenciam na garantia dos cuidados em saúde dessa população.

Não, acho que por vários motivos, mas nós mesmos impomos limites sobre o assunto (Entrevistada 4).

6.17 EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

O psicólogo e assistência social em nossa experiência transitam com fluidez nesses atendimentos. Os demais profissionais transitam profissionalmente, tratam o corpo no necessário, atende muito bem, mas de forma mais formal. A medida por exemplo, que o médico atua mais em atendimentos ao público, “povão”, seu atendimento também se torna mais fluido.

Preparado não, é um assunto pouco discutido. Acredito que as instituições devem estar preparadas para qualquer tipo de assistência, temos várias demandas como LGBT, dependentes químicos, portadores de ISTs (Infecções sexualmente transmissíveis). E as discussões e orientações são praticamente inexistentes (Entrevistada 2).

É importante que, na formação do enfermeiro ainda na graduação e, após, na capacitação em serviço, sejam oferecidos conhecimentos que incluam a ruptura dos estereótipos que

envolvem a sexualidade, proporcionando a prática da empatia com a possibilidade de compreender as dificuldades, estigmas e fatores de risco, bem como a situação de invisibilidade e vulnerabilidade sofrida pela comunidade LGBT.

O conhecimento das principais demandas desta população deve ser o principal norte para melhorar a prática na assistência à saúde (AYRES et al., 2009). À enfermagem cabe prestar assistência integral ao ser humano em todos os seus ciclos de vida, na perspectiva da pluralidade de identidades que constitui o indivíduo.

Assim, é responsabilidade política, ética e legal da profissão desenvolver debates e reflexões constantes em favor das minorias, personalizar o atendimento, contemplando a diversidade e ampliando a abrangência do cuidado na prestação de serviços de saúde (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

O olhar é obstétrico (Entrevistada 3).

O ato de cuidar tem seu conceito bastante amplo, que para o seu entendimento necessita compreender circunstâncias e/ou doutrinas adotadas. No contexto da enfermagem, as ações assistenciais à saúde do indivíduo e da coletividade não se remete apenas ao biológico, tampouco as enfermidades. O profissional de enfermagem deve estar atento às diversas formas de cuidado, não apenas focalizado no biológico e tecnicista, deve compreender e promover outros aspectos, tais como determinantes e condicionantes sociais da saúde. Segundo o Código de Ética Profissional de Enfermagem, os princípios desta ciência estão comprometidos com a saúde e a qualidade de vida da pessoa e da coletividade. Respeitando a vida, a dignidade e os direitos humanos (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Outros profissionais são ainda mais discriminadores (Entrevistada 4).

A ampliação do acesso a essa população aos serviços de saúde do SUS passa pelo respeito e pelo enfrentamento à discriminação por orientação sexual e identidade de gênero. Atuação do profissional de saúde para o público LGBT inclui a garantia de uma assistência digna e humanizada respeitando as diferenças e contribuindo para promoção de saúde integral, de qualidade humanizada e de cidadania.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa, a partir da análise de discurso dos enfermeiros que atuam na maternidade, buscou compreender qual o entendimento desses sujeitos sobre especificidades da assistência da população LGBT. Levando em conta as vivências do cuidado em saúde, o enfermeiro é o profissional que se envolve desde o primeiro ao último momento da assistência de saúde. Desse modo, a forma como ele percebe esse corpo que recebe seus cuidados interfere nas condições de saúde dessas pessoas. E pudemos perceber que, de uma forma geral, o enfermeiro reconhece na população LGBT, um público sujeito a seus cuidados e como tal deve ser tratado com empatia, respeito e sem preconceitos. Mas que desconhece as particularidades relacionadas ao cuidado LGBT, apesar de representarem um grupo que busca educação continuada através de especializações, não houve o despertar para a necessidade de buscar capacitação nesta área. Sabemos que a instituição também é responsável por promover formação a sua equipe, porém nesta área não houve iniciativa.

Por ignorar esta realidade, conduzem sua prática baseados no senso comum. Que, culturalmente, é heteronormativo e, portanto, acaba excluindo essa parcela das usuárias do serviço, produzindo discriminação institucional. Quando desconhece a possibilidade de utilização do nome social; presume que todas as gestantes e usuárias são heterossexuais; esperam que o acompanhante da gestante seja um homem e seu esposo; por não saber orientar rotinas hospitalares dentro da realidade LGBT; negando o preenchimento da DNV com o nome da parceira por falta de conhecimento sobre as normativas que regem o registro de crianças de casais homoafetivos; quando na ocasião da coleta de preventivo não é oferecido um espécuro menor e assim menos desconfortável para a mulher que não se relaciona sexualmente com homens; não proporciona um ambiente onde a liberdade de fala acontece; quando atende sem olhar a individualidade de cada um; ou restringe seu cuidado apenas ao corpo que possui útero sem olhar outras demandas que impactam nas condições de saúde; posturas menos acolhedoras e quando o medo de falar e ser mal interpretado se instala.

Atendem oferecendo uma abordagem que busca atender as demandas já conhecidas no ambiente obstétrico-ginecológico, mas desconhecem que uma assistência ineficaz para a população LGBT causa adoecimento. Enfermeiros que relataram qualquer tipo de vínculo com pessoa LGBT, apresenta-se mais acolhedoras. A existência de atitude de indiferença foi observada na fala de alguns profissionais de enfermagem frente à assistência LGBLT, e estão relacionadas ao hábito, influenciado principalmente por valores pessoais, falta de conhecimento e preconceito. O que conduz a uma atenção à saúde negligenciada, invisibilizada colaborando para situações de violação de direitos, afastamento e vulnerabilidade de saúde. Modificar esta

postura passa pela capacitação dos profissionais para o desenvolvimento de habilidades e competências nos programas de Educação Permanente em Saúde, a fim de que esses se sintam preparadas para atender as particularidades e as demandas desta população.

Conforme Cardoso (2012), uma questão importante é o rompimento dos laços familiares que ocorrem muitas vezes nos lares em que a família descobre a homossexualidade e que pode ocasionar consequências diversas, como o início de um processo de prostituição, o uso abusivo e indiscriminado de drogas e o desenvolvimento de problemas de saúde mental como a depressão, as tentativas de suicídio, dentre outros. Estas são algumas das vulnerabilidades a que está sujeita esta população. E são vulneráveis porque são LGBT. Por isso, demanda um olhar mais cuidadoso e profissionais aptos para que o atendimento realizado a este segmento. A partir da Constituição Federal, a Lei 8.080 e a Lei 8.142, estes direitos deveriam ser oferecidos a todos sem qualquer tipo de discriminação. Mas estão invisibilizados, tímidos quando não ausentes dos serviços de saúde.

Diante disso, as melhores práticas passam pelo acolhimento individualizado com atenção as demandas e com escuta qualificada. Criando um ambiente em que a mulher se sinta segura para falar de sua sexualidade e suas particularidades. Utilizar a dinâmica de sala de espera como estratégia educativa e de troca de conhecimento antes das consultas para tornar a atmosfera mais acolhedora. Que conforme a pesquisa foi desenhando, são diversas, sendo necessário um olhar atento a elas. De acordo com a portaria 1820, 14/08/2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, no seu art. 4º, um fluxograma de acolhimento como passo inicial para garantia dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, constitutivos do SUS, promovendo o enfrentamento das situações excludentes:

1. A identificação 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 preconceituosas.
2. O reconhecimento da orientação sexual e da identidade de gênero deve ser rotina dos atendimentos em saúde. Incluir os campos “identidade de gênero” e “orientação sexual”, além do campo de sexo biológico nos registros e formulários.
3. Solicitar a apresentação do cartão SUS com o nome social caso o gênero da usuária seja diferente da identidade no RG.
4. Orientar sobre o direito de fazer o cartão com o nome social.
5. Lembrar para a usuária da importância sobre a auto identificação para que tenha um atendimento individualizado e humanizado.

6. Proceder à sensibilização dos profissionais quanto ao uso do nome social apresentado no cartão SUS quando apresentado.
7. Não conduzir por automatismo este usuário à investigação somente de DST/HIV/Aids, lembrar da atenção à saúde integral.
8. Não conduzir o atendimento baseado em somente em práticas de vida heterossexual.
9. Ampliar seu conhecimento sobre o contexto de vida LGBT.
10. Além disso, o conhecimento das vivências dessas mulheres e o respeito às singularidades, favorece a construção de vínculo e confiança, rompendo com a violência naturalizada, contribuindo para um cuidado integral, humanizado garantindo o retorno a unidade sempre que necessário.

Com base nos dados apresentados, o enfermeiro não se sente preparado para atuar na atenção à saúde LGBT, mas clama por capacitação visto o interesse em prestar uma assistência individualizada e livre de preconceito e discriminação conforme preconizados pela Política Nacional de Saúde LGBT. A partir do contexto apresentado pela pesquisa, destacamos a necessidade da abordagem da saúde da população LGBT de uma forma ampla e humanizadora para que os profissionais em formação e os assistentes formados consigam atender as demandas que surgem e surgirão nos espaços de atuação profissional. Além disso, a referida temática não é caracterizada apenas como sendo de relevância para o enfermeiro, mas para todos os trabalhadores da saúde. Pois todos cotidianamente lidam com os sujeitos que de alguma forma são discriminados e marginalizados pela condição/orientação sexual, gênero ou identidade de gênero nos diversos espaços institucionais.

Esta pesquisa pode contribuir para a reflexão de como tem se dado a assistência de enfermagem no contexto LGBT e estimular novos estudos na área. Partilho que houve relato de entrevistadas no decorrer da coleta, de que nunca tinha se atentado para a necessidade de pensar sobre a assistência à saúde dessa população. Esse tipo de avaliação é parte do processo de conscientização sobre atitudes naturalizadas, mas que na verdade são excludentes.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Z. M. M. B. S.; DIAS, M. G. F. **Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta.** Paidéia (Ribeirão Preto). 1992, n. 2.
- ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise.** Ciência Saúde Coletiva. 2012.
- BENEVIDES, B.G.; NOGUEIRA, S.N.B. (Orgs.). **Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019.** – São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2020. Disponível em: <http://dossic3aa-dos-assassinatos-e-da-violc3aancia-contra-pessoas-trans-em-2019.pdf>. Acesso em 10 jun. 2021.
- BEAUVOIR, S. **O segundo sexo.** Tradução de Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 2009.
- BEZERRA, P.V. **Avessos do excesso: a assexualidade.** 2015. 143f. Tese (Doutorado em Psicologia e Sociedade) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), São Paulo, 2015. Disponível em: <http://acervodigital.unesp.br/handle/11449/132159>. Acesso em: 10 jun. 2021.
- BORRILLO, D. **Homofobia: história e crítica de um preconceito.** Belo Horizonte: Autêntica. 2010.
- BOZON, M. **Les significations sociales des actes sexuels.** Actes de la recherche en sciences sociales. Vol. 128, Paris: Sur la Sexualité. pp. 3-23; 1999. DOI: <https://doi.org/10.3406/arss.1999.3288>. Disponível em: https://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1999_num_128_1_3288. Acesso em: 11 jun. 2021.
- BOZON, M; GIAMI, A. **Les scripts sexuels ou la mise en forme du désir** – présentation de l'article de John Gagnon. Actes de la recherche en sciences sociales, Paris, n.128, p.68- 72, jun. 1999. DOI: <https://doi.org/10.3406/arss.1999.3288> Disponível em: http://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1999_num_128_1_3288. Acesso em: jul. 2021.
- BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. 9. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 201. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em 20 ago.2022.
- BRASIL. **Lei 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: palácio do planalto.1986. Disponível em: [http://L7498\(planalto.gov.br\)](http://L7498(planalto.gov.br)) Acesso em 01mai. 2021.
- BRASIL. **Manual de instruções para o preenchimento da declaração de nascido vivo.** 3. ed. - Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde /** Ministério da Saúde. – 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. xx p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde) ISBN 1. Direito à saúde. 2. Defesa do paciente. 3. Legislação em saúde. I. Título. II. Série.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.836/GM, de 1 de Dezembro de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Diário Oficial da União. 1 Dez 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.707/GM, de 18 de Agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial União. 18 Ago 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios do SUS.** Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento/**Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Editora do Ministério da Saúde 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CANÇADO, T.C.L.; SOUZA, R.S.; CARDOSO, C.B.S. **Trabalhando o conceito de Vulnerabilidade Social.** Universidade de Brasília. 2014.

CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. **Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão.** Psicologia: Ciência e Profissão. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017> Acesso em: 10 mai.de 2021

CAREGNATO R.C.A.; MUTTI, R. **Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo.** Texto contexto enfermagem, 15(4): 679-684, 2006.

CARMO, M.E.; GUIZARDI, F.L. **O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social.** Cadernos de Saúde Pública. 2018. DOI: 10.1590/0102-311x00101417 ISSN1678-4464. Disponível em [http:// O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social \(fiocruz.br\)](http://fiocruz.br) Acesso em 20 jun. 2022.

CARRARA, S. **Discriminação, políticas e direitos sexuais no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública 2012; 28(1):184-189.

CARVALHO, A.A.B.; VASCONCELOS, R.C. **A invisibilidade das pessoas LGBTQIA+ nas bases de dados:** novas possibilidades na Pesquisa Nacional de Saúde 2019 Ciência & Saúde Coletiva. 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021269.12002021 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rwDkNhDCdyY5xdfyXNxmmGH/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 16 ago. 2022

Ciência e cuidado. **Florence Nightingale no Museu de Ciências e Tecnologia** - PUCRS / Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Museu de Ciências e Tecnologia. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : EDIPUCRS, 2018. Disponível em: ciência e cuidado - florence nightingale no museu de ciências e tecnologia - pucrs Acesso em 29 set. 2022

COCHRAN, W.G. **Sampling techniques**. 3. ed. Nova Iorque: Wiley, 1977.

COLLING, L. **Gênero e sexualidade na atualidade**. Salvador: UFBA, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências; Superintendência de Educação a Distância, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Nº 358 do Conselho Federal de Enfermagem, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. 2009. Disponível em: resolução cofen-358/09- Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação – Conselho Regional de Enfermagem de Rondônia (coren-ro.org.br) Acesso em: 10 jan. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 429 do Conselho Federal de Enfermagem, de 30 de maio de 2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. 2012. Disponível em: _resolução cofen nº 429/2012 conselho federal de enfermagem - brasil Acesso em: 10 jan. 2021.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. CIPE Versão 1: **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. São Paulo: Algor; 2007.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Provimento 63 de 14 de novembro de 2017**. Institui modelos únicos de certidão de nascimento, de casamento e de óbito, a serem adotadas pelos ofícios de registro civil das pessoas naturais, e dispõe sobre o reconhecimento voluntário e a averbação da paternidade e maternidade socioafetiva no Livro “A” e sobre o registro de nascimento e emissão da respectiva certidão dos filhos havidos por reprodução assistida. Brasília. 2017.

COSTA, C.L.; ÁVILA, E. **Glória Anzaldúa, a consciência mestiça e o feminismo da diferença**. Rev. Estud. Fem., Santa Catarina, v.13, n.3, p. 691-703, 2005.

COUTO, M. **Se Obama fosse Africano?** e Outras Interinvenções. 1ª ed. Companhia das letras. ISBN 978-85-8086-119-8. 2009.

DANTAS, M.N. P. et al. **Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil**. Revista Brasileira de Epidemiologia. v. 24. 2021. ISSN 1980-5497. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210004>.<https://doi.org/10.1590/1980-549720210004>.

Acesso em 07 jun. 2022.

DACESARO, M.N.; LAZARI, A. H.; SILVA, M.; OKAMOTO, A.R.C.; VIEIRA, T. R.; OLIVEIRA, M. L. F. **Políticas públicas para LGBT: nome social em foco.** In: EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Unicesumar, 9, 2015, Maringá. Anais Eletrônico, Maringá: UniCesumar, 2015. n.9, p.4-8.

DONABEDIAN, A. **The quality of care: How can it be assessed?** Jama. 1988; 260(12):1743-8.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care.** New York: Oxford USA Trade, 2003.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring.** Michigan: Health Administration Press, 1980.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality.** Arch. pathol. lab. med., v. 114, p. 1115-1118, 1990.

FACCHINI, R. **Sopa de Letrinhas? Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90: um estudo a partir da cidade de São Paulo.** 2002. Dissertação (Mestrado em Antropologia) Departamento de Antropologia do IFCH, UNICAMP, Campinas, SP, 2002. ISBN 85-7617-055-8 Disponível em: Sopa de letrinhas: Movimento homossexual e a produção de identidades coletivas nos anos 90 (ufsc.br). Acesso em: 17 jun. 2022.

FACCHINI, R. **Entre compassos e descompassos: um olhar para o campo e para a arena do movimento LGBT brasileiro.** Revista Bagoas, n. 04. Natal: UFRN, 2009.

FERNANDES, C. A. **Discurso e sujeito em Michel Foucault.** São Paulo: Intermeios, 2012. 106p.

FERRARI, A. **Revisando o passado e construindo o presente: o movimento gay como espaço educativo.** Rev Bras de Educação 2004.

FERREIRA, A.P.; NICHELE, C.S.T.; JESUS, J.G.; VIANNA, M.B.; CARDOSO, G.C.P.; SALLES, I.C.M.; SANTOS, J.B.; SILVA, A.B.; GIRIANELLI, V.R.; COTRIM JUNIOR, D.F. **Evidências científicas sobre o acesso aos serviços de saúde pela população LGBTQI+:** Revisão de Escopo. Research, Society and Development, V. 11, P. e229111032519, 2022.

FERREIRA, B.O.; NASCIMENTO, M. **A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos.** Ciência & Saúde Coletiva. 2022, v. 27, n. 10

FLEURY, S. **Saúde e democracia: a luta do CEBES.** São Paulo: Lemos Editorial; 1997.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. **Teorias de enfermagem.** In: Garcia TR, Egry EY, editores. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem.

Porto Alegre: Artmed; 2010.

GIL, R. **Análise de discurso**. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2003.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1988.

GOMES, S.M. et al. **O SUS fora do armário**: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. Saúde e Sociedade. 2018, v. 27, n. 4

GREGOLIN, M. R. **Foucault e Pêcheux**: na análise do discurso – diálogos & duelos. São Carlos: Editora Claraluz. 2006.

HARDY, M.E. **Theories**: components, development, evaluation. In: Reed PG, Shearer NC, Nicoli LH. Perspectives on nursing theory. 5th ed. Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins ; 2009. p. 77-102.

HIRATA, H. **Gênero, classe e raça**: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. Tempo Social. 2014.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde 2019**: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2019**: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro. 2020

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

JESUS, J.G. **Orientações sobre identidade de gênero**: conceitos e termos. Brasília, 2012.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATION. **Characteristics of clinical indicators**. QRB Qual Rev Bul. 1989.

LEI Nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Assegura validade nacional à Declaração de Nascido Vivo - DNV, regula sua expedição, altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, e dá outras providências.

LIONÇO, T. **Que Direito à Saúde para a População GLBT?** Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade. Saúde Soc., São Paulo, 2008.

LORENZETTI, J. **A nova Lei do exercício profissional da enfermagem: uma análise crítica.** In: SANTOS et al. *Legislação em Enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem.* São Paulo: Atheneu, 2002.

MAGALHÃES, A. S.; KOGAWA, J. **Pensadores da Análise do Discurso: uma introdução.** Jundiaí, SP: Paco Editorial, 2019.

MARTINS, A. **Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde.** Interface, Botucatu. 2004.

MAYNART, Willams Henrique da Costa et al. **A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial.** Acta Paulista de Enfermagem. 2014.

MELEIS, A.I. **Theoretical nursing: development and progress.** 5th ed. Williams & Wilkins. Pennsylvania: Lippincott. 2012.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento, Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 14a Ed. São Paulo: Editora Hucitec. 208p. 2014.

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.** Brasília: DF. Ministério da Saúde. 2011.

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.** Brasília: DF. Ministério da Saúde. 2013.

NAÇÕES UNIDAS. **Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento.** Cairo.1994

NEGREIROS, F.R.N.; FERREIRA, B.O.; FREITAS, D.N.; PEDROSA, J.I.S.; NASCIMENTO, E.F. **Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional.** Revista Brasileira de Educação Médica. 2019.

NEVES, E.P. **Reflexões acerca dos conceitos autocuidado, competência e poder para o autocuidado.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo,1987.

NIETSCHE, E.A.; TASSINARI, T.T.; RAMOS, T.K.; BELTRAME, G.; SALBEGO, C.; CASSENOTE, L.G. **Nursingtraining for care to the homosexual and bisexual population: students' perception.** Revista Baiana de Enfermagem. 2018.

OLIVEIRA, E.M. **A mulher, a sexualidade e o trabalho.** São Paulo: Hucitec; 1999.

OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice.** 2. ed. Ch.3, p.35-54: Nursing and self-care. New York: McGraw-Hill, 1980.

ORLANDI, E.P. **Análise do Discurso: princípios e procedimentos.** 8a ed. EditoraPontes, Campinas. 100p. 2009.

ORLANDI, E.P. **Michel Pêcheux e a Análise de Discurso.** Estudos da Língua(gem), 1: 9-

13.2005.

PAIVA, G. **Políticas descoloridas:** perspectivas acerca de (in) acesso às políticas públicas pela população LGBTQIA+. Rio de Janeiro. 2020.

PAULA, J.C. **A relevância do exame físico do idoso para a assistência de enfermagem hospitalar.** Acta Paulista de Enfermagem. 2005.

PÊCHEUX, M. **Semântica e discurso:** uma crítica à afirmação do óbvio. Tradução: Eni Puccinelli Orlandi et al. 4ª Ed. Unicamp. Campinas. 2009.

PISCITELLI, A. **Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras.** Soc. Cult., São Paulo, v. 11, n. 2, p. 263-274, 2008.

PISCITELLI, A. Leila Mezan Algranti (Org.). **Re-criando a (categoria) mulher?** In: A prática feminista e o conceito de gênero. Textos Didáticos, n. 48. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas / Unicamp. Campinas. 2002.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE. **Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas:** Promoção da Equidade e da Integralidade. Belo Horizonte. 2006.

REIS, T. **Manual de Comunicação LGBT.** Rede GayLatino e da Aliança Nacional LGBTI. Curitiba. ISBN: 978-85-66278-11-8.

RIBEIRO, D.R.K.; et al. **Nossas Histórias, nossas vozes:** resistências históricas de mulheres lésbicas e bissexuais no Brasil - 1. ed. - Rio de Janeiro: Metanoia, 2018.

SANTANA, A.; DIOGO, S.; et al. **Dificuldades no acesso aos serviços de saúde por lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros.** Revista de Enfermagem UFPE. Pernambuco. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243211> Acesso em: 20 jun. 2022.

SCHULMAN, M. **Assexuados, bichas & cia:** a nova geração gay nas universidades dos EUA. Tradução: Clara Alain. Texto originalmente publicado no jornal "The New York Times". Folha de S. Paulo. Seção Comportamento. São Paulo. 2013.

SCOTT, J.W. **Gênero:** uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade. v. 20, n. 2, 2017. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoe realidade/article/view/71721>. Acesso em: 17 jan. 2022.

SILVA, S.F.; SOUZA, N.M.; BARRETO, J.O.M. **Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde:** inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. Ciência e Saúde Coletiva. 2014, v. 19, n. 11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.16612013> Acesso em 29 jun. 2022.

SOUZA, L.P.; VASCONCELLOS, C.; PARRA, A.V. **Processo de enfermagem:** dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros de um Hospital público de grande porte na Amazônia, Brasil. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. Amazônia. 2015.

SOUZA M, MALVASI P, SIGNORELLI M, PEREIRA P. **Violence and social distress**

among transgender persons in Santa Maria, Rio Grande do Sul State, Brazil. Cadernos de Saúde Pública. Rio Grande do Sul. 2015.

SOUZA, M.; SIGNORELLI, M.; COVIELLO, D.; PEREIRA, P. **Therapeutic itineraries of transvestites from the central region of the state of Rio Grande do Sul, Brazil.** Revista Ciência e Saúde Coletiva. Rio Grande do Sul. 2014.

TORRES G.V.; DAVIM R.M.B.; NÓBREGA, M.M.L. **Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de OREM: estudo de caso com uma adolescente grávida.** Revista latino americana de enfermagem, Ribeirão Preto, 1999.

APÊNDICE A - REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: CONTRIBUIÇÕES AO PROCESSO DE DIAGNÓSTICOS NO ATENDIMENTO CLÍNICO

**ENTREVISTAS INDIVIDUAIS
SEMIESTRUTURADAS DADOS DO(A)
ENFERMEIRO(A):**

Idade:
Identidade de Gênero:
Orientação Sexual:
Função/Cargo:
Há quanto tempo exerce essa função na Unidade?
Já exerceu essa atividade em outra Unidade?
Em caso positivo, por quanto tempo?
Tempo de Formado:
Instituição de Formação (Graduação):
Possui Residência ou Especialização?
Em caso positivo, em que área?

Data:...../...../2022 Hora início:.....h

Hora encerramentoh

Nome do/a Entrevistador(a):

PERGUNTAS:

BLOCO A: Papel do Hospital da Mulher (Prefeitura Municipal de Barra Mansa, Rio de Janeiro) na assistência a população LGBT

1A. Em sua opinião, qual o papel do Hospital da Mulher na assistência a população LGBT?

2A. A nossa pesquisa trabalha com dois conceitos: acesso e qualidade. Em sua opinião, o que seria o acesso? E a qualidade?

3A. Você acredita que existam pessoas LGBT que tenham dificuldade para acesso a esse serviço de saúde?

3A.1. Se sim: Quais são as dificuldades eles

encontram? 3A.2. Se não: Por quê?

BLOCO B: Papel do Hospital da Mulher e o atendimento à população LGBT (acesso)

1B. Existe na área de abrangência do Hospital da Mulher em que você atua, algum(a) paciente da população LGBT?

2B. Como você soube que ele(a) era LGBT? [Interrogar sucintamente sobre histórias da(s) experiência(as) com outros profissionais (da equipe)].

3B. Em algum momento de sua atuação no Hospital da Mulher, você atendeu a alguém da população LGBT?

Se **sim**:

3B.1. Me conte como foram(oi) esse(s) atendimento(s).

3B.2. Você sentiu que estava preparado(a) para esse atendimento?

3B.3. Quais foram as facilidades encontradas por você ao conduzir esse atendimento?

3B.4. Quais foram as dificuldades encontradas por você ao conduzir esse atendimento?

3B.5. Após o atendimento deste (a) houve vinculação desse (a) paciente ao Hospital? Se sim, como você percebeu que esse vínculo foi estabelecido?

3B.6 Quais são as principais demandas de saúde da população LGBT em sua equipe?

Demandas:

Se **não há, relate**:

3B.7 Por que você acha que nenhum paciente da população LGBT procurou o Hospital?

3B.8 Você considera que esteja preparado para atender a pacientes dessa população? Por quê?

4B. Quais facilidades você acredita que encontraria ao conduzir esse(s) atendimento(s)?

5B. Quais dificuldades você acredita que encontraria ao conduzir esse(s) atendimento(s)?

6B. Em sua opinião, quais as condições de saúde da população LGBT atualmente?

7B. Em sua opinião, quais doenças e/ou agravos mais acometem essa população atualmente? Por quê?

8B. Como estão organizadas as ações e serviços de saúde dirigidos à população LGBT no Hospital?

9B. Se o(a) entrevistado(a) considerar que não há as ações e serviços de saúde dirigidos à população LGBT, interrogar como ele(a) acredita que esses serviços de saúde devem ser dirigidos no Hospital.

10B. O que você acredita que deva ser de responsabilidade do Hospital no cuidado em saúde a essa população?

11B. Como você percebe a relação dos(as) enfermeiros de sua equipe com a população LGBT?

12B. Os enfermeiros trazem para o Hospital demandas vindas da população LGBT?

12B.1. Se sim, quais?

12B.2. Se não, por que você acredita que eles não trazem essas demandas?

13B. Em sua opinião, os(as) enfermeiros estão preparados(as) para identificar/atender às demandas dessa população? Por quê?

14B. Em sua opinião, os(as) demais membros da equipe estão preparados(as) para atender às demandas dessa população? Por quê?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA - ENSP

TÍTULO DO PROJETO: Representações de gênero na assistência de enfermagem: Contribuições ao processo de diagnósticos no atendimento clínico.

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: Prof. Dr. Aldo Pacheco Ferreira e Mestranda Daiana Mateus da Silva.

Prezado(a) senhor(a),

Eu sou Daiana Mateus da Silva e estou cursando o Mestrado Profissional - Direitos Humanos, Justiça e Saúde: Gênero e Sexualidade, curso pertencente a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Estou desenvolvendo, juntamente com o Prof. Dr. Aldo Pacheco Ferreira, este projeto de pesquisa que tem por título: Representações de gênero na assistência de enfermagem: Contribuições ao processo de diagnósticos no atendimento clínico.

Em minha prática profissional, observo que para oferecer cuidado integral é necessário conhecer o contexto social e necessidades de saúde dos usuários e assim, estar melhor preparada para atuar com responsabilidade e segurança. Entretanto, nota-se que uma minoria de enfermeiros se sente apta a atender às necessidades da população LGBT, gerando uma falta de conhecimento e habilidade na interação com estas pessoas, sendo necessário elevar os padrões de atendimento. Além disso, é necessário se atentar para os riscos de enrijecimento da prática profissional, reprodução de preconceitos e violências naturalizadas na sociedade e instituições.

O objetivo geral deste projeto será: Identificar, conhecer e aprofundar o conhecimento sobre os diagnósticos de enfermagem no atendimento à população LGBT. E os específicos: Analisar como as relações de gênero são construídas, legitimadas, contestadas e mantidas no atendimento dos(as) enfermeiros a população LGBT; Analisar a percepção dos enfermeiros sobre sua formação/qualificação para atender as diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT; Apontar as melhores intervenções de enfermagem na relação com a(o) cliente no que concerne à prática do cuidado de enfermagem. Os participantes dessa pesquisa serão os (as) enfermeiros(as) do Hospital da Mulher (Prefeitura Municipal de Barra Mansa, Rio de Janeiro).

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução N.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde Resolução CNS nº 510/2016 que orienta as condutas em pesquisas na área de Ciências Humanas e Sociais. Desse modo, convido o(a) senhor(a) a participar deste projeto, pois esta pesquisa trará contribuições para os estudos sobre esse assunto e prática profissional. Sua participação é voluntária e consistirá em uma entrevista por meio de um formulário semiestruturado após a assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em conformidade com o item V da Resolução CNS 466/2012, "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes".

É possível elencar riscos previsíveis tais como: cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário; desconforto provocado pela recordação ou por reforços na conscientização sobre uma condição física, psicológica ou profissional restritiva ou incapacitante; alterações de visão de mundo, de relacionamentos, de comportamentos e satisfação profissional em função de reflexões evocadas a partir do questionário; medo e insegurança relacionado ao julgamento próprio sobre a capacidade de responder ao instrumento de coleta de dados; quebra de anonimato; invasão de privacidade ao responder a questões sensíveis do questionário.

Relacionado a possibilidades dessas ocorrências serão garantidos os seguintes aspectos: respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos; que os dados obtidos na pesquisa serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no protocolo e conforme acordado no TCLE; confidencialidade e a privacidade; a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidade; a não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras); estar atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto; acesso aos resultados individuais e coletivos; minimizar desconforto, garantindo local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras.

Quanto a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as suas fases, o participante terá acesso ao registro do consentimento assinada pelo participante e pelo pesquisador

responsável, deve ser entregue ao participante. As entrevistas e este termo de consentimento, serão utilizadas somente para o fim a que se destina esta pesquisa, serão digitalizadas e arquivadas, mas somente terão acesso às mesmas o/a pesquisador/a e seu/sua orientador (a). Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado.

Se alguma pergunta lhe causar desconforto, o(a) senhor(a) poderá deixar de responder à pergunta que causar esse incômodo. Ao participar desta pesquisa, o(a) senhor(a), não será identificado(a), permanecendo em anonimato e poderá retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem sofrer nenhum prejuízo. Além disso, sua participação nesta pesquisa não é obrigatória e, caso não queira mais participar, sua vontade será respeitada, podendo retirar seu consentimento, em fase da pesquisa, sem prejuízo algum. Esclareço que receberá acompanhamento e assistência de um dos pesquisadores durante todo o período de coleta dados, que lhe prestará toda a assistência necessária. Os resultados desta pesquisa serão publicados de forma anônima em revistas especializadas de tal forma que o(a) senhor(a), nem nenhum outro participante será identificado. Os resultados serão apresentados aos participantes em relatórios individuais e distribuição de folders explicativos aos envolvidos. O(a) senhor(a) poderá fazer perguntas e tirar dúvidas antes, durante e/ou depois da participação na pesquisa. Tais esclarecimentos podem ser obtidos com o Prof. Dr. Aldo Pacheco Ferreira e a discente Daiana Mateus da Silva por meio dos e-mails e telefones especificados abaixo. Se desejar, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que analisou esta pesquisa através do seguinte endereço: Escola Nacional De Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz Rua Leopoldo Bulhões 1480, térreo. Manguinhos. Rio de Janeiro – RJ. Telefone: (21) 2598-2863, no horário de atendimento: 9:00h - 16:00h.

Não está prevista nenhuma despesa ou compensação financeira pela sua participação neste trabalho, mas você será ressarcido pelos pesquisadores por despesas extraordinárias associada à pesquisa que, bem como de prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada conforme previsto no Código Civil Lei 10,406 DE 2002, Artigos 927 e 954 e Resolução CNS/MS nº 510 de 2016 art. 19. Sua participação é importante, porém, você deve aceitar participar da pesquisa apenas se sentir seguro. Se o(a) senhor(a) aceitar participar desta pesquisa, precisará escrever sua assinatura no TCLE em duas vias. No final do Termo que todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável. Uma via ficará com o(a) senhor(a) e a outra ficará com os pesquisadores. A pesquisadora responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Desde já, agradeço sua atenção!

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura do Participante

Barra Mansa/RJ, Data: __/__/__

Para maiores informações, pode entrar em contato com:

Professor: Aldo Pacheco Ferreira Fone: (21) 3882-9222. E-mail: aldopachecoferreira@gmail.com

Discente: Daiana Mateus da Silva Fone: (24) 998487192. E-mail: daianamateus@hotmail.com