



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Miquéias Nery Leal

**Atenção primária à saúde e população LGBTI+ em um município nordestino: o olhar do
lugar de fala**

Rio de Janeiro

2023

Miquéias Nery Leal

**Atenção primária à saúde e população LGBTI+ em um município nordestino: o olhar do
lugar de fala**

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

Orientadora: Prof.^a Dra. Vera Lucia Luiza.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Regina Ferro do Lago.

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: Primary health care and the LGBTI+ population in a Brazilian northeastern municipality: the view of the place of speech

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

L435a Leal, Miquéias Nery.
Atenção primária à saúde e população LGBTI+ em um município nordestino: o olhar do lugar de fala / Miquéias Nery Leal. -- 2023.
61 f. : il.color, mapas.

Orientadora: Vera Lucia Luiza.
Coorientadora: Regina Ferro do Lago.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.
Bibliografia. f. 48-55

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Minorias Sexuais e de Gênero. 3. Política de Saúde. 4. Pessoas LGBT. 5. Cuidado. I. Título.

CDD 362.1

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

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

Miquéias Nery Leal

**Atenção primária à saúde e população LGBTI+ em um município nordestino: o olhar do
lugar de fala**

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

Aprovada em: 12 de maio de 2023.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Delaine Martins Costa

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Angélica Baptista Silva

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Regina Ferro do Lago (Coorientadora)

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Vera Lucia Luiza (Orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2023

Dedico esse trabalho aos meus dois avôs, que em vida me ensinaram a sonhar.

AGRADECIMENTOS

A Deus minha gratidão, pela força e presença.

Agradeço a minha mãe, pai, e toda minha família por ser minha base e me apoiar em meus sonhos.

Agradeço a todos os meus amigos por estarem comigo, me amando e sendo válvula de escape para os dias difíceis, em especial a Ítalo, Neto, Daila, Bianca, Dri, Amanda, Lari e Erika, que desde a graduação estão em meu coração.

Agradeço a Josi, Joy, Jana, Vivi e Tadeu, por dividirem esse sonho desde o início, permitindo que a caminhada fosse mais leve.

Agradeço a Associação Cores do Capibaribe, por participar e contribuir para a realização deste trabalho.

Agradeço a ENSP e a todos os professores por ter feito parte dessa etapa e em especial, as minhas orientadoras, Vera e Regina, pelos ensinamentos, dedicação e incentivo para chegarmos juntos à conclusão desta jornada.

RESUMO

Introdução: A população lésbica, *gay*, bissexual, travesti, transexual e intersexual (LGBTI+) enfrentam dificuldades na relação com os profissionais de saúde, marginalização nas práticas de cuidado em saúde, medo de exposição de sua orientação sexual e identidade de gênero, desrespeito, falta de acolhimento, entre outros obstáculos relatados no que diz respeito aos serviços de saúde. A promoção da saúde integral para a população LGBTI+ envolve superar toda forma de discriminação (LGBTIfobia) que interfere diretamente na manutenção e produção de saúde. **Objetivo:** Investigar os entraves existentes na Atenção Primária à Saúde, na percepção dos usuários LGBTI+, no município Santa Cruz do Capibaribe, Pernambuco. **Percorso metodológico:** Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, realizado por meio de entrevistas semi-estruturadas, no período de 13 a 20 de setembro de 2022, com LGBTI+ membros e usuários que buscam atendimento da associação Cores do Capibaribe. Abordando a percepção da população LGBTI+ em relação à utilização da Atenção Primária à Saúde, com foco nas dificuldades enfrentadas nos serviços de saúde pertencentes aos serviços de atenção primária do município. **Resultados:** As pessoas LGBTI+ utilizam a Unidade Básica de Saúde para realizar procedimentos de prevenção como vacinação e exames de rotina. Utilizam em um primeiro atendimento a UBS, mas também o CTA. Os usuários relatam insegurança, constrangimento e falta de acolhimento na utilização e atendimento na APS. **Discussão:** Diante da análise dos resultados alcançados nesta pesquisa, foi discutido com outros referenciais a respeito das demandas de usuários LGBTI+ nos serviços da APS, atendimento de primeiro contato, e à existência de barreiras e dificuldades na utilização e permanência dos usuários nesse serviço. **Conclusão:** A população LGBTI+ ainda encontra muitas dificuldades na utilização dos serviços de atenção em saúde no município estudado, principalmente na APS, lugar de primeiro contato. Mesmo diante dos avanços nas políticas públicas, essas dificuldades surgem a partir de estigma, preconceitos e discriminação neste ambiente.

Palavras-chave: minorias sexuais e de gênero; atenção primária à saúde; política de saúde; população LGBT; cuidado.

ABSTRACT

Introduction: Lesbian, gay, bisexual, transvestite, transgender and intersexual (LGBTI+) population face difficulties in their relationship with healthcare professionals, marginalization in healthcare practices, fear of exposure of their sexual orientation or gender identity, disrespect, lack of support, among other obstacles related to healthcare services. The promotion of comprehensive health for the LGBTI+ population involves overcoming all forms of discrimination (LGBTIphobia) that directly interfere with the maintenance and production of health. **Objective:** To investigate the barriers that exist in Primary Health Care, as perceived by LGBTI+ users, in the municipality of Santa Cruz do Capibaribe, Pernambuco. **Methodological approach:** This is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach, carried out through semi-structured interviews from September 13 to 20, 2022, with LGBTI+ members and users seeking care from the Cores do Capibaribe association. The study focused on the perception of the LGBTI+ population regarding the use of Primary Health Care, with a focus on the difficulties faced in health services belonging to the primary care services of the municipality. **Results:** LGBTI+ individuals use Basic Health Units to carry out preventive procedures such as vaccination and routine exams. They use both the UBS and the CTA for initial care. Users report feelings of insecurity, embarrassment, and lack of support when accessing and receiving care in Primary Health Care services. **Discussion:** Based on the analysis of the results achieved in this research, it was discussed with other frameworks about the demands of LGBTI+ users in primary healthcare services, first-contact care, and the existence of barriers and difficulties in the use and permanence of users in this service. **Conclusion:** The LGBTI+ population still faces many difficulties in accessing health care services in the studied municipality, especially in Primary Health Care, which is the first point of contact. Despite the progress in public policies, these difficulties arise from stigma, prejudices, and discrimination in this environment.

Keywords: sexual and gender minorities; primary attention in health; health policies; LGBT population; care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Localização geográfica do município de Santa Cruz do Capibaribe no estado de Pernambuco.....	28
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Organização do roteiro de entrevista.....	30
Quadro 2 - Caracterização dos entrevistados.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LGBTI+	População Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti, Transexuais, Intersexual
ABGLT	Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais
SUS	Sistema Único de Saúde
ANTRA	Associação Nacional de Travesti e Transexual
GGB	Grupo Gay Bahia
APS	Atenção Primária à Saúde
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
OMS	Organização Mundial da Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
STF	Supremo Tribunal Federal
RAS	Rede de Atenção à Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CTA	Centro de Testagem e Acolhimento
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
UER-SCC	União para Espaço e Respeito
UESCC	União dos Estudantes de Santa Cruz do Capibaribe
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PT	Processo Transexualizador

SUMÁRIO

1	Introdução	11
2	Justificativa.....	14
3	Objetivos.....	16
	3.1 OBJETIVO GERAL.....	16
	3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
4	Panorama conceitual e normativo.....	17
	4.1 GÊNERO E SEXUALIDADE COMO CONSTRUÇÕES SOCIAIS.....	17
	4.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO LGBTI+ NO BRASIL.....	19
	4.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A POPULAÇÃO LGBTI+.....	21
5	Percurso metodológico	27
	5.1 CONTEXTO DO ESTUDO	27
	5.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO	29
	5.3 ASPECTOS OPERACIONAIS.....	29
	5.4 COLETA DE DADOS	30
	5.5 INFORMAÇÕES DE INTERESSE.....	30
	5.6 ANÁLISE DE DADOS	31
	5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	31
6	Resultados.....	32
	6.1 PRINCIPAIS MOTIVOS DA BUSCA POR ATENDIMENTO PELAS PESSOAS LGBTI+ NA APS	33
	6.2 PERCEPÇÃO DOS (AS) PARTICIPANTES SOBRE O ATENDIMENTO PRESTADO NAS UNIDADES DA APS	34
	6.3 ATENDIMENTOS EM OUTROS PONTOS DA REDE DE SAÚDE EM COMPARAÇÃO COM APS.	35
7	Discussão.....	40
8	Considerações finais.....	47
	Referências	48
	APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	56
	APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	59
	APÊNDICE 3 - TERMO DE ANUÊNCIA.....	61

1 INTRODUÇÃO

O gênero e a sexualidade têm sido temas centrais nos mais diversos campos do saber científico. Processos de opressão e de discriminação têm sido ponto de partida para debates realizados na política, nas ciências biomédicas e nas humanas e sociais, como a antropologia e a psicologia, para citar alguns exemplos. Tais processos, por sua natureza social e, portanto, histórica, se refletem também no campo da saúde, principalmente no acesso e na assistência prestada pelos serviços de saúde. A população lésbica, *gay*, bissexual, travesti, transexual e intersexual (LGBTI+) experimenta dificuldades na relação com os profissionais de saúde, marginalização nas práticas de cuidado em saúde, medo de exposição de sua orientação sexual ou identidade de gênero, desrespeito, falta de acolhimento, entre outros obstáculos relatados no que diz respeito aos serviços de saúde (FERREIRA; PEDROSA; NASCIMENTO, 2018).

As letras L, G, B, T e I são vistas como uma sigla, mas cada letra reúne em si especificidades ademais de um conjunto de diversidades e experiências, segundo situações e marcadores interseccionais. Porém, todas as experiências são atravessadas por estigmas, preconceitos e violências que se fazem presentes no acesso e no atendimento nos serviços de saúde (FERREIRA; BONAN, 2020). Reconhecendo que a sigla é utilizada de diferentes formas, optou-se neste trabalho por utilizar “LGBTI+”, com a incorporação da sigla “I”, considerando a entrada da identidade política intersexo no movimento na luta por representatividade e como preconiza o Manual de Comunicação LGBTI+, além de incluir o “+” para abranger outras orientações sexuais, identidades e expressões de gênero. A sigla foi usada pela primeira vez em 2018 na Parada Gay de São Paulo, a maior do país, bem como tem sido adotada por importantes organizações como a Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (ABGLT) (MELO; SOUSA; ALMEIDA, 2019).

A garantia constitucional do direito à saúde (Lei 8080/90) se norteia com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), dos quais destacamos três: a **universalidade**, que assegura o acesso universal às ações e aos serviços de saúde, independente de origem, raça, gênero, classe, religião ou qualquer outra forma de discriminação; a **integralidade**, que resulta em oferecer atenção à saúde de qualidade, que vai desde a promoção e prevenção até os diferentes níveis de complexidade do cuidado, compreendendo tanto aspectos biológicos, psicossociais e culturais da interação com os usuários; e a **equidade**, que tem por objetivo estabelecer justiça com populações vulneráveis,

aplicando políticas e ações específicas e, assim, diminuindo as desigualdades em saúde (BRASIL, 1990).

A promoção da saúde integral para a população LGBTI+ envolve superar toda forma de discriminação (LGBTIfobia) que interfere diretamente na manutenção e produção de saúde trazendo, assim, adoecimento e sofrimento em razão do preconceito e do estigma social no país. O estigma e preconceito têm sido pontos importantes nas pesquisas, mais especificamente os relacionados a condições de saúde (BRASIL, 2013; MONJIOVI; ARAÚJO; RAMOS, 2018). Para Goffman (1982), o estigma social é conceituado como a não aprovação dos atributos e crenças pessoais que entram em conflito com aspectos culturais evidentes em determinado grupo social, levando à marginalização de indivíduos com estas características ou adeptos destas crenças.

As dificuldades do processo de acolhimento vêm sendo discutidas pelo movimento LGBTI+ e por gestores de saúde pública e incluem questões como a estigmatização, a homofobia, a transfobia e o machismo, além da falta de preparo dos trabalhadores da saúde para o atendimento a esta população. Esta é muitas vezes culpabilizada por adquirir alguma doença e não tem o nome social ou os direitos sexuais e reprodutivos respeitados, principalmente no caso das mulheres (BITTENCOURT; FONSECA; SEGUNDO, 2014). É uma comunidade que sofre essas e outras violências diariamente por sua orientação sexual ou identidade de gênero. O Brasil é o país que mais registra crimes contra as minorias sexuais. Segundo o “Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras”, realizado pela Associação Nacional de Travesti e Transexual (ANTRA), em 2021 foram registrados 140 assassinatos de pessoas trans no país (BENEVIDES, 2022; GASTALDI, 2021; OLIVEIRA, 2022).

O Observatório das Mortes Violentas de LGBTI+ junto com o Grupo Gay da Bahia (GGB) trabalha com o mapeamento de homicídio e violência contra essa população. De acordo com o relatório do GGB de 2022 a cada 29 horas um LGBTI+ é assassinado ou comete suicídio por conta de preconceito. Em 2021, foram 300 vítimas, sendo que a maior parte delas, 153 (51%), ocorreu com homossexuais masculinos, seguidos das travestis e transexuais com 110 casos (36,7%), e na região nordeste (35%) (OLIVEIRA, 2022).

O presente estudo tem como objeto as dificuldades enfrentadas por lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e intersexuais (LGBTI+) na Atenção Primária à Saúde (APS), sob a perspectiva desses usuários. A hipótese desta pesquisa é que, apesar das políticas voltadas para a saúde da população LGBTI+, este segmento ainda experimenta entraves no acesso e no cuidado oferecidos na rede de APS que interferem diretamente na sua condição de

saúde e bem-estar. A pesquisa foi realizada em uma associação dedicada ao apoio a pessoas LGBTI+ no município de Santa Cruz do Capibaribe - Pernambuco, a terceira maior cidade do agreste pernambucano.

O estudo possui as seguintes questões norteadoras: como se apresenta a percepção de usuários/as LGBTI+ em relação ao atendimento prestado na APS e às dificuldades encontradas na utilização deste serviço?

2 JUSTIFICATIVA

A saúde é um direito de todos e dever do Estado e as ações devem se dar a partir de políticas sociais e econômicas que tem como alcance a redução do risco de doença e de outros agravos (BRASIL, 1990).

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), publicada em 2011, visa propor ações para combater as iniquidades em saúde para essa população e tem metas específicas, como garantir e ampliar o acesso de pessoas LGBTI+ às ações e aos serviços de saúde com qualidade, incluir a orientação sexual e identidade de gênero nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e identificar as necessidades de saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e pessoas intersexo, dentre outras. Nessa perspectiva, é importante que o ambiente da APS, porta de entrada preferencial do sistema de saúde, possa ser seguro para a população LGBTI+, permitindo a livre expressão de suas vivências e necessidades.

No País, embora a diversidade sexual e de gênero venha tomando força desde 1980 como um importante objeto de estudo em diversas áreas do conhecimento, o debate é menos expressivo fora dos grandes centros urbanos. É importante que se pesquise sobre esses temas em contextos interioranos visando explicitar as particularidades locais e regionais brasileiras (GONTIJO; ERICK, 2015), como empreendido neste estudo.

A literatura científica sobre o tema aponta que, mesmo com todos os avanços no arcabouço legal que garante os seus direitos, a população LGBTI+ ainda sofre obstáculos que estão ligados ao preconceito, à invisibilidade, à omissão de direitos, às atitudes antiéticas por parte dos profissionais, além da falta de preparo no atendimento de suas necessidades específicas (SANTANA et al., 2020).

Existe pouca produção científica sobre gênero e sexualidade tanto em situações etnicamente diferenciadas quanto em contextos interioranos, como as regiões do Norte e Nordeste do Brasil e Amazônia em geral (GONTIJO; ERICK, 2015).

Compreendendo os limites da pesquisa, e pragmaticamente pelo tempo a ser desenvolvida no mestrado, ela foi realizada em uma associação LGBTI+ já estabelecida, pela facilidade de encontrar essa população.

A expressão ‘Lugar de fala’, utilizada no título da dissertação, surge a partir da reivindicação de grupos subalternos pela sua existência. Diante disso, ‘lugar de fala’ permite perceber as experiências desses grupos considerando as semelhanças, atravessadas por

experiências coletivas. Essas vivências são marcadas por opressão, subalternidade e violências e, portanto, para além de experiências individuais, permitem entender como o lugar social que certos grupos ocupam implica na forma de caminhar pela vida (SANTOS, 2019).

É importante debater esse tema na academia e refletir sobre o acesso e a qualidade da atenção à saúde de grupos marginalizados, tendo em vista os desafios da promoção de saúde, da garantia e do fortalecimento dos direitos já conquistados, sobretudo no atual cenário de conservadorismo e retrocesso de políticas voltadas para as minorias.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar os entraves existentes na Atenção Primária à Saúde, na percepção dos usuários LGBTI+, no município Santa Cruz do Capibaribe, Pernambuco.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar os principais motivos da busca por atendimento por parte desses (as) usuários (as).
2. Conhecer as principais características, segundo os (as) participantes, sobre o atendimento prestado nas unidades da APS.

4 PANORAMA CONCEITUAL E NORMATIVO

4.1 GÊNERO E SEXUALIDADE COMO CONSTRUÇÕES SOCIAIS

Nas ciências sociais e humanas, o conceito de gênero foi criado para diferenciar a perspectiva biológica da social a partir do entendimento de que há machos e fêmeas, porém, culturalmente é que se desenvolve a maneira de ser homem e de ser mulher. Assim, o gênero é uma construção social acerca do sexo anatômico e produto de uma realidade social. As diferenças de gênero são socialmente construídas; portanto, não existe padrão do mais correto ou melhor para os comportamentos de gênero. São os homens e mulheres, pertencentes a variadas sociedades, a diversos contextos históricos e culturais, que estabelecem modos específicos de classificação e de convivência social, com base na reflexão sobre as questões de gênero e os direitos e deveres de homens e mulheres na construção das sociedades. (AMARAL, et al 2017; CLAM/IMS/UERJ, 2009).

O binarismo masculino/feminino presente nas discussões, de certo modo diferencia homem e mulher, mas iguala as mulheres entre si, trazendo a ideia de algo fixo e imutável. Na verdade, a igualdade reside na diferença, mulheres entre si (e homens entre si) são diferentes em origem de classe, raça, sexualidade, desejos, subjetividades e comportamentos. O corpo deixa de ser uma constante e passa a ser visto como uma variável (TONELI, 2012). A expressão de gênero é a forma como a pessoa manifesta e se comporta publicamente, por meio do seu nome, da vestimenta, do corte de cabelo, da voz e/ou características corporais e sua interação com as demais pessoas. A expressão de gênero nem sempre corresponde ao sexo biológico (REIS, 2018; SANTANA et al., 2020).

A sexualidade é um tema relevante da vida humana que aborda sexo, gênero, identidade, papéis, orientação sexual e reprodução. O entendimento da sexualidade e suas relações sociais da atualidade, que são diversas, demanda discussões visando contextualizar simbologias, técnicas, experiências e representações sociais. A noção de sexualidade é construída pelas ciências sociais como comportamentos e desejos com características específicas que se desenvolvem a partir da cultura, sociedade e história. A sexualidade é o termo utilizado para se referir às capacidades relacionadas ao sexo e pode definir uma prática, o ato de relações sexuais, assim como pode indicar um conjunto de atributos fisiológicos e capacidades reprodutivas. O corpo apresentado como inconstante e dinâmico, não é apenas um dado da natureza. Seus desejos e busca se modificam com o tempo, hábitos, cuidados e com intervenções cirúrgicas, entre outros (CLAM/IMS/UERJ, 2009).

A orientação sexual pode ser definida como a capacidade do indivíduo ter atração e/ou relação emocional, afetiva ou sexual por pessoas do mesmo gênero, gênero diferente, ou de mais de um gênero. Há três orientações sexuais predominantes: homossexualidade, heterossexualidade e bissexualidade. A orientação sexual varia de pessoa para pessoa, de modo que existem outras orientações sexuais além das citadas acima. Já a identidade de gênero é uma experiência individual do gênero de cada indivíduo, correspondendo ou não ao sexo atribuído no nascimento, envolvendo a percepção pessoal de si, se identificando com o gênero masculino (homem), feminino (mulher) ou de alguma combinação dos dois, independente de sexo biológico (REIS, 2018).

A reflexão sobre a sexualidade ainda é um tabu e suas discussões estão ligadas mais à reprodução, ao papel da procriação e ao controle da natalidade do que a respeito ao que vem a ser sexo, sexualidade, prazer e seus variados conceitos que, de forma mais ampla, definem sexualidade. Discutir a sexualidade é falar sobre direitos fundamentais do ser humano garantidos por lei. É colocar em pauta o preconceito, a discriminação e a violência contra orientações sexuais dissidentes. É falar sobre o respeito, a tolerância, e principalmente, sobre como manter boas relações entre todos os grupos sociais que compõem a grande massa de cidadãos-trabalhadores, cuja “educação” foi muito influenciada pelo machismo (SILVA, 2013).

A violência de gênero surge do preconceito e da desigualdade entre homens e mulheres e se manifesta de forma particular por meio da discriminação de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e intersexuais. Frequentemente não é tipificada nas estatísticas, ficando oculta no conjunto de dados gerais da violência cotidiana. Pode chegar até ao assassinato, mas, na maioria das vezes, não é física nem extrema, mas ainda assim, muito prejudicial. Essa forma de discriminação se caracteriza como violência simbólica e se manifesta nos mais diversos contextos sociais, como a escola e as unidades de saúde, por exemplo, trazendo impactos negativos nas condições de saúde e qualidade de vida do indivíduo (CLAM/IMS/UERJ, 2009).

Para Goffman (1982) o estigma é um sinal em alguém que, a partir da identificação, resulta na exclusão social. Esse sinal pode ser físico, moral, ou etno-racial, esses três sinais trazem ao indivíduo estigmatizado a não aceitação social, deixando de ser notado em características pessoais. Preconceito, discriminação e estigma são determinantes sociais de saúde para a população LGBTI+ e geram vulnerabilidades que predis põem ao sofrimento mental, à utilização prejudicial de álcool e drogas e exposição à violência. O desconhecimento da informação sobre orientação sexual e o ocultamento de dados relevantes sobre essa

população reforça barreiras ao acesso e à atenção nos serviços de saúde (GUIMARÃES, LORENZO, MENDONÇA, 2021).

4.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO LGBTI+ NO BRASIL

Desde a década de 1970, movimentos sociais se empenharam na criação de políticas públicas e leis que promovessem a plena cidadania da população LGBTI+. No campo da educação, podemos assinalar, entre suas vitórias, a elaboração de materiais voltados para o combate à LGBTIfobia, como livros, cartilhas, documentários e vídeos. O Brasil é um país diverso e historicamente marcado por desigualdades não apenas de gênero, mas também raciais, sociais e políticas, nas quais as pessoas LGBTI+ também estão inseridas e o fortalecimento da sociedade civil é importante para conquistar e manter direitos de grupos em situação de vulnerabilidade (SANTOS; LAGE, 2018).

De acordo com o Manual de Comunicação LGBTI+ (REIS, 2018), a LGBTIfobia é definida como a indiferença, ódio ou medo dirigido à pessoas com orientação sexual ou identidade/expressão de gênero que não se encaixam na heterocisnormatividade. Para além da violência física ou simbólica, a LGBTIfobia é essencialmente ligada a estruturas hierarquizantes relativas a padrões relacionais e identitários de gênero, consideradas um problema político e social grave no país.

A LGBTfobia é uma das muitas manifestações de exclusão de cultura e pensamento nos serviços de saúde. Assim, é importante levantar estratégias para a luta contra o preconceito, discriminação e violência contra a população LGBTI+, para que haja aproximação e adesão dessa comunidade aos serviços de saúde através do acesso e do acolhimento. O fortalecimento dos vínculos com os ambientes de saúde é alcançado quando, ao procurar assistência, o indivíduo encontra atendimento integral e humanizado, levando a continuidade da busca aos serviços (PARENTE, et al 2021).

Em 2004, a criação do programa “Brasil sem homofobia” teve o objetivo de proporcionar cidadania e combater a violência e discriminação LGBTIfóbica em populações específicas, com ações voltadas para o apoio e suporte a programas de instituições não governamentais que trabalham na promoção da cidadania à população LGBTI+, para a capacitação de profissionais do movimento e o incentivo às denúncias de violência (CONSELHO, 2004).

Um importante marco desse compromisso foi a 13ª Conferência Nacional de Saúde (2008), que inclui a orientação sexual e a identidade de gênero nas análises da determinação social da saúde no país, com objetivo de construir políticas públicas. Isso validou tanto a

produção científica sobre o tema como também atendeu às reivindicações dos movimentos sociais de defesa dos interesses da população LGBTI+ (BRASIL, 2008).

Em 2008, o SUS implantou o Processo Transexualizador por meio da Portaria MS/GM nº 457, para a realização das cirurgias de redesignação de sexo de transexuais femininas, ampliando as conquistas no acesso aos serviços de pessoas transexuais. Por meio desta portaria, o Ministério da saúde definiu as diretrizes nacionais para o processo e garantiu o direito da pessoa transexual à cirurgia de redesignação sexual. Entende-se o Processo Transexualizador como um conjunto de estratégias de atenção à saúde pelas quais as pessoas transexuais passam em algum momento de suas vidas, implicando no processo de transformação dos caracteres sexuais (BRASIL, 2008; POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017). O Processo Transsexualizador no SUS passou por redefinição e ampliação em 2013, (portaria nº 2803 de 19 de novembro do Ministério de Saúde), reforçando a integralidade com as ações e serviços em atendimento ao Processo Transexualizador (BRASIL, 2013).

A portaria nº 1820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos dos usuários da saúde, permitiu o uso do nome social no cartão do SUS e poucos anos depois, já em 2016 (decreto nº 8.727/2016), houve o reconhecimento do nome social e da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional (BRASIL, 2009; BRASIL, 2016).

A PNSILGBT, em 2011, estabeleceu planos e metas sanitárias para combate à LGBTIfobia. Tendo como base os princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana, a PNSILGBT teve como objetivo geral proporcionar a saúde integral e acabar com a discriminação e o preconceito institucional, diminuindo as desigualdades encontradas no SUS como sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2013). A PNSILGBT propõe estratégias para o enfrentamento das desigualdades em saúde da população LGBTI+ em um plano transversal e em uma política compartilhada em todos os níveis da federação, através da comunicação e contato entre o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com suas respectivas responsabilidades e atribuições (BRASIL, 2013).

A promoção de equidade em saúde se dá pelo reconhecimento de contextos de violência e discriminação da população LGBTI+ e na busca pela sua superação. Como citado, orientação sexual e identidade de gênero se inserem na determinação social da saúde, pois exclusão social e estigma podem gerar sofrimento e constituir uma barreira ao acesso e aos cuidados de saúde (SILVA et al., 2020).

Em 25 de março de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS), através da aprovação de uma resolução, retirou da Classificação Internacional de Doenças (CID)-11, o chamado “transtorno de identidade de gênero”, definição que estabelecia como doença mental a situação de pessoas trans. Foi criado um novo capítulo no documento dedicado à saúde sexual que incluiu a transexualidade (ONU, 2019).

Outras conquistas são relevantes e fazem parte do processo de melhoria do acesso à saúde da população LGBTI+. Entre essas, destaca-se o reconhecimento, pelo Supremo Tribunal Federal (STF), da possibilidade de adequação do registro civil por transexuais e transgêneros que não tenham realizado cirurgia de transgenitalização, tanto no prenome quanto na classificação de gênero, bastando apenas a manifestação e vontade do indivíduo (autoidentificação) por meios administrativos e judiciais (STF, 2019).

Uma das principais queixas de movimentos sociais de minorias sexuais no país é que a homofobia e a transfobia não figuram na legislação penal brasileira, ao contrário de outros tipos de preconceito. A criminalização de algumas opressões e não de outras reforça a ideia de menos importância de alguns crimes (BARIFOUSE, 2019; BRASIL, 1989). Assim, outra vitória importante foi a criminalização pelo STF, em 2019, da LGBTIfobia em equiparação aos crimes de racismo (Lei 7716/1989), até que o Congresso Nacional edite a lei, dada a demora de ações punitivas para os atos bárbaros cometidos contra pessoas LGBTI+. A conduta passou a ser punida por essa lei, que hoje prevê crimes de discriminação ou preconceito por "raça, cor, etnia, religião e procedência nacional".

Guimarães et al. (2020) observaram que é necessário aprofundar o conhecimento dos profissionais de saúde e a implementação efetiva da PNSILGBT, para além do papel, reforçando o compromisso com esses usuários na APS pois, apesar dos avanços na legislação, ainda persiste no grupo a sensação de exclusão, desamparo e omissão na assistência à saúde. É importante manter e aperfeiçoar as políticas públicas voltadas para a comunidade LGBTI+, ainda mais no cenário atual, de quebra de direitos humanos no ambiente dos serviços de saúde (BARBOSA; BERIGO; ASSIS, 2020).

4.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A POPULAÇÃO LGBTI+

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a base organizadora e a porta de entrada prioritária dentro da rede de atenção à saúde (RAS) no país, cenário ideal para o cuidado continuado, longitudinal e coordenado dos indivíduos. Atualmente a APS tem no usuário-cidadão o centro e a base para um novo modelo assistencial em saúde. É considerada como o serviço de primeiro contato do paciente, orientado a resolver as condições e problemas de

saúde mais comuns de uma população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009; PEREIRA; CHAZAN, 2019).

Definida como um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas, a APS é a porta de entrada para os serviços de saúde, tendo como foco a resolução da maioria dos problemas e condições de saúde mais recorrentes. Na Conferência realizada em Alma-Ata a APS passou a ser compreendida como atenção essencial à saúde, com tecnologias e custo-efetivo, com o dever de garantir a toda comunidade plena participação (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

Barbara Starfield (2002), médica e pesquisadora estadunidense, propõe uma abordagem para caracterizar a APS, largamente difundida também no Brasil, e que a define como o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde. Nessa concepção, só seriam referidos os casos muito incomuns e que exigem atuação mais especializada. São consideradas características específicas da APS:

A prestação de serviços de primeiro contato; a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação clínico-paciente ao longo da vida; a garantia de cuidado integral considerando-se os âmbitos físicos, psíquicos e sociais da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde; e a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009, p. 583).

Além de principal porta de entrada no sistema de saúde, a APS, proporciona atenção para o indivíduo e para as condições mais comuns na comunidade, promovendo prevenção, cura e reabilitação para a melhoria da saúde e bem-estar. A APS deve trabalhar articuladamente (por meio da RAS) com outros níveis de atenção, de forma não exclusivista, através da responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, prevenção, tratamento e reabilitação, e trabalho em equipe (STARFIELD, 2002).

A APS no Brasil começou a ser discutida na década de 70, entrando em debate na Reforma Sanitária brasileira, defendendo a unificação do sistema de saúde e a valorização do primeiro nível de atenção (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009). Fausto e Matta (2007) assinalam o destaque e dedicação do Ministério da Saúde em reorganizar a atenção à saúde com foco na APS, ganhando expressão com a instituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994. Estes programas foram importantes para incentivar a organização em nível municipal e local, ensejando a construção de propostas variadas.

A APS deve estar acessível para atender as demandas e acompanhamento de todo cidadão de forma longitudinal a partir de ações de proteção, prevenção, recuperação e promoção da saúde. Por isso, é importante que ela se oriente pelos princípios de

universalidade, integralidade e equidade, considerando a singularidade, o contexto cultural e os determinantes sociais da saúde, de maneira a atender as necessidades em saúde da população LGBTI+. (SANTOS; SILVA; FERREIRA, 2019; BRASIL, 2012).

A garantia do acesso à saúde é um elemento fundamental para a observância da universalidade e da equidade. Há várias definições de acesso. Dentre elas, Travassos e Martins (2004) citam o clássico modelo proposto por Andersen, que define acesso como um componente dos sistemas de saúde e se refere não apenas à entrada no serviço de saúde, mas também à sua continuidade, compreendendo o recebimento de cuidados posteriores. O acesso aos serviços de saúde é influenciado por fatores individuais como: fatores predisponentes, que existem antecedentes ao aparecimento do problema de saúde e influenciam a busca por cuidado; fatores capacitantes, que são os meios disponíveis para adquirirem cuidado; e necessidade de saúde, quando se é percebida ou diagnosticada alguma condição de saúde.

Para além da simples utilização, o acesso pode ser caracterizado pela oportunidade de utilizar os serviços em situações que permitam ao indivíduo o uso dos mesmos. A origem e extensão das barreiras ao cuidado percebidas por diferentes grupos interferem nas discussões do acesso à saúde. Em países orientais como o Paquistão, por exemplo, mulheres não tomam decisões sozinhas, o que influencia no acesso aos cuidados, já em sociedades ocidentais, nos quais o nível de liberdade é maior, elas buscam mais os serviços do que homens (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

O acesso ultrapassa a idéia de porta de entrada e pode ser considerado um “dispositivo” que transforma a realidade a partir da garantia universal do usuário ingressar no sistema de saúde através da cidadania, construindo ambientes de acordo com as demandas sociais e sanitárias. Considerado como ponto de partida para a relação serviço/usuário, o conceito de acesso pode ser resumido no conjunto de dimensões específicas que apresentam a adequação entre os usuários e o sistema de cuidados em saúde. Em relação às dimensões específicas: a “disponibilidade” é compreendida como relação entre o volume de usuários e o tipo de serviços e necessidades; a “acessibilidade”, a relação entre a localização da oferta e usuários; a “acomodação ou adequação funcional” é a relação entre como a oferta está organizada e a capacidade dos usuários adequarem a esses fatores; a “capacidade financeira”, a relação entre os custos dos serviços; e, por último, a “aceitabilidade”, que diz respeito à relação entre as atitudes dos usuários sobre os trabalhadores de saúde, e a aceitação da prestação de serviço e assistência dos trabalhadores a esses mesmos usuários (JESUS; ASSIS, 2010).

A criação das políticas para população LGBTI+ estimulou a discussão sobre o acesso em todas as áreas da gestão pública e, principalmente, entre profissionais da saúde. A APS, por ser o ambiente de primeiro contato, merece investimento na educação continuada de profissionais e ações que melhorem a qualidade do atendimento a esses grupos, promovendo um ambiente seguro e com respeito à diversidade (ALBUQUERQUE; BOTELHO; RODRIGUES, 2019).

A potencialidade do acolhimento é colocada em xeque devido à ausência de sua articulação com outras redes integradas, pelo excesso de demanda e por problemas no primeiro atendimento nos serviços. Por meio da prática de escuta ao usuário, objetiva-se aumentar a equidade, possibilitando resolutividade e agilidade no primeiro atendimento da equipe de saúde (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

A não adequação da população LGBTI+ aos padrões cisheteronormativos interfere no acesso à saúde e na qualidade da atenção, levando a situações de vulnerabilidade. A busca pelos serviços de saúde está intimamente ligada ao estigma enfrentado nesse processo. Apesar da importância de todo processo de criação de políticas públicas e o reconhecimento das violências contra essa população são importantes, barreiras de acesso persistem. Embora as políticas e a legislação tenham avançado, há de ser contabilizada a resistência dos enfrentamentos locais e, principalmente, a subjetividade dos próprios profissionais de saúde no processo de atendimento (SANTOS et al., 2020).

Os autores que se dedicaram a esse assunto destacam que as principais barreiras na APS decorrem do preconceito e da não humanização no processo de acolhimento dessa população. No caso da população travestis e transexuais, um exemplo disso é a falta de respeito ao nome social, que pode afastar potenciais usuários dos serviços. A não disponibilidade do profissional em atender, a precariedade no atendimento, a falta de educação, e a limitação no atendimento médico relacionado à sexualidade, alimentando a ideia de patologização das práticas e identidades sexuais são algumas das dificuldades identificadas pela literatura (LIMA et al., 2019). Em um estudo sobre a assistência à saúde de minorias sexuais e de gênero, Silva e Costa (2020) salientam que, quando há percepção da falta de conhecimento dos profissionais de saúde em relação à orientação sexual, os participantes afirmam interromper o seguimento da assistência, ou seja, não obtêm a satisfação de suas necessidades, recebem cuidados inadequados, permanecem carentes de serviços assistenciais apropriados e vítimas de preconceito.

Em pesquisa sobre a percepção de homossexuais masculinos a respeito do acesso ao SUS, Santos et al (2020) observaram que existe uma carência da interdisciplinaridade nos

serviços. Alguns entrevistados apontaram a falta de apoio psicológico como uma barreira, percebendo a ausência de recursos materiais, inclusive recursos humanos, e a necessidade de assistência multiprofissional.

Quanto ao acesso de lésbicas e mulheres bissexuais aos serviços de saúde, 40% delas não informam sua orientação sexual, pois quando isso acontece o atendimento é feito de forma apressada, ou não existe solicitação de exames considerados importantes. A cobertura de exame preventivo de câncer de útero é menor em lésbicas e mulheres bissexuais em relação às heterossexuais. Travestis têm uma maior frequência de depressão, crises de ansiedade e sensações de pânico em relação à população em geral (PNSILGBT, 2011).

A dificuldade em revelar a orientação sexual é tida como uma das principais barreiras para a procura dos serviços de saúde por lésbicas. O atendimento nos ambientes de saúde a mulheres tem, no geral, a heterossexualidade como ponto de partida, não sendo consideradas as orientações e identidades desviantes do modelo hegemônico. Isso leva à discriminação e ao preconceito fazendo com que as lésbicas se sintam vulneráveis e não acessem os serviços de saúde. Quando procuram e revelam a orientação sexual, evidenciam-se problemas como ansiedade, medo do preconceito, falta de confidencialidade e vergonha em situações de exposição de intimidade (SILVA; GOMES, 2021).

Oliveira e colaboradores (2018), em estudo sobre o acesso da população LGBTI+ em Unidades Básicas de Saúde, também apontam que esses usuários tendem a omitir sua orientação sexual e de gênero no atendimento, de modo a se proteger do preconceito, o que lhes traz invisibilidade e reduz suas chances de terem suas reais necessidades atendidas, causando o afastamento e busca de outros serviços.

Dentro da assistência à saúde é importante que a equipe profissional seja esclarecida quanto ao seu papel social e estejam dispostos a fazer valer os direitos dessa população. Utilizar os pronomes corretos, nome social e/ou nome de registro, entender a individualidade do cidadão, são formas de diminuir a violência simbólica, sorofobia, LGBTIfobia e as vulnerabilidades sociais e psicológicas que afetam diretamente o acesso à saúde (CAMPOS et al., 2020). O reconhecimento de preconceitos e estigma, a educação e o preparo da equipe profissional são importantes para o enfrentamento da LGBTIfobia e para um atendimento de qualidade, regido por princípios, de forma humanizada e equânime (SANTOS et al., 2020; PAULINO et al., 2019).

O cenário de pandemia de covid-19 dos últimos dois anos impactou toda a população LGBTI+, potencializando uma série de problemas previamente enfrentados pela mesma, principalmente os relacionados à saúde mental, trazendo consequências para a saúde que

ultrapassam a infecção pelo vírus. A literatura tem observado o aumento das vulnerabilidades relacionadas à saúde mental de pessoas LGBTI+ por conta da pandemia, inclusive por estratégias de prevenção do vírus, como o distanciamento e isolamento social, o que intensificou conflitos no ambiente familiar, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, o sofrimento emocional (SANTANA; MELO, 2021).

A literatura até agora permitiu observar que a população LGBTI+ enfrenta grandes desafios ao buscar e utilizar os serviços da APS, o que interfere na saúde e no bem-estar desse grupo. Porém, são exíguos os estudos fora dos grandes centros urbanos.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Propõe-se um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. De acordo com Gil (2008), o principal objetivo da pesquisa descritiva-exploratória é desenvolver, esclarecer e transformar ideias, na intenção de caracterizar as demandas mais marcantes do grupo analisado e contribuir para estudos futuros.

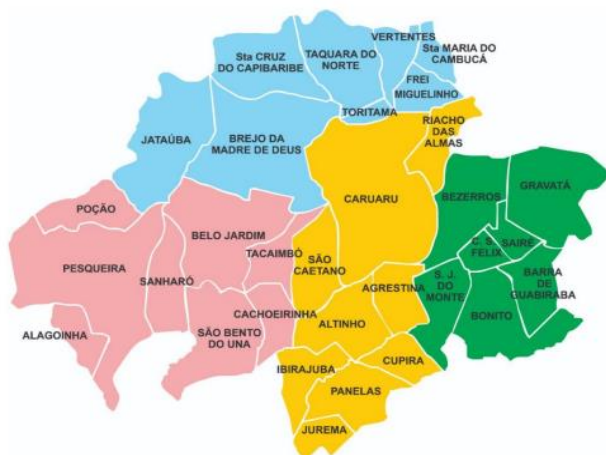
O objetivo da pesquisa qualitativa é aprofundar na investigação dos fenômenos que estuda, como ações dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente ou contexto social, a partir da interpretação do ponto de vista dos próprios sujeitos inseridos no contexto, sem representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito (GUERRA, 2014). A abordagem qualitativa enfatiza a investigação da compreensão de um grupo social ou uma organização e busca esclarecer o porquê das coisas. Os dados examinados são não-métricos (GERHARDT, 2009).

5.1 CONTEXTO DO ESTUDO

O município Santa Cruz do Capibaribe é localizado no agreste pernambucano (Figura 1), é o maior produtor de confecções de Pernambuco e segundo do Brasil e o 13º mais populoso do estado, com 111.812 habitantes (IBGE, 2021; SEBRAE, 2013).

A cidade possui 23 Unidades Básicas de saúde (UBS), 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 1 Centro de Testagem e Acolhimento (CTA), 1 hospital geral (Hospital Municipal Raymundo Francelino Aragão); 1 hospital materno infantil (Hospital Materno Infantil Silvio Romero Gonçalves Monteiro) que ofertam atendimento médico especializado em nível ambulatorial para seus respectivos público-alvo, 2 Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e 1 Serviço de atenção domiciliar (SAD) para pacientes acamados em domicílio (CNES, 2022). O município faz parte da IV região de saúde (Caruaru), composto por mais 31 cidades.

Figura 1 Localização geográfica do Município de Santa Cruz do Capibaribe no Estado de Pernambuco.



Fonte: PERNAMBUCO, 2021, pág 8.

A Cores do Capibaribe é uma associação não governamental de promoção, apoio e defesa dos direitos humanos, em especial de pessoas LGBTI+, e funciona no município pernambucano de Santa Cruz do Capibaribe. Tem como objetivo atuar na luta contra o preconceito e a discriminação, contribuir para a construção de climas favoráveis ao respeito e efetivação da cidadania da população LGBTI+, assim como exercer o controle social das políticas públicas para essa comunidade na cidade em que atua, promovendo a capacitação de militantes, ativistas e lideranças da causa LGBTI+.

Criada em 2014, ainda como coletivo, a associação era chamada UER-SCC (União para Espaço e Respeito). Conta com o apoio de parceria importante do Instituto UESCC (União dos Estudantes de Santa Cruz do Capibaribe), que atualmente cedeu uma sala nas suas instalações como sede provisória. A associação continua na busca em captar recursos para a construção de uma sede fixa para obtenção de autonomia, bem como o desenvolvimento de atividades sociais, culturais, criação de projetos e formação política.

A associação existe há quase uma década, sendo a única voltada à população LGBTI+ no município. Foi criada em razão da necessidade de resistência da população LGBTI+ da cidade frente à violência em que vive imersa, sendo que nesses últimos 11 meses foram recebidas 5 denúncias de LGBTIfobia.

Atualmente, a Cores do Capibaribe funciona em esquema de “porta aberta” três dias na semana (segunda, terça e quinta-feira) das 14:00 h às 17:00 h, ou a depender da demanda de projetos, capacitação e oficinas. Realiza ainda um encontro toda segunda terça-feira do mês, em que oferece acolhimento através de orientação e encaminhamentos aos usuários,

apoio psicológico e jurídico gratuitos. A organização conta com uma equipe de voluntários e profissionais composta por seis psicólogas, uma advogada e serviço de assistência social. Este último é prestado pela prefeitura, disponível uma vez na semana, para as pessoas encaminhadas, como forma de apoio ao trabalho da entidade. A associação atualmente busca a inserção no conselho de saúde.

5.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes desta pesquisa são lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e intersexuais (LGBTI+) membros da Cores do Capibaribe, além de pessoas que buscam atendimento na associação. São critérios de inclusão: se autodeterminar pertencente à população LGBTI+, ter utilizado os serviços públicos de Atenção Primária de Saúde no município nos últimos 36 meses antes das entrevistas e ter dezoito anos ou mais.

A seleção dos participantes do estudo foi realizada por amostragem de conveniência, na qual a participação dos indivíduos se deu pelo fácil acesso ao pesquisador, sem a pretensão de representatividade numérica (HULLEY; NEWMAN; CUMMINGS, 2013).

5.3 ASPECTOS OPERACIONAIS

Como ponto de partida para a elaboração desta dissertação, o presidente da Cores do Capibaribe foi contatado para esclarecimento sobre a pesquisa e os principais procedimentos previstos, tendo se mostrado receptivo ao desenvolvimento da pesquisa e disposto a colaborar, concordando a participação através da assinatura do termo de anuência.

Com o intuito de apresentar a proposta do estudo, mobilizar os integrantes da associação e facilitar a criação de vínculos entre participantes da pesquisa e o pesquisador, foi realizado um encontro prévio à coleta de dados, no dia 13 de setembro de 2022, segunda-feira do mês, de forma presencial na sede da Associação, onde aconteceu a reunião mensal entre associados e interessados para discussão de pautas. Foi feita a apresentação, explicada a relevância do tema, o processo de abordagem dos participantes, coleta de dados e critérios de inclusão. Foram convidadas todas as pessoas LGBTI+ tanto usuárias, quanto membros afiliados à Associação Cores do Capibaribe que conta, atualmente, com 25 associados. Foram agendadas 16 entrevistas, dos membros e usuários presentes que preencheram os critérios de inclusão e conforme disponibilidade informada pelos entrevistados.

O pesquisador esteve presente na Associação para realização das entrevistas agendadas durante os dias de funcionamento.

5.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados a partir do roteiro de entrevista (Apêndice 1), aplicado pelo pesquisador principal, organizado em blocos e informações de interesse referente ao tema específico de cada bloco. As citações mais pertinentes e representativas de cada entrevistado foram organizadas de acordo com os objetivos relacionados.

A coleta foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas individualmente em cerca de 40 minutos em uma sala na sede da Associação, em ambiente reservado, garantindo privacidade dos participantes. Foram abordados os membros e os usuários da Associação.

Buscou-se, além de permitir aos participantes responderem as perguntas, que expressassem as suas vivências, em respostas livres e espontâneas (GERHARDT, 2009). Abordou-se a percepção da população LGBTI+ em relação à utilização da Atenção Primária à Saúde, com foco nas dificuldades enfrentadas nos serviços de saúde pertencentes aos serviços de atenção primária do município. Elas foram gravadas e transcritas na íntegra para análise dos dados.

Adicionalmente foram obtidas com a direção da Cores do Capibaribe informações sobre o funcionamento da Associação e sugestões para refinar a abordagem aos entrevistados. Foi também visitado o CTA.

5.5 INFORMAÇÕES DE INTERESSE

O roteiro de entrevista foi organizado em 5 blocos (Apêndice 1), sendo a principal intenção de cada um deles sumarizada no Quadro 1.

Quadro 1 Organização do roteiro de entrevista

Bloco	Informação de interesse
Caracterização do entrevistado	Verificar Critérios de inclusão, dados sociodemográficos.
Último atendimento na APS	Entender como acontece o atendimento de pessoas LGBTI+ na APS, experiências vividas e motivos de busca.
Atendimentos em saúde em geral e comparação com APS	Como é percebido o atendimento em outros serviços de saúde além da APS, e as diferenças nesses atendimentos.
Percepção sobre as barreiras de acesso	Compreender as dificuldades enfrentadas no acesso a APS e como elas se expressam.
Conhecimento sobre normativas	Verificar o conhecimento dos entrevistados em relação às políticas e direitos de pessoas LGBTI+.

5.6 ANÁLISE DE DADOS

Foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin, que se desdobra em três fases (BARDIN, 2016).

A primeira fase é feita através das escolhas e análises das transcrições. O investigador deve criar indicadores que norteiam o entendimento do material, em que a pré-análise possui as seguintes funções: 1) a Leitura Flutuante em que o pesquisador deve ter um contato direto com o material, dominando o seu conteúdo; 2) a escolha dos documentos, demarcando o universo de documentos de análise: Deve responder há algumas regras de validade qualitativa como a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; 3) Formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, possibilitando a correção de interpretações e aberturas para novos questionamentos (BARDIN, 2016).

A segunda fase da análise é a fase de exploração do material. Nesta etapa, foi priorizado o processo de categorização, reduzindo o texto a temáticas significativas. A terceira e última etapa é a de tratamento dos resultados obtidos e respectiva interpretação.

A partir daí, o responsável pela análise exerceu as interpretações (terceira fase), inter-relacionando-as com o quadro teórico apontado inicialmente ou abrindo outras pistas em volta de novas dimensões teóricas e interpretativas (BARDIN, 2016).

5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A proposta deste estudo foi submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da Escola Nacional de Saúde Pública/FioCruz e a pesquisa foi iniciada somente após essa aprovação. Foram solicitados aos participantes seus consentimentos, expresso pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2) e conforme as resoluções do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 e 510/2016 (BRASIL, 2016; BRASIL, 2012).

Tendo em vista que foram incluídos, além dos membros, pessoas que procuraram atendimento na Cores do Capibaribe, a abordagem foi feita de forma cuidadosa e ao final do atendimento, buscando deixar claro que tanto a recusa quanto a participação na pesquisa, que não está vinculada à ONG, não interferem com o atendimento lá prestado.

O arquivo digital com as entrevistas gravadas com a respectiva transcrição foi armazenado em local seguro, com acesso autorizado somente ao pesquisador, que encarregou-se das transcrições, e suas orientadoras.

6 RESULTADOS

Foram entrevistadas 13 pessoas, das quais 8 membros da associação e 5 usuários não afiliados à Cores do Capibaribe, no período de 13 a 20 de setembro de 2022.

Foi malograda a tentativa de obter, no período necessário à conclusão deste estudo, o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual e o Relatório de Gestão. Apesar dos repetidos contatos, que continuaram por meio de e-mail e telefone mesmo após a presença no campo, os documentos não foram entregues nem colocados em sítio eletrônico.

Os entrevistados em geral, eram jovens, com idade entre 19 a 42 anos, predominantemente de cor branca (9 em 13). Dos 13 entrevistados, a orientação sexual bissexual foi a mais frequente, tendo referida por cinco dos entrevistados. Quanto à identidade de gênero, seis se declararam cisgênero, três eram homens trans e uma mulher era trans.

Em relação à profissão, cinco pessoas trabalhavam no ramo têxtil, possivelmente devido ao fato de Santa Cruz do Capibaribe ser destaque na produção de confecções (Quadro 2).

Quadro 2. Caracterização dos entrevistados.

Idade(anos)	Raça/cor	Orientação sexual	Identidade Gênero	Profissão
19	Branca	Bissexual	Mulher cis	Recepcionista
20	Negra	Pansexual ^{1*}	Homem cis	Desempregado
21	Branca	Bissexual	Homem cis	Desempregado
21	Parda	Hétero	Homem trans	Costureiro
23	Branca	Hétero	Mulher trans	Costureira
24	Branca	Gay	Homem cis	Analista de qualidade de tecidos
28	Branca	Bissexual	Não Binária	Vendedor
30	Branca	Bissexual	Não conformista de gênero	Artista visual e comerciante
30	Preta	Bissexual	Mulher cis	Cabelereira
33	Branca	Lésbica	Mulher cis	Barbeira
38	Branca	Hétero	Homem Trans	Psicólogo
38	Branca	Hétero	Homem trans	Costureiro
42	Parda	Gay	Preferiu não falar	Assistente administrativo

^{1*} Pessoas pansexuais podem desenvolver atração física, amor e desejo sexual por outras pessoas, independente de sua identidade de gênero ou sexo biológico. A pansexualidade é uma orientação que rejeita especificamente a noção de dois gêneros e até de orientação sexual específica (REIS, 2018).

6.1 PRINCIPAIS MOTIVOS DA BUSCA POR ATENDIMENTO PELAS PESSOAS LGBTI+ NA APS

Os entrevistados relataram utilizar a Unidade Básica de Saúde para realizar procedimentos de prevenção como vacinação e exames de rotina, como hemograma, por exemplo. No caso da vacinação os exemplos foram relacionados à COVID-19.

"A última vez que eu fui foi para a vacinação. 4ª dose." (E8)

"Eu busquei para fazer exame de rotina... como por exemplo, o hemograma." (E11)

Outros motivos de busca por cuidado em saúde incluíram problemas como alergia, cólica e saúde mental:

"Eu tive uma alergia, e não sei o motivo... e precisei ir no médico para saber o que era..." (E7)

"eu me senti mal com uma crise de cólica que eu tenho devido ao estresse... sempre quando ela vem eu estou ansiosa e nervosa e estressada eu vou." (E9)

O caso que demandou cuidado em saúde mental foi referido para atendimento especializado.

"Quando eu fui no postinho foi só encaminhamento, porque era numa época que tava precisando de apoio psicológico..." (E2)

Dois entrevistados, homens trans, relataram ir a UBS para buscar informação visando realizar o processo transexualizador, demanda que não obteve resposta.

"O atendimento que eu fui foi sobre a minha transição, e a falta de comunicação, a falta de informação que tem aqui é horrível... Eu estou numa fila de espera de quatro anos." (E10)

"Eu procurei um ginecologista para ver se eu conseguia com ele acompanhamento na questão da transição, pra me orientar e infelizmente eu não obtive retorno." (E5)

Ao serem questionados sobre quais serviços ou unidades utilizam em um primeiro atendimento, afirmaram procurar a UBS mas também o CTA.

"Geralmente lá na UBS." (E8)

"É no postinho." (E11)

"É, normalmente o que eu mais frequento (CTA), nas vacinações da Covid me vacinei no postinho..." (E1)

O CTA foi citado diversas vezes nas entrevistas, demonstrando ser um lugar de uso frequente por esta população. Foi identificado nas falas que os entrevistados vão ao CTA para realização de exames de ISTs.

"...regularmente eu faço exames de averiguação de sífilis, das ISTs." (E1)

"Fui no CTA, fiz o exame, teste de HIV, e fui bem recebido (E4)

"...já fiz alguns exames também no CTA aqui da cidade" (E2)

Também foi mencionada a utilização da UPA para primeiro atendimento. Alguns entrevistados relatam ir a UPA em demandas de urgência e emergência, como é apresentado a seguir:

"Sempre a UPA, porque é sempre urgência." (E7)

"...a UPA, que é emergência." (E10)

"Depende do que eu tenho ou preciso, se eu to passando mal eu vou pra UPA..." (E3)

Outros entrevistados afirmam utilizar também o Hospital Municipal como lugar de primeiro atendimento.

"Eu sempre vou no hospital... o único lugar imediato é o hospital." (E2)

"Geralmente no hospital." (E12)

6.2 PERCEPÇÃO DOS (AS) PARTICIPANTES SOBRE O ATENDIMENTO PRESTADO NAS UNIDADES DA APS

Os pontos principais que perpassaram esse tópico foram relativos ao conforto e acolhimento na percepção da população LGBTI+ com bases nas experiências vividas na APS. Parte expressiva dos entrevistados se sentiu acolhida e teve um bom atendimento ao utilizar a UBS.

"Foi rápido, mas eu fui bem atendida. Foi por uma médica, me senti mais a vontade." (E8)

"Sim... foi cordial, foi respeitoso." (E3)

"Foi tranquilo, foi normal, não teve nenhum pré-julgamento." (E6)

Também há relatos em que a percepção não foi boa. Uma entrevistada relata insegurança em um exame ginecológico, sentindo-se constrangida, não realizou a coleta do material para o exame preventivo de colo de útero na unidade.

“É... porque rola muita insegurança... Eu fiz os exames... E a lâmina que era para fazer lá eu não fiz... por ser um atendimento mais íntimo, aí rola meio que um certo constrangimento, um certo receio” (E11)

Uma entrevistada, mulher trans, não se sentiu acolhida ao utilizar a UBS.

“quando eu estava na minha transição, foi muito difícil encontrar esse acolhimento aqui no município... não tinha profissionais capacitados da secretaria, até nos postos de saúde não tinha...” (E9)

Ela ainda afirma que, ao frequentar a UBS, a sua aparência facilita o atendimento e que quando alguém a reconhece como transexual dificulta esse processo.

“...como passo muito despercebida e muitas vezes não passo tanto preconceito. Mas quando há alguém que me conhece... coloca alguns empecilhos pra dificultar o meu atendimento” (E9)

Os relatos indicaram que há heterogeneidade nos atendimentos das unidades e expressam preferências entre elas, como se pode observar no caso abaixo, em que o participante precisou ser encaminhado por não ter sua demanda resolvida.

“ Eu acho a da “São Cristóvão” mais confortável que a outra...porque das vezes que eu recorri ao centro não conseguiram solucionar. Eles não tinham a vacina e me encaminharam pra esse outro. Eu achei assim, meio... sem prestar o serviço.” (E3)

6.3 ATENDIMENTOS EM OUTROS PONTOS DA REDE DE SAÚDE EM COMPARAÇÃO COM APS.

Cada pessoa passa por experiências diversas em outros serviços de saúde além da APS, e a partir dessa percepção existem questões a serem consideradas. Os entrevistados percebem diferença entre os pontos da rede de atenção, relatando que o ambiente da UBS é mais acolhedor e empático em relação ao da UPA, como apontam os trechos abaixo:

“...na UBS eu identifico mais acolhedor, mais atencioso. Na UPA geralmente por ser emergência, é mais corrido, as pessoas atendem aparentemente impacientes e demora também. Mas na UBS é mais tranquilo.” (E8)

“eu sinto que no postinho é um atendimento mais... humanizado do que na UPA, por exemplo... na UPA já não é uma coisa

muito interpessoal, é muito mecânica, e as pessoas terminam ficando mais inseguras ali, né?" (E11)

"na UPA eu não vejo esse acolhimento por parte do pessoal que trabalha lá." (E13)

Como citado anteriormente o CTA é um local que esses entrevistados frequentam amiúde e onde se sentem confortáveis. O CTA é percebido como um ambiente acolhedor e com trabalhadores mais preparados para o atendimento à população LGBTI+, como é observado nos relatos seguintes:

"...especificamente o CTA eu acho um espaço de muito acolhimento, não sei se é porque é um centro de testagem dessas doenças e tá mais direcionado a essa galera com vulnerabilidade. Então é um ambiente... que tem certa empatia com os corpos que frequenta aquele lugar." (E1)

"Eu acho uma grande diferença do CTA para as outras... as pessoas que eu vejo que tem uma empatia maior tem uma formação...." (E1)

"O atendimento foi péssimo (hospital municipal) pra essa medicação, embora no CTA foi maravilhoso." (E4)

Para outros entrevistados, há falta de informação, preparo, capacitação e humanização nos atendimentos do ambiente de saúde em geral.

"...a questão da humanização, nas duas situações eu acho que falta." (E5)

"É muita falta de informação... eles não têm um preparativo pra atender... Não tem capacitação nenhuma pra atender de heteronormativo ao LGBTQIA+..." (E10)

Uma entrevistada relata que no processo de harmonização no Hospital das Clínicas obteve contato com uma equipe multiprofissional e especializada, tendo considerado o atendimento que recebeu lá mais acolhedor do que na APS.

"Vejo muita diferença... a gente é bem acolhida, recebida, acompanhada, orientada... eu tive atendimento psicológico e atendimento de médico, de hormônios, de assistente social, para garantir todos os meus direitos." (E9)

Da mesma maneira, outro entrevistado diz que considera o atendimento diferente quando esse acontece com um profissional que entende suas experiências enquanto pessoa LGBTI+.

"...pra mim tem uma diferença enorme chegar e conversar com alguém que provavelmente entendeu o que eu passei e saber quem eu sou, como LGBT...(E2)

Os entrevistados consideram que a informação de identidade de gênero/orientação sexual é importante no atendimento à população LGBTI+ para que exista um ambiente mais acolhedor e sem preconceito, sobretudo lésbicas e mulheres bissexuais em consulta ginecológica e pessoas trans quanto ao nome social e pronomes de tratamento, como afirmam:

"Acho que é importante... Já faz muitos anos que eu só me relaciono com mulheres, então eu acredito que tenha uma importância... numa consulta ginecológica, o especialista saber disso." (E11)

...não acho importante essa pergunta por curiosidade, mas como a pessoa gostaria de ser tratada, a pessoa se dirigir e questionar como você gostaria de ser tratada, eu acho isso importante." (E5)

"...uma pessoa trans, eu acho que é importante saber como é que ela prefere ser chamada, identificada..." (E8)

É relevante ter o conhecimento dos direitos que a pessoa LGBTI+ possui para que através disso, tenha consciência do que é garantido. Durante as entrevistas foi observado que grande parte dos participantes afirmam conhecer leis e direitos para a população LGBTI+, destacando o reconhecimento da LGBTIfobia como crime e o direito ao nome social.

"...a LGBTIfobia se enquadra nos crimes de racismo a gente se sente mais seguro nesse ponto, eu acho que me seguro muito nessa lei..." (E1)

"...tem que ser respeitado o meu nome social enquanto pessoa, e que eles tem que me respeitar da forma que eu quero ser tratado."(E13)

É importante compreender as dificuldades que existem no contexto ao acessar os ambientes de saúde na APS. Alguns entrevistados relatam mau atendimento na utilização do serviço, onde é observado que o entrevistado 3 (E3) demonstra desconforto diante da situação e comportamento da equipe frente a solicitação/realização do exame de HIV, não achando necessidade da solicitação para aquela situação.

"... já vivi experiência que eu achei meio desconfortável... eu tive uma gripe muito forte... e dentre as muitas coisas que me solicitaram que me solicitaram foi exame de HIV... gerou uma grande tensão ali, essa coisa tipo, "quem vai contar?"... talvez não era um exame necessário naquele momento..." (E3)

Além disso, outros entrevistados demonstram constrangimento durante consulta médica, sobretudo em consulta ginecológica, na qual o profissional invalida o processo de transição.

"...eu tentei falar pra ele da importância que é para mim o meu processo de transição, e ele meio que não validou, ele ficou questionando o porquê daquela decisão..." (E5)

"o médico olhou para mim e disse assim "...eu não vou lhe passar um medicamento para você virar mulher, porque na verdade esse medicamento não vai fazer você virar mulher". Ou seja, ele quis dizer se eu mesma me enchesse de hormônio de jeito nenhum ia ser uma mulher. Então eu saí assim, passada dali." (E9)

A não humanização e a invalidação das identidades implicam diretamente no uso dos serviços. Alguns entrevistados observam desrespeito e invalidação em relação ao nome social e identidade de gênero no ambiente da APS, gerando constrangimento no momento do atendimento.

"Quando eu não tinha o nome retificado era um absurdo, que mesmo ele vendo lá, né? E ele ficava me chamando "E-, E-" eu não me levantava." (E9)

"...ele falou que não ia chamar pelo meu nome, porque o meu nome, que estava no meu registro era M, não era L... Então, no caso, me constrangeu." (E10)

"falaram o nome civil... em claro, alto e bom som para todos escutarem e para eu ser atendido eu tive que me prestar a esse constrangimento..." (E13)

Ainda, relacionado às dificuldades encontradas nos atendimentos, três entrevistados dizem deixar de buscar atendimento pressupondo não ser bem recebido, procurando alternativa em outros ambientes, principalmente se automedicar.

"...procuro não ir. E se eu tiver qualquer tipo de problema, de doença, eu procuro uma farmácia..." E10

"Tive que comprar medicamento, me medicar em casa. Muitas vezes é errado e acaba não ajudando..." E12

"Me mediquei em casa, quando eu penso "não dá para eu ficar e eu não preciso ir, eu preciso passar por isso" eu me medico em casa." (E13)

Na busca e utilização dos serviços em saúde, o estigma pode está presente e interferir nesse processo. Sabendo que essas barreiras não são somente na APS, um entrevistado afirma

ter um atendimento ruim quando realizou tratamento de Sífilis, no Hospital Municipal, justificando sua sexualidade para o contexto dessa situação.

"...deu sífilis e eu precisei tomar medicação... é no hospital municipal e o atendimento foi péssimo... não sei se é o fato de você ser homoafetivo e você ter contraído uma doença por ter feito relação sem camisinha..." (E4)

7 DISCUSSÃO

O contato com a população LGBTI+ permitiu a aproximação com a realidade do usuário e sua relação com a APS em um município nordestino por meio de relatos de atendimentos, experiências e dificuldades enfrentadas nesse processo, possibilitando refletir como essas questões interferem na vida, saúde e bem-estar dessa população.

São relevantes os estudos da população LGBTI+ em regiões interioranas, longe de grandes centros urbanos, tal como o aqui empreendido, já que há pouco investimento para essas pesquisas. Magalhães (2022) cita a importância da construção identitária e singularidade da pessoa LGBTI+ em um contexto interiorano permeado por aspectos culturais e sociais em cidades com essa característica, levando em conta a realidade política. O contexto político da cidade do estudo deve ser considerado diante da realidade do país nos últimos quatro anos, frente ao que se vem chamando de “bolsonarismo”, concepção política orientada pelo conservadorismo, negacionismo científico e retrocesso nas políticas públicas para populações em situação de vulnerabilidade, ademais de propalado preconceito de gênero. Santa Cruz do Capibaribe é a única cidade do estado de Pernambuco onde Bolsonaro venceu Lula na eleição de 2022 e, em 2018, também foi a única cidade do estado onde Bolsonaro venceu Fernando Haddad, nos dois turnos (BRITO, 2022).

Essas características permitem pressupor desafios em assumir identidade sexual e gênero dissidentes, sem espaços para essas vivências. Ser LGBTI+ nesses contextos é sofrer processos de repressão mais intensos (FRANCO; SALVADOR, 2020).

A indisponibilidade pública e dificuldade na obtenção de instrumentos como o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual e o Relatório de Gestão sugerem baixa organização no SUS municipal e falta de transparência, pois tais documentos deveriam ser públicos. O bom desenvolvimento do Estado e o exercício da cidadania por meio da participação das pessoas se dá pela garantia do direito à informação. A transparência na administração pública é um princípio de valor, e é direito de todo cidadão receber informações contidas em documentos de interesse particular ou coletivo dos órgãos públicos, possibilitando o controle social sobre as ações praticadas pelo estado (RIBEIRO; FERREIRA; TEIXEIRA, 2017).

Em geral, os participantes da pesquisa, usuários dos serviços da APS do SUS, eram adultos jovens. Por muito tempo, esse grupo populacional foi visto como saudável, com baixo risco de adoecimento e morte. Mas é relevante considerar projetos políticos, sociais e práticas no serviço de saúde diante do aumento de índices de morbimortalidade frente a causas

externas, ISTs e fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis nessa faixa etária (DIAS-DA-COSTA et al., 2008; MARTINS et al., 2019).

Martins e colaboradores (2019), no objetivo de analisar a associação entre o acesso aos serviços da APS de adultos jovens e a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), evidenciaram que esse grupo utiliza os serviços da APS, apesar de encontrarem barreiras de acesso, tais como preocupação com confidencialidade e desconforto em compartilhar informações, fazendo-se necessário o fortalecimento de políticas públicas e estratégias para que esse segmento utilize a APS.

Quanto aos motivos relatados de busca por atendimento na APS, foram encontrados os mais comuns como vacinação e exames de rotina. Isso indica que o serviço é adequado para essas demandas, uma vez que a APS tem o objetivo de cobrir e resolver os problemas e condições mais comuns de uma população.

Esses serviços devem estar direcionados à comunidade, centrados na família, para que se conheça e sejam solucionadas as variadas necessidades dos diversos grupos populacionais. A APS tem sua relevância na assistência integral e humanizada com quem utiliza os serviços e é importante, principalmente, no que diz respeito à prevenção de doenças e agravos e à promoção da saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; GUTMANN et al., 2022).

A respeito das demandas de saúde da população LGBTI+, Ferreira e colaboradores (2019) observaram que trabalhadores da saúde associam essa população a um possível grupo de risco para aparecimento de ISTs. Outra perspectiva presente nas falas desses profissionais é a ideia de que esses usuários não possuem singularidades que devessem ser levadas em conta no trabalho em saúde, indicando uma visão estigmatizante.

O estigma estabelece papel importante nas relações de poder e, nessas circunstâncias, alguns grupos são valorizados e outros desvalorizados de forma discriminatória. Para a população LGBTI+ o estigma gera exclusão e barreiras nos serviços da APS devido à orientação sexual e identidade de gênero, trazendo iniquidades e dificuldades para a permanência desses sujeitos nos serviços (BONET, 2013; FREITAS et al, 2022).

A população LGBTI+ sendo dissidente das normas de gênero e sexualidade se encontra muitas vezes em lugar de vulnerabilidade, e essas questões fazem parte de um processo de discriminação e exclusão, violando os direitos à saúde. Observava-se na primeira década do século 21 um avanço na qualidade dos serviços públicos para o atendimento das demandas dessa população, porém, a construção de um espaço sem discriminação é cheio de barreiras diante de uma sociedade que tem a heterossexualidade como padrão (CARDOSO; FERRO, 2012).

A UBS é um dos pontos procurados pelos entrevistados como lugar para primeiro atendimento em saúde, o que confirma a literatura no que diz respeito à porta de entrada nos serviços. Segundo Giovanella e Mendonça (2012), um aspecto importante na definição da APS é que um de seus atributos principais é constituir o primeiro contato, devendo estar disponível tanto no adoecimento quanto no acompanhamento de rotina da saúde. A APS deve estar acessível à população, sanando barreiras geográficas, financeiras, organizacionais e culturais. Sua organização e orientação contribuem para maior eficiência, melhores resultados e menores custos no sistema de saúde.

Uma pista quanto a problemas na resolutividade foi o relato de encaminhamento para outros pontos da rede de cuidado, em particular numa queixa relacionada à saúde mental. A saúde mental é relevante para a assistência à população LGBTI+ e o sofrimento mental dessas pessoas é, muitas vezes, consequência da dificuldade de autoaceitação e grave exclusão social ao longo da história. O estigma, discriminação, problemas no acesso aos serviços de saúde, violência e preconceito estão associados como fatores de risco à saúde mental dessa população, contribuindo para a vulnerabilidade e fragilização dessas minorias. A questão do sofrimento mental tem especial importância para a população estudada (BORDIANO et al., 2021; FREITAS et al., 2022).

A construção e o desenvolvimento das ações de Saúde Mental na APS têm seu início na década de 1990. A partir das necessidades do usuário, a APS, como organizadora RAS, tem o objetivo de proporcionar ao paciente que possui algum sofrimento mental o acolhimento facilitado na APS, obtendo tratamento adequado e encaminhamento para outros níveis quando necessário. As dificuldades encontradas nesse cenário de saúde mental e APS estão ligadas à hegemonia do modelo biomédico, com ações centradas na doença, no individual. Existe ainda uma resistência, por parte dos usuários, em procurar a APS para atenção em saúde mental, uma vez que esta é considerada como tabu, e essa situação agrava a desassistência à população LGBTI+ (GAMA et al., 2021).

Houve relatos de procura de informação para realização do processo transexualizador (PT). A transexualidade pode ser compreendida como condição do indivíduo a qual identidade de gênero diferencia-se daquela atribuída no nascimento. A expressão transexual é usada para se referir a mulheres e a homens trans, denominando pessoas que não se identificam com características socioculturais de masculino e feminino (HANAUER; HEMMI, 2019).

O PT foi estabelecido pelo Ministério da Saúde com objetivo de atender pessoas com incompatibilidade de gênero. É definido como um conjunto de ações assistenciais para

peças trans que desejam realizar mudanças corporais, com acompanhamento de médico, psicólogo, enfermeiro e assistente social, abrangendo desde hormonioterapia a cirurgia de transgenitalização. O Brasil é um país que desde 2008, possui grandes avanços em reconhecimento de gênero e garantia de direitos no SUS. Busca, a partir disso, possibilitar a essas pessoas, integralidade no cuidado e cobertura gratuita de saúde (BRAZ et al., 2020; HANAUER; HEMMI, 2019).

Para garantia da integralidade, o PT é realizado na Atenção Especializada, na modalidade ambulatorial, onde acontece o acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia, e a modalidade hospitalar, responsável pela realização das cirurgias e acompanhamento pós-cirúrgico (BRASIL, 2013).

Segundo a Portaria MS/GM 2.803 de 19 de dezembro de 2013, a UBS deve funcionar como local de primeiro contato, realização do cuidado e atenção contínua dessas ações e devido encaminhamento regulado para o serviço especializado no PT (BRASIL, 2013). A APS deve ser um espaço de acolhimento, humanização, livre de preconceito e discriminação. No entanto, houve relatos em nosso estudo de busca por informação e realização do PT na UBS, porém sem resposta a essa demanda.

Em muitos municípios, a APS constitui referência para a hormonioterapia de pessoas trans. Em São Paulo, de acordo com o Protocolo para atendimento de pessoas transexuais e travestis, a hormonioterapia, além do ambulatório do serviço secundário ou terciário, pode ser ofertada na própria UBS da área de referência da pessoa atendida e em UBS de referência regional (LOPES JUNIOR et al, 2020).

O profissional da APS, principalmente o médico de família e comunidade deve ter, dentre suas competências, conhecer seus pacientes e, se capacitados, podem e devem prescrever hormônios. Este é um direito para a população LGBTI+, e o oferecimento deste serviço permite que outras áreas da saúde possam ser atendidas, cumprindo-se o cuidado integral (LOPES JUNIOR et al, 2020; PEREIRA; CHAZAN, 2019; SÃO PAULO, 2020).

A hormonioterapia é muito discutida nos serviços de saúde credenciados no PT, pois ainda não é regulamentada de forma universal, integral e equânime a sua distribuição gratuita para as (os) usuárias (os). É relatada na literatura a prática da automedicação e/ou um acompanhamento e cuidado fragilizado nas prescrições dessas medicações no serviço. Mesmo com publicações e portarias, os centros de referência hospitalares que prestam esses serviços apresentam pouca interação com os demais serviços, promovendo fragmentação do cuidado e não continuidade do atendimento (LIMA; CRUZ, 2016).

O acolhimento é um instrumento relevante na APS tendo o objetivo de aprimorar a qualidade do serviço, com foco nas necessidades dos usuários e baseado no diálogo entre profissionais e comunidade. Em uma pesquisa sobre assistência em saúde às travestis na APS, enfermeiros relataram que para um bom atendimento a travestis e transexuais é importante que haja um acolhimento eficiente, apesar de não se sentirem preparados para atender esse público (SEHNEM et al, 2017).

A satisfação com o serviço envolve acolhimento e integralidade do cuidado. Diante disso, a falta de acolhimento e de profissionais capacitados se expressam como barreiras importantes, como evidencia o relato de uma mulher trans entrevistada, que afirmou não se sentir acolhida e ter percebido despreparo nos profissionais da UBS. O acolhimento inadequado impossibilita a inclusão e a escuta ideal das demandas dessa população, e gera desrespeito às identidades de gênero no cotidiano dos serviços de saúde (PEREIRA; CHAZAN, 2019; ROCON et al, 2019).

Nesse mesmo contexto, é observado que o atendimento é influenciado pela aparência “socialmente aceita”. Assim, a identificação da transexualidade implica em dificuldade nesse processo, como relata uma entrevistada mulher trans. A possibilidade de passar despercebida constitui a “passabilidade”, compreendida como o desejo de não ser reconhecida como pessoa trans ao circular em sociedade a partir de transformações físicas conseguidas por hormônios e cirurgia, e envolve um conjunto de comportamentos que garante uma imagem mais próxima de normas cisgênera e heterossexual. Não ser identificada como trans nesse contexto da passabilidade é uma estratégia de satisfação pessoal, mas também de evitar violências (PONTES; SILVA, 2017; PORTO; SILVA; GUGELMIN, 2021).

Além da UBS, o CTA foi citado durante as entrevistas, tanto como ponto de primeiro atendimento como também de uso frequente para realização de exames de IST, indicando preferência dessa população pela utilização deste serviço. O CTA tem como objetivo oferecer acesso a testes de HIV e outras ISTs, possibilitando prevenção da infecção ou monitoramento de casos positivos. Este serviço permite o incentivo à prevenção, diminuindo o impacto no sofrimento mental e aumentando o acesso ao diagnóstico e tratamento das ISTs. Enseja também o levantamento de reflexões sobre direitos sexuais e reprodutivos e gênero e sexualidade com os usuários, além de estimular o diagnóstico de parceiras (os) sexuais (MONTEIRO et al., 2014).

O CTA foi planejado para um atendimento transformador, atuando por meio de uma equipe multidisciplinar e comunicativa, onde o atendimento gira em torno da pessoa, pautado na confidencialidade e escuta ativa de demandas sociais e culturais dos usuários. Tudo isso

relacionado ao princípio de integralidade, indo ao encontro do objetivo inicial do CTA, que é oferecer atendimento ligado a questões emocionais, familiares, sociais e políticas dos indivíduos (MONTEIRO et al, 2014; MORA; MONTEIRO; MOREIRA, 2015).

Segundo Minayo e colaboradores (1999), o CTA supera práticas de modelos reducionistas de organização do atendimento por oferecer multiprofissionalidade com relações horizontais, práticas de educação e saúde. Os profissionais estabelecem comunicação direta com os usuários, que são tratados enquanto pessoas de uma comunidade familiar de orientação sexual, identidade de gênero e inseridos em uma realidade social.

O cumprimento das ações do CTA é desempenhado a partir do conhecimento que os profissionais têm em relação à população LGBTI+ com a intenção de maior afinidade às expectativas e demandas, contribuindo para estratégias de coletividade (SOUZA; CZERESNIA, 2010). Isso possibilita à população LGBTI+ diante de uma equipe preparada, encontrar acolhimento nesses espaços.

Diante da importância em fortalecer as ações de prevenção e diagnóstico na APS e superar o modelo centrado na atenção especializada, o CTA contribui para o controle de transmissão, a partir da identificação e notificação de novos casos com propósito de potencializar e incorporar ações de prevenção ao HIV e outras ISTs. Assim, a APS é o centro de comunicação, mas não a única porta de entrada (SANTOS et al., 2018).

Os serviços de emergência também têm sido procurados com frequência para primeiro contato. Nesse sentido, as UPAs competem com as UBSs como porta de entrada (MENDONÇA; GIOVANELLA, 2012). Isso converge com os resultados dessa pesquisa onde há a utilização da UPA como primeiro atendimento.

Sendo um modelo competitivo com a UBS para a procura do serviço regular e no objetivo de garantir um atendimento apropriado, a UPA funciona dentro das estratégias da Política Nacional de Atenção às Urgências, ocupando o nível intermediário de complexidade, oferecendo resolutividade a pacientes em casos agudos ou crônicos agudizados, sem proporcionar seguimento. Não se propõe a criar vínculos e acompanhamento longitudinal, integralidade e territorialidade como acontece na APS (MENDONÇA; GIOVANELLA, 2012; OLIVEIRA et al., 2015).

É importante que se esclareça que a UBS deve exercer o papel de principal porta de entrada. É visto que alguns principais motivos dos usuários utilizarem a UPA ao invés da UBS são: estar de portas abertas e prestar serviço a quem procura atendimento; por estar às vezes mais próxima do paciente; falta de profissional no posto de saúde; números limitados de

atendimentos diários na UBS e desinformação quanto a UBS próximas ao paciente (HERNANDEZ, 2018).

Os entrevistados da presente pesquisa relataram utilizar a UPA por motivos de urgência e emergência, na busca de atendimento imediato, tal qual evidenciado por Randow e colaboradores (2011), que diz que as pessoas se dirigem à UPA pela garantia de atendimento mais rápido, possibilitando maior resolutividade.

Em relação às experiências no atendimento, é válido pensar sobre como a informação da orientação sexual e/ou identidade de gênero pode impactar o paciente. De forma geral, os entrevistados consideram importante essa informação no atendimento para proporcionar um ambiente mais acolhedor e permitir a investigação de questões relevantes, assim como orientações apropriadas. São exemplos os casos de lésbicas e mulheres bissexuais em consulta ginecológica e pessoas trans, quanto ao nome social.

Por outro lado, as pesquisas mostram que uma das principais barreiras para lésbicas nos serviços de saúde está ligada ao medo de revelar sua orientação sexual e à possibilidade de sofrer preconceitos. Essa revelação também pode causar nos usuários sofrimento psíquico, exclusão social e agravo à saúde, gerando-lhes desconforto (FERREIRA; BONAN, 2020) e constrangimento aos profissionais não capacitados (RUFINO et al, 2018). Não compartilhar essa informação deixa essa população vulnerável a ISTs e outras doenças.

Este estudo apresenta alguns limites em seu caminho, à falta de transparência e a não disponibilidade do Plano anual de saúde, Programação Anual e o Relatório de Gestão impossibilita ter uma visão geral e conhecimento do conjunto da rede de saúde do município onde ocorreu o estudo.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os motivos que direcionam os usuários LGBTI+ aos serviços da APS são desde os mais comuns, como vacinação e exames de rotina, confirmando ser um espaço adequado para essas demandas, e também há a utilização dos serviços para realização de demandas específicas da população LGBTI+, como exemplo o processo transexualizador. Observou-se nesse contexto que o estigma tem atribuição significativa gerando exclusão nos serviços da APS devido à orientação sexual e identidade de gênero, dificultando a utilização e permanência nos serviços de saúde desses usuários.

Foram percebidos falta de acolhimento e despreparo dos profissionais na APS, gerando barreiras na utilização dos serviços de saúde em relação ao medo de revelar orientação sexual e identidade de gênero e de sofrer preconceito, dificultando a resolutividade das demandas desta população. O acolhimento exerce papel importante na utilização dos serviços de saúde, melhorando a qualidade do mesmo e a relação profissional/usuário.

A UBS apresentou-se como um dos pontos procurados como lugar de primeiro atendimento de usuários LGBTI+, sendo a porta de entrada preferencial no serviço de saúde. Além disso, o CTA foi procurado tanto como primeiro contato como também de uso frequente, demonstrando ser um espaço de preferência e acolhedor para essa população.

Evidenciou-se, assim, que a população LGBTI+ ainda encontra muitas dificuldades na utilização dos serviços de atenção em saúde no município estudado, principalmente na APS, lugar de primeiro contato. Mesmo diante dos avanços nas políticas públicas, essas dificuldades surgem a partir de estigma, preconceitos e discriminação neste ambiente.

Tudo isso aponta para a importância de reflexões, e principalmente de ações em relação à melhoria nos serviços de saúde da APS garantindo a população LGBTI+ um espaço de acolhimento, e de resolutividade das demandas que os levam aos serviços e sanando as dificuldades encontradas.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. R. T. C; BOTELHO, N. M; RODRIGUES, C. C. P. Atenção integral à saúde da população LGBT: Experiência de educação em saúde com agentes comunitários na atenção básica. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 14, n. 41, 2019.
- AMARAL, A. M. S. *et al.* "Adolescência, gênero e sexualidade: uma revisão integrativa". **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 6, n. 1, p. 62–67, 2017.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. **Edição revista e ampliada**. São Paulo: Edições 70 Brasil, 2016.
- BARRETO, A; ARAÚJO, L; PEREIRA, M. E. **Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/es em Gênero, orientação Sexual e Relações Étnico-Raciais**. Livro de conteúdo. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: SPM, 2009.
- BARIFOUSE, R. **STF aprova a criminalização da homofobia**. **BBC**, 2019. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-47206924>. Acesso em: 19 mar. 2022.
- BENEVIDES, B. G. Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021. Bruna G. Benevides (Org). – Brasília: Distrito Drag, ANTRA, 2022.
- BITTENCOURT, B; FONSECA, V; SEGUNDO, M. Acesso da população LGBT moradora de favelas aos serviços públicos de saúde: entraves, silêncios e perspectivas. **Conexões psi**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 60-85, jul./dez. 2014.
- BONET, O. **Discriminação, Violência Simbólica e a Estratégia Saúde da Família: reflexões a partir do texto de Richard Parker**. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. comps. Estigma e saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013, p. 47-59.
- BOOTH, M. *et al.* Access to health care among Australian adolescents young people's perspectives and their sociodemographic distribution. **Journal Of Adolescent Health**, v. 34, n. 1, p. 97-103, jan. 2004.
- BORDIANO, G et al. COVID-19, vulnerabilidade social e saúde mental das populações LGBTQIA+. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 1-4, fev. 2021.
- BRAZ, D. G. *et al.* Vivências familiares no processo de transição de gênero. **Acta Paul Enferm**, 2020.
- BRASIL. Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. **Presidência da República**, 2016.
- BRASIL. Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989. Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor. **Presidência da República**. 1989.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1990; 19 set.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial da União**, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008. Define as Diretrizes Nacionais para o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde - SUS. **Ministério da Saúde**. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600 de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 8 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). **Diário oficial da união**, Brasília (DF), 22 set 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 2 Brasília : 1. ed., 1. reimp. 2 Ministério da Saúde, 2013.

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. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, maio, 2016.

BRITO, C. Santa Cruz do Capibaribe é única cidade de Pernambuco onde Bolsonaro venceu Lula. **Folha de Pernambuco**. 2022

CAMPOS, A. L. de O. *et al.* Relação Médico Paciente: os desafios na inclusão de pessoas transgêneros e transexuais no sus. **Research, Society And Development**, v. 9, n. 12, p. 1-13, 24 dez. 2020.

CENTRO LATINO AMERICANO EM SEXUALIDADE E DIREITOS HUMANOS (CLAM) – IMS/UERJ. **Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/es em Gênero, Orientação Sexual e Relações Étnico-Raciais**. Livro de conteúdo. Versão 2009. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: SPM, 2009.

CONSELHO Nacional de Combate à Discriminação. Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção cidadania homossexual. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2004.

DIAS-DA-COSTA J. S, *et al.* Utilização dos serviços de saúde por adultos da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5. **Rev Saúde Pública**, Pelotas, 2008; p. 51-59.

FAUSTO, M. C. R; MATTA, G. C. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas**. In: Morosini MVGC, Corbo AD, organizadores. Modelos de Atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro; EPSJV Fiocruz; 2007.

FERREIRA B.O.; BONAN C. Abrindo os armários do acesso e da qualidade: uma revisão integrativa sobre assistência à saúde das populações LGBT. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1765-1778, maio 2020.

FERREIRA B.O. *et al.* “Não tem essas pessoas especiais na minha área”: saúde e invisibilidade das populações LGBT na perspectiva de agentes comunitários de saúde. **Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v. 13, n. 3, p. 496-508, 2019.

FERREIRA B.O; BONAN C. Vários tons de “não”: relatos de profissionais da Atenção Básica na assistência de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTB). **Interface** (Botucatu). 2021.

FERREIRA, B. de O; PEDROSA, J. I. dos S; NASCIMENTO, E. F. do. Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 1, p. 1-10, 28 fev. 2018.

FRANCO, N; SALVADOR, N. R. C. “Todo mundo tá tomando conta da vida dos outros”: vivências e trajetórias LGBTQIA+ em contextos interioranos. **Rev. Debates Insubmissos**, Caruaru, v. 3, n. 9, 2020. Disponível em: <http://periodicos.ufpe.br/revistas/debatesinsubmissos>. Acesso em: 11 mar. 2023.

FREITAS G. L *et al.* (Des)caminhos para o acesso integral da população LGBTI+ à saúde: uma enfermidade chamada estigma. In: ROCHA E. S. C., TOLEDO N. N., PINA R. M. P, PEREIRA R. S. F., SOUZA E. S. (org.). **Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade**. Brasília, DF: Editora ABen; 2022. p. 84-9

GAMA C. A. P, *et al.* Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. **Interface**, Botucatu, 2021.

GASTALDI, A. B. F. (org.). **Observatório de Mortes Violentas de LGBTI+ no Brasil - 2020**: Relatório. Florianópolis: Acontece Arte e Política LGBTI+, 2021.

GERHARDT, T. E. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Ufrgs, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção primária à saúde**. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

GOFFMAN, E. Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1982.

GONTIJO, F; ERICK, I. Diversidade Sexual e de Gênero, Ruralidade, Interioridade e Etnicidade no Brasil: Ausências, Silenciamentos e... Exortações. **ACENO**, v. 2, n. 4, p. 24-40, 2015.

GUERRA, E. L. de A. **Manual de Pesquisa Qualitativa**. Grupo Anima Educação, Belo Horizonte, 2014. <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur420306/false>. Acesso em 20 de mar de 2022.

GUIMARÃES, R. de C. P; LORENZO, C. F. G; MENDONÇA, A. V. M. Sexualidade e estigma na saúde: uma análise da patologização da diversidade sexual nos discursos de profissionais da rede básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, p. 1-21, mar. 2021.

GUIMARÃES, N. P; SOTERO, R. L; COLA, J. P; ANTONIO, S; GALAVOTE, H. S. Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 14, n. 2, p. 372-385, 26 jun. 2020.

GUTMANN, V.L.R, et al. Motivos que levam mulheres e homens a buscar as unidades básicas de saúde. **J. nurs. Health**, v. 12, n. 2, 2022.

GONTIJO, F; ERICK, I. Diversidade Sexual e de Gênero, Ruralidade, Interioridade e Etnicidade no Brasil: Ausências, Silenciamentos e... Exortações. **ACENO**, v. 2, n. 4, p. 24-40, 2015.

HANAUER, O. F. D; HEMMI, A. P. A. “Caminhos percorridos por transexuais: em busca pela transição de gênero”. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 8, 2019, p. 91–106.

HERNANDEZ, P. F. Unidade de pronto atendimento e a articulação com os níveis de atenção às urgências e emergências. **Revista Políticas Públicas e Desenvolvimento**, v. 1, n. 1, 2018.

HULLEY, S. B; NEWMAN, T. B; CUMMINGS, S. R. Introdução: anatomia e fisiologia da pesquisa clínica. In: SB Hulley, SR Cummings, WS Browner, D Grady, N Hearst, TB Newman. **Delineando a pesquisa clínica**. 4º Edição. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda, 2013, c. 1, p. 2-14.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidade e Estados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/santa-cruz-do-capibaribe.html>

JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 161-170, 2010.

LIMA, Á. M., et al. Atributos da Atenção Primária à Saúde e ferramentas de medicina de família no atendimento às diversidades sexual e de gênero: relato de caso. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1785, 15 ago. 2019.

LIMA, F; CRUZ, K. T. da. Os processos de hormonização e a produção do cuidado em saúde na transexualidade masculina. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, [S.L.], n. 23, p. 162-186, ago. 2016.

LOPES JUNIOR, A et al. **Mitos e Verdades sobre Saúde da População. LGBTIA+**. 1ª edição, 2020.

MAGALHÃES, C. R. da S. **Saúde da população LGBTQIA+ na atenção primária à saúde de Valença/RJ: Barreiras e potencialidades para o cuidado integral**. Dissertação (Mestrado). Mestrado Profissional em Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2022.

MARTINS, M. M. F. et al. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 1-15, 2019.

MELO G; SOUSA I. de P; ALMEIDA M. F. L. de. **Pesquisa nacional por amostra da população LGBTI+: identidade e perfil sociodemográfico**. 2018. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/redes/valorizacao_diversidade/cartilhas/Pesquisa%20Nacional%20Por%20Amostra%20da%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20LGBTI%2B.2020.pdf. Acesso em 18 de maio de 2022.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001. 19 p.

MINAYO, M. C. de S. et al. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico/CTA/Coas da Região Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, p. 355-367, 1999.

Ministério da Saúde (BRASIL). Secretaria de gestão estratégica e participativa. Departamento de apoio à gestão participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. 1st ed. Brasília (DF); 2013.

Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2022. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabPE.def>. Acesso em 28 de junho de 2022.

MONGIOVI, Vita Guimarães; ARAÚJO, Ednaldo Cavalcante de, RAMOS, Vânia Pinheiro. Implicações da homofobia sobre a saúde do adolescente. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v.12, n.6, p.1772-1780, jun, 2018.

MONTEIRO, S. S et al. Discursos sobre sexualidade em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 137–146, 2014.

MORA, C; MONTEIRO, S; MOREIRA, C. O. F. Formação, práticas e trajetórias de aconselhadores de centros de testagem anti-HIV do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 55, p. 1145-1156, dez. 2015.

OLIVEIRA, José Marcelo Domingos de. **Mortes violentas de LGBT+ no Brasil – 2021: Relatório do Grupo Gay da Bahia**. José Marcelo Domingos de Oliveira; Luiz Mott. 1. ed. Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia, 2022.

OLIVEIRA, Geane Silva et al. Acesso de lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transsexuais às Unidades Básicas de Saúde da Família. 2018.

ONU - Organização das Nações Unidas. **OMS retira a transexualidade da lista de doenças mentais**. Disponível em : <https://brasil.un.org/pt-br/83343-oms-retira-transexualidade-da-lista-de-doencas-mentais#:~:text=A%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde,lhes%20foi%20atribu%C3%ADdo%20no%20nascimento>. Acesso em :08 de maio de 2022.

PARENTE, J. S. et al. Saúde LGBTQIA+ à luz da bioética principialista. **Revista Bioética**, v. 29, n. 3, p. 630-640, jul. 2021.

PAULINO, D. B; RASERA, E. F; TEIXEIRA, F.B. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, 2019.

PEREIRA, L. B. de C; CHAZAN, A. C. S. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1795-1811, 14 maio 2019.

PEREIRA, E. O. et al. Unidades Básicas de Saúde em Teresina-PI e o acesso da população LGBT: o que pensam os médicos?. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. Pág. 51-67, 13 nov. 2017.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de saúde. **Mapa de Saúde IV região de saúde de Pernambuco**. Pag. 8, Pernambuco, 2021. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/mapa_de_saude_2020_iv_regiao_de_saude.pdf. Acesso em 13 de jan de 2023.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (icsab). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, jun. 2018.

PONTES, Júlia Clara de; SILVA, Cristiane Gonçalves da. Cisnormatividade e passabilidade: deslocamentos e diferenças nas narrativas de pessoas trans. **Revista Periódicus**, v. 1, n. 8, p. 396-417, 2017.

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

PORTO, Rayssa Karla Dourado; DA SILVA, Marcos Aurélio; GUGELMIN, Sílvia. Narrativas de passabilidade e a segurança para transitar: transmasculinidades e saúde. **ACENO-Revista de Antropologia do Centro-Oeste**, v. 8, n. 16, p. 219-230, 2021.

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

RIBEIRO, M. C; FERREIRA, V. A; TEIXEIRA, R. A. Transparência na gestão em saúde: um estudo sobre a democratização do acesso à informação no estado de Minas Gerais. **Revista Vozes dos Vales**, v. 6, n. 11, p. 1-24, 2017.

ROCON, Pablo Cardozo et al. Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. **Trabalho, educação e saúde**, v. 18, 2019.

RUFINO, Andréa Cronemberger et al. Disclosure of Sexual Orientation Among Women Who Have Sex With Women During Gynecological Care: A Qualitative Study In Brazil. **The journal of sexual medicine**, v. 15, n. 7, p. 966-973, 2018.

SANCHEZ, R. M; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n.3, p. 260-268, mar. 2012.

SANTANA, A. D. S. et al. Dificuldades no acesso aos serviços de saúde por lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros. **Rev enferm UFPE on line**. 2020

SANTOS, Edilson Lima dos., et al. Dificuldades enfrentadas por lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros ao atendimento no Programa de Saúde da Família **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, 2020.

SANTOS, Émerson Silva; LAGE, Allene Carvalho. LGBTfobia na escola: Implicações da gestão escolar. **Revista fórum identidades**, v. 26, p. 95-108, Itabaiana, jan.-abr. de 2018.

SANTOS, Juliana Spinula dos; SILVA, Rodrigo Nogueira da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Health of the LGBTI+ Population in Primary Health Care and the Insertion of Nursing. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 4, p. 1-6, 2019.

SANTOS, S. C. et al. Vivência dos Acadêmicos de Enfermagem em um Centro de Testagem e Aconselhamento no Interior de Pernambuco. **Id on Line Rev.Mult. Psic**, , vol.12, n.40, p.696-704, 2018.

SANTOS, Gilney Costa. Ribeiro D. O que é lugar de fala? **Saúde em Debate**, v. 43, n. 8, p. 360-362, 2019.

SEBRAE. **Estudo econômico do arranjo produtivo local de confecções do Agreste**. Relatório final Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas do Estado de Pernambuco. SEBRAE, Pernambuco, 2013.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. **Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo**. Secretaria Municipal da Saúde, São Paulo, 2020.

SILVA, Jedison Feliciano; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti. Health care of sexual and gender minorities: an integrative literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 6, p. 1-9, jan. 2020.

SILVA A. C. A., et al. Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. **Interface**, Botucatu, 2020.

SILVA, A. das N; GOMES, R. Acesso de mulheres lésbicas aos serviços de saúde à luz da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 5351-5360, out. 2021.

SILVA, A. K. L. S. Diversidade sexual e de gênero: a construção do sujeito **social Rev. NUFEN**. v.5, n.1, 12-25, 2013.

SOUZA, V; CZERESNIA, D. Demandas e expectativas de usuários de um centro de testagem e aconselhamento. **Rev Saude Publica**, v. 44, n. 3, p. 441-447, 2010.

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

STF: Superior Tribunal Federal. Disponível em:
<https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur420306/false>. Acesso em 20 de mar de 2022.

TESSER, C. D; NORMAN, A. H; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde Em Debate**, v. 42, p. 361–378, 2018.

TONELI, M. J. F. Sexualidade, gênero e gerações: continuando o debate. In JACÓ-VILELA, AM., and SATO, L., orgs. *Diálogos em psicologia social*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012. p. 147-167.

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

VON RANDOW, R. M. et al. Articulação com atenção primária à saúde na perspectiva de gerentes de unidade de pronto-atendimento. **Rev Rene**, v. 12, p. 904-912, 2011.

APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data de realização ___/___/___

A. Caracterização do entrevistado

1. Orientação sexual:
2. Identidade de Gênero:
3. Você utilizou algum serviço público de APS do SUS nos últimos 36 meses?
4. Data de nascimento ou idade:

Neste ponto, verificar o cumprimento dos critérios de inclusão. Se sim, seguir entrevista; se não, agradecer e interromper.

5. Cor/etnia:
6. Escolaridade:
7. Profissão:
8. Situação de trabalho: ()Tralhado formal; ()Trabalho autônomo; ()Desempregado;
()Aposentado ou pensionista
9. Local de nascimento (cidade) / local de moradia (cidade/bairro):
10. Situação conjugal:
11. Com quem mora:

B. Último atendimento na APS

12. Como foi seu último atendimento na APS? Pode me contar por que motivo buscou esse atendimento? Foi em estabelecimento público ou privado?
13. Como transcorreu o atendimento?
14. Seu motivo de atendimento foi atendido, resolvido? (Explorar além de sim ou não)
15. Você se sentiu bem acolhido pelos trabalhadores na unidade básica? Como foi esse acolhimento? (Explorar: atitude antiética por parte dos trabalhadores, manifestações homofóbicas, violência percebida, etc).
16. Acha que a unidade/serviço estava preparada para lhe atender? Por quê?
17. Você frequenta outras unidades de APS do município? Percebe diferença entre elas? O que você acha do atendimento que recebe na APS do município? Usa o serviço privado? Percebe diferença entre o público e o privado?
18. Qual tipo de serviço ou unidade você procura em um primeiro atendimento?

C atendimentos em saúde em geral e comparação com APS

19. Que outras unidades ou serviços busca além da APS? Qual tipo de atendimento você procura nas outras unidades de saúde?
20. Já precisou de atendimento em unidade especializada? Se sim, como foi conseguir atendimento? E a qualidade?
21. Como você percebe os atendimentos em saúde de forma geral? De que forma você se sente com o atendimento dos trabalhadores da saúde no ambiente do atendimento em saúde?
22. Você acha que há diferença, em termos do acolhimento que recebe, entre as unidades da APS e as de outros pontos da rede de atenção à saúde?

C Percepção sobre as barreiras de acesso

23. Como você se sente ao perceber que necessita ir a uma unidade de saúde? E a uma unidade básica, especificamente? Alguma coisa facilita a busca pelo serviço? Alguma coisa dificulta?
24. Alguma vez deixou de buscar atendimento por achar que não seria bem recebido ou bem tratado, ou deixou de buscar atendimento por alguma experiência antecedente (acolhido e clinicamente)? Se sim, como lidou com/resolveu o motivo que o faria ir a uma unidade?
25. Você já passou por alguma experiência constrangedora no ambiente de saúde? Como foi?
26. Diante da indiferença ou animosidade, qual a sua reação em relação ao atendimento? (Explorar. Afastamento? Constrangimento? Vergonha? Indignação? Reação de se impor ou defender?)

D Conhecimento sobre normativas

27. Você conhece alguma política ou lei que lhe assegura direitos, enquanto pessoa LGBTI+? Qual?
28. Alguma sobre direitos à saúde?

E Aspectos adicionais

29. Gostaria de comentar alguma coisa a mais?

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante, você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **“Atenção primária à saúde e população LGBTI+ em um município nordestino: o olhar do lugar de fala”**, desenvolvida por **Miquéias Nery Leal**, discente de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Prof^{as} Dr^{as}. Vera Lucia Luiza e Regina Ferro do Lago.

O objetivo geral do estudo é **investigar as barreiras que se expressam no acesso a APS na percepção da população LGBTI+ no município Santa Cruz do Capibaribe, Pernambuco.**

Este convite para a participação na pesquisa se deve por você **ser pertencente à população LGBTI+ e ter utilizado os serviços públicos de Atenção Primária de Saúde no município nos últimos 36 meses.**

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

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista ao pesquisador do estudo com duração aproximada de 40 min e a gravação é condição à participação.

Todas as medidas e procedimentos serão tomados para garantir a confidencialidade e a privacidade das informações por você disponibilizadas. Qualquer dado que lhe possa identificar será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o arquivo digital com as entrevistas gravadas e transcrição serão armazenados em local seguro, com acesso autorizado somente ao pesquisador e à suas orientadoras. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/2012 e nº 510/2016 e, com o fim deste prazo, será descartado.

Todo participante poderá solicitar a qualquer momento, durante ou depois da pesquisa, informações sobre sua participação, através dos meios de contatos expostos no termo.

O benefício indireto relacionado com a sua participação é o de colaborar para ampliar o conhecimento e propor reflexões importantes em relação ao acesso aos serviços de saúde pela população LGBTI+ e, assim, propor estratégias de melhoria para a rede de saúde local.

Os riscos relacionados à participação na pesquisa são constrangimento durante a entrevista, por ser indagado(a) ou estimulado(a) a falar sobre assuntos que podem gerar sofrimento emocional.

O resultado da pesquisa será repassado ao presidente da associação e aos participantes, bem como aos órgãos legitimados pelo Controle Social no Conselho Municipal de Saúde, almejando que a devolutiva que possa contribuir para a melhoria das condições de vida da coletividade, preservando, porém, a imagem e assegurando que os participantes da pesquisa não sejam estigmatizados. Você não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Este termo é redigido em duas vias, uma delas disponibilizada para o (a) participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas devem ser rubricadas pelo (a) participante e pesquisador.

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

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

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h.

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

Contato com o pesquisador responsável Miquéias Nery Leal:

Tel: 75 982377942; e-mail: miqueiasneryleal@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “**Atenção primária à saúde e população LGBTI+ em um município nordestino: o olhar do lugar de fala**”, e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)
Nome do participante:

Miquéias Nery Leal
(responsável pelo estudo e pesquisador de campo)

APÊNDICE 3 - TERMO DE ANUÊNCIA

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu _____, presidente da associação Cores do Capibaribe, declaro para os devidos fins que estou de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado “**Atenção primária à saúde e população LGBTI+ em um município nordestino: o olhar do lugar de fala**”, na responsabilidade do pesquisador principal (PP) Miquéias Nery Leal, aluno do curso de mestrado acadêmico do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública, sob orientação das Prof^{as} Dr^{as}. Vera Lucia Luiza e Regina Ferro do Lago. Estou de acordo com os procedimentos de pesquisa que requerem a colaboração desta instituição, que são a participação do PP em reunião ordinária, facilitação de acesso aos associados, facilitação de acesso às pessoas que acorrem ao atendimento da associação, permissão para conduzir as entrevistas nas dependências da associação. Declaro que esta associação apresenta as condições necessárias à realização da referida pesquisa, prevista para ocorrer no período de setembro de 2022, após a devida aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP/Fiocruz.

Santa Cruz do Capibaribe, _____ de _____ de 2022.

Alexnaldo Belo da Silva – Presidente da associação