

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI CAMPUS SENADOR HELVÍDIO
NUNES DE BARROS - CSHNB CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

WEMERSON DOS SANTOS FONTES

**CERTOS SUJEITOS, DETERMINADOS DESEJOS: ANÁLISE DO ACESSO DE
HOMOSSEXUAIS MASCULINOS AO SERVIÇO ÚNICO DE SAÚDE**

PICOS

2017

WEMERSON DOS SANTOS FONTES

**CERTOS SUJEITOS, DETERMINADOS DESEJOS: ANÁLISE DO ACESSO
DE HOMOSSEXUAIS MASCULINOS AO SERVIÇO ÚNICO DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Profa. Orientadora. Dra. Ana Larissa Gomes Machado.

PICOS

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí

Biblioteca José Albano de Macêdo

F683c Fontes, Wemerson dos Santos.

Certos sujeitos, determinados desejos: análise do acesso de homossexuais masculinos ao Serviço Único de Saúde / Wemerson dos Santos Fontes – 2017.

CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (75f.)

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2017.

Orientador(A): Profa. Dra. Ana Larissa Gomes Machado.

1. Acesso ao serviço de Saúde. 2. Homossexualidade Masculina. 3. Minorias Sexuais-Saúde. I. Título.

CDD 610.734

WEMERSON DOS SANTOS FONTES

**CERTOS SUJEITOS, DETERMINADOS DESEJOS: ANÁLISE DO ACESSO DE
HOMOSSEXUAIS MASCULINOS AO SERVIÇO ÚNICO DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: 06/07/17

BANCA EXAMINADORA:

Ana Larissa Gomes Machado

Prof^ª. Dra. Ana Larissa Gomes Machado
Universidade Federal do Piauí
Presidente da Banca

Luisa Helena de Oliveira Lima

Prof^ª. Dra. Luisa Helena de Oliveira Lima
Universidade Federal do Piauí
2º. Examinador

Ana Roberta V. da Silva

Prof^ª. Dra. Ana Roberta Vilarouca da Silva
Universidade Federal do Piauí
3º. Examinador

AGRADECIMENTOS

Ao Pai Oxalá pelo dom da vida e pela condução nos caminhos que me proporcionaram chegar até aqui. *A Iansã minha rainha* pela proteção, paz e força nos caminhos da evolução espiritual. *A meu padrinho Moço do Chapéu*, e minha mãe de santo *Josa* pelo carinho, ensinamentos, e zelo para comigo.

À minha mãe Neusimar Santos, exemplo de força, trabalho e honestidade, que tanto fez para fazer de mim um profissional enfermeiro. *À meu pai José Valdêncio Fontes*, que não poupou esforços para que eu pudesse realizar meu sonho. Tudo isso é por vocês, tudo isso eu devo a vocês. Tenho consciência da luta diária de vocês para darem a mim a oportunidade que vocês não tiveram, e serei eternamente grato por tanto amor e carinho que sempre me dedicaram, eu amo incondicionalmente vocês.

Ao meu irmão Webert, minhas primas *Maria Luiza, Mariana*, as minhas tias *Diana, Nayana, Leisane, Denise*, ao meu tio *Valdenir*, exemplo de profissional competente no qual me espelho sempre, aos meus tios *Manim, Erivan, Edilson* e todos os tios e primos que participaram desse importante processo na minha vida.

Aos meus avós Maria de Fátima, Maria das Graças, Antônio e Valdemar, pela ajuda nos momentos difíceis e pelo incentivo de sempre.

Aos meus amigos Alex Alves e Maria Moura (Pituca) companheiros de todas as horas, irmãos que a vida me deu. As minhas queridas amigas *Alzete Lima, Tereza Galiza, Alveni Barros, Shiara, Cleide, Verinha, Cleidiane, Rita e Jackelliny* pelos momentos maravilhosos e apoio incondicional.

Aos meus vizinhos e amigos Teresa Maria e Carlos pela força e companheirismo. Ao meu inesquecível amigo *Isac Marques* (em memória) que passou pela minha vida e me acolheu quando eu mais precisei. Aos meus amigos *Natália, Alexandre, Maurício, Bel, Ingrid, Igor, Victor, Vina, Anderson as ADMOres* e aos meus companheiros de luta da UJS.

Às minhas irmãs de outras mães Ariella Luz, Gabriela Valente, Èlem Araújo, Ionara, Brenda Lia, Luna do Ó, Isabela e Jayne pelo carinho, irmandade e pelas loucuras que fizemos juntos, sem vocês comigo teria sido muito mais difícil chegar até aqui, sempre ei de me lembrar e de agradecer a oportunidade de ter por tanto tempo estado ao lado de vocês.

Ao Júnior pelo, carinho e sinceridade em todo esse tempo, além do incentivo e ajuda nesse tormento que foi essa fase final do curso. Ao *Chico*, meu filho pelo amor, carinho e companheirismo incondicionais.

Por fim agradeço aos meus professores, em nome da minha orientadora *Ana Larissa Gomes*, pela determinação e compromisso com a nossa formação, e a UFPI, que me acolheu e se tornou a extensão da minha casa.

“Pra mim, ser gay é uma luta constante que é uma batalha que eu travei desde meu nascimento... desde meu nascimento não... desde que eu me aceitei na condição de gay e essa batalha foi travada, desde então... e pra mim, ser gay é isso: é ser um soldado e viver numa guerra constante.”

Isac Marques

RESUMO

O preconceito e o estigma social reservados a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) incidem na determinação social da saúde ao desencadear processos de sofrimento, adoecimento e morte prematura fruto da discriminação por orientação sexual e identidade de gênero. Objetivou-se analisar o acesso de homossexuais masculinos aos serviços públicos de saúde. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvido com oito homossexuais masculinos residentes na cidade de Picos-PI. A coleta de dados deu-se através da realização de um grupo focal cujos áudios foram transcritos e posteriormente analisados usando o método de análise de conteúdo proposto por Bardin. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Brasília com o parecer nº652.643. Os resultados verificados mostram as percepções dos sujeitos a respeito das dimensões do acesso da população de homossexuais masculinos nos serviços de saúde. A partir da análise de conteúdo emergiram cinco categorias temáticas principais: Acolhimento, Atendimento à Saúde Integral do Homossexual Masculino, O Homossexual Masculino na Rede de Saúde, Qualificação do Atendimento à População LGBT e Humanização. As categorias mostram que ainda existem muitas barreiras ao acesso desse seguimento populacional aos serviços de saúde. O acolhimento desses homens aos serviços de saúde é marcado por preconceito e discriminação, o que resulta na violação do direito à saúde e na negligência aos cuidados de si. Outra barreira ao acesso é a relação profissional/usuário marcada pelo estigma do preconceito e da discriminação pela associação do sujeito homossexual ao HIV/AIDS. A humanização do atendimento por parte dos profissionais se faz urgente, tendo em vista que se observou nos relatos a existência de violência institucional contra homossexuais masculinos, bem como a falta de resolubilidade do serviço em atender as demandas específicas dessa população. Foi apontada ainda pelos participantes a escassez de profissionais especializados, sobretudo os que prestam apoio psicológico, e a fragilidade do processo de referência. Este estudo contribuiu para avaliar a efetividade das ações previstas na Política Nacional de Atenção Integral LGBT, e com isso revelar a necessidade de ações, sobretudo com foco na qualificação profissional, e na reformulação dos serviços de saúde a fim de efetivar o acesso dessa população aos serviços públicos de saúde. Conclui-se que é necessária uma transformação na rede SUS a fim de prestar a essa população um atendimento livre de preconceito e discriminação e contribuir para a diminuição das iniquidades em saúde.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde. Homossexualidade Masculina. Minorias Sexuais. Saúde. Sexualidade.

ABSTRACT

Social prejudice and stigma reserved for lesbians, gays, bisexuals, transvestites and transsexuals (LGBT) affect the social determination of health by triggering processes of suffering, illness and premature death resulting from discrimination based on sexual orientation and gender identity. The objective was to analyze the access of male homosexuals to public health services. This is a descriptive study of a qualitative approach, developed with eight male homosexuals living in the city of Picos-PI. The data collection was done through the realization of a focal group whose audios were transcribed and later analyzed using the method of content analysis proposed by Bardin. The study was approved by the Ethics and Research Committee of the University of Brasília with opinion no. 652.643. The results show the subjects' perceptions regarding the dimensions of access of the male homosexual population to health services. From the analysis of content emerged five main thematic categories: Reception, Attention to the Integral Health of the Male Homosexual, The Male Homosexual in the Health Network, Qualification of the Attention to the LGBT Population and Humanization. The categories show that there are still many barriers to accessing this population to health services. The reception of these men in health services is marked by prejudice and discrimination, which results in the violation of the right to health and neglect of self care. Another barrier to access is the professional / user relationship marked by the stigma of prejudice and discrimination by the association of the homosexual subject with HIV / AIDS. The humanization of the care provided by the professionals is urgent, considering that in the reports the existence of institutional violence against male homosexuals has been observed, as well as the lack of solvency of the service in meeting the specific demands of this population. It was also pointed out by the participants the shortage of specialized professionals, especially those who provide psychological support, and the fragility of the reference process. This study contributed to evaluate the effectiveness of the actions foreseen in the National LGBT Integral Attention Policy, and with this to reveal the need for actions, especially with a focus on professional qualification, and the reformulation of health services in order to Public health services. It is concluded that a transformation in the SUS network is necessary in order to provide this population with care free of prejudice and discrimination and contribute to the reduction of health inequities.

Keywords: Health Services Accessibility. Homosexuality, Male. Sexual Minorities. Health. Sexuality.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIDS** Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- CIT** Comissão Intergestora Tripartite
- CNDSS** Comissão Nacional sobre determinantes Sociais da Saúde
- CNS** Conselho Nacional de Saúde
- CTA** Centro de Testagem e Aconselhamento
- DAGEP** Departamento de Apoio à Gestão Participativa
- DSM** Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
- DST** Doenças Sexualmente Transmissíveis **ESF** Estratégia Saúde da Família
- GF** Grupo Focal
- GLBT** Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais **HIV** Vírus da Imunodeficiência Humana **IST** Infecções Sexualmente Transmissíveis
- LGBT** Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais **MHB** Movimento Homossexual Brasileiro
- MS** Ministério da Saúde
- SEGEP** Secretaria de Gestão estratégica e Participativa **SUS** Sistema Único de Saúde
- TCLE** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	14
2.1	Geral	14
2.2	Específicos	14
3	REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1	Construção das Políticas Públicas de saúde da população LGBT no Brasil	15
3.2	Acesso, Acessibilidade e Qualidade: conceitos que fundamentam as práticas profissionais de saúde no SUS.....	18
4	METODOLOGIA	20
4.1	Tipo de estudo	20
4.2	Local e Realização do estudo	20
4.3	Sujeitos da Pesquisa.....	21
4.4	Produção do Material Empírico	22
4.4.1	Constituição do encontro com os participantes	22
4.4.2	Dinâmica do grupo focal	23
4.5	Análise e apresentação do Material Empírico	24
4.6	Aspectos Éticos e Legais	24
3.7	Riscos e Benefícios	25
5	RESULTADOS	26
5.1	Perfil dos sujeitos da pesquisa	26
5.2	Homossexuais masculinos e o serviço de saúde	27
5.2.1	Categoria 1 – Acolhimento (A)	27
5.2.2	Categoria 2 – Atendimento à Saúde Integral do Homossexual Masculino (ASIHM)	27
5.2.3	Categoria 3 – O Homossexual Masculino na Rede de Saúde (HMRS).....	28
5.2.4	Categoria 4 – Qualificação do Atendimento a População LGBT (QAPL)	28
5.2.5	Categoria 5 – Humanização (H)	29
6	DISCUSSÃO	30
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
	REFERÊNCIAS	36
	APÊNDICES	39
	APÊNDICE A – Inventário das unidades de análise	40

APÊNDICE B – Quadro de análise.....	45
ANEXOS.....	65
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	66
ANEXO B – Roteiro semiestruturado para Grupo Focal.....	67
ANEXO C – Aprovação pelo comitê de ética.....	69

1 INTRODUÇÃO

O preconceito e o estigma social reservado a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais – LGBT incidem na determinação social da saúde ao desencadear processos de sofrimento, adoecimento e morte prematura fruto da discriminação por orientação sexual e identidade de gênero.

A condição de LGBT incorre em modos de viver construídos, às vezes, como estratégia de sobrevivência, às vezes como resistência e afirmação do ser, e se caracterizam como práticas corporais, comportamentais e sexuais que podem possuir alguma relação com o grau de vulnerabilidade destas pessoas.

A complexidade da situação de saúde do grupo LGBT e as evidências da influência que a orientação sexual e a identidade de gênero têm na determinação social da saúde implicam na construção de interfaces nas quais devem ocorrer ações integradas para a promoção da inclusão social onde o acesso e a qualidade dos serviços de saúde possam contribuir para o enfrentamento das iniquidades (NESP-UNB 2013).

Em países de dimensões continentais como o Brasil que apresenta diferenças e desigualdades regionais, culturais, econômicas e sociais é um constante desafio se promover equidade em saúde, principalmente pela existência de grupos sociais invisíveis às ações das políticas sociais, e excluídos em função da sua condição sociogeográfica, étnica, de orientação sexual e identidade de gênero.

A luta pelo direito à saúde de LGBT no Brasil se consolidou ainda no início dos anos 80, no ápice da epidemia HIV/AIDS, época fortemente relacionada aos homossexuais masculinos, quando o Governo Brasileiro apoiou as mobilizações desta população na prevenção da doença. Mas somente em 2004 com a instituição do Programa Brasil sem Homofobia (BRASIL,2004) que visa o combate à violência, a garantia de direitos sexuais e reprodutivos, entre outras situações de desigualdade de direitos o tema passou a compor o conjunto das agendas políticas Governamentais.

Em face desse cenário, o Ministério da saúde lançou em 2010 a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Travestis e Transexuais visando à promoção da saúde integral deste seguimento, eliminando a discriminação e o preconceito e contribuindo para a redução das desigualdades (BRASIL, 2010).

Tal proposta representa os esforços das três esferas de governo e da sociedade civil organizada na promoção, atenção e no cuidado em saúde priorizando a redução das desigualdades por orientação sexual e identidade de gênero, assim como o combate a

homofobia, lesbofobia e transfobia, e às práticas discriminatórias ainda presentes nas ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). A mesma se constitui por um conjunto de princípios éticos e políticos em uma marca que reconhece os efeitos perversos da discriminação e da exclusão sobre a saúde. Além disso, trata-se de uma política transversal, com gestão compartilhada e articulada nas três esferas de governo, devendo ser articulada as demais políticas do Ministério da Saúde, tendo como fundamento diretrizes e objetivos voltados à promoção da equidade em saúde e ainda para a mudança na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais.

Mesmo após mais de trinta anos do início da epidemia, a AIDS é considerada uma das mais importantes pandemias da história mundial (WHO, 2009). O boletim Epidemiológico do Programa Nacional de DST/AIDS de 2012 demonstra uma tendência na estabilização do número de casos nas categorias de exposição homo e bissexual a partir da década de 90. Porém, os dados epidemiológicos ainda apontam para a elevada prevalência de 32,3% nos casos de AIDS expostos ao vírus pela via de transmissão sexual nestas categorias (BRASIL, 2012).

Outro grave problema para a saúde da população LGBT é a violência a qual a mesma está exposta como consta no 3º Relatório Nacional sobre os Direitos Humanos no Brasil (NEV-USP, 2006). Entre 2003 e 2005 aconteceram 360 homicídios de gays, de lésbicas e de travestis no Brasil. O documento registra que a maior incidência de assassinatos ocorre na Região Nordeste e acomete principalmente Homossexuais Masculinos.

Dentre os grupos contemplados pela política, destaca-se a população Homossexual Masculina, considerada uma das mais vulneráveis ao vírus HIV, esta condição está associada diretamente às homofobias e segregação às quais estão expostos, especialmente os mais jovens (BRASIL, 2008).

A impossibilidade de manifestar sua orientação sexual em locais públicos e no ambiente familiar define para os homossexuais o destino do exercício clandestino da sexualidade, o que os leva a frequentar lugares e situações desprovidos de condições favoráveis à prevenção de doenças.

Desta forma, revela-se um grave problema de saúde pública que requer soluções do poder público para garantir recursos a serem aplicados na prevenção, promoção e assistência à saúde da população de homossexuais masculinos. É um consenso que ações dessa natureza no campo da sexualidade sejam focadas tanto no risco individual e biológico, como nas características estrutural e social dos mais diversos segmentos populacionais, principalmente os que se encontram em situação de vulnerabilidade

Esta pesquisa, então, procura identificar elementos que se fazem presentes no maior e mais profundo sofrimento que é decorrente da discriminação e preconceito a respeito desses modos de viver que são construídos à margem. Como se dá a promoção da saúde desses indivíduos e como a rede de serviços de saúde pública no Brasil integra esse processo. Interessa aqui não somente compreender o acesso como a entrada do indivíduo no sistema, mas como estes modos de viver são percebidos, acolhidos pelos profissionais de saúde e se são expressos em práticas de saúde dialogadas, respeitadas e singulares.

Este estudo também contribui para a efetivação da Política de Saúde Integral LGBT, gerando informações para que a gestão fundamente as ações a serem implementadas em todas as esferas de gestão do SUS.

Nesse contexto o profissional enfermeiro desempenha um papel fundamental na promoção da saúde sexual desse grupo específico, por meio de uma atenção humanizada e de atividades de caráter educativo e preventivo, com vistas à mudança de comportamento, como uma prática sexual segura, considerando como um suporte primordial para um cuidado cada vez mais holístico, humanizado e individualizado a promoção da saúde. Além disso, o enfermeiro atua junto à comunidade, conscientizando e promovendo a integração social desses grupos, a partir de intervenções educativas, programas de prevenção e o acolhimento, livres de preconceitos nas diversas instituições de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar o acesso de homossexuais masculinos aos serviços públicos de saúde.

2.2 Específicos

- Mapear as dimensões do acesso da população de homossexuais masculinos nos serviços de saúde, na perspectiva dos usuários;
- Identificar como os homossexuais masculinos percebem e utilizam a rede de atendimento à saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Construção das Políticas Públicas de saúde da população LGBT no Brasil

A despatologização da homossexualidade é uma história muito recente, pois em 1973 ela deixa de ser oficialmente uma doença psiquiátrica e foi excluída do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Esse processo resultou na construção de uma nova perspectiva científica e moral sobre a população homossexual, confrontando o viés patológico em vigor desde o século XIX, e possibilitando mudanças na relação entre sexualidade e tradições morais (FOUCAULT, 1988/2009).

No Brasil, no final da década de 1970, o movimento gay, inspirado nos movimentos feministas e étnicos da mesma década, reivindicava entre outras coisas modificar a percepção de que os homossexuais eram seres exóticos e estranhos que contrastavam com o heterossexual normal e respeitável. Uma estratégia utilizada para “recuperar uma subjetividade gay que havia sido historicamente negada” (GAMSON, 2006).

Em busca de seus direitos civis, numa conjuntura de lutas emancipatórias, o movimento gay deu início à construção de uma noção essencializada do “eu gay” e de uma forma autêntica da subjetividade homossexual. O indivíduo homossexual passaria a ser uma variação natural da sexualidade humana, assim como a diversidade étnica, dessa forma gays compartilhariam um passado e um presente comum e independente do momento histórico e cultural da sociedade.

Ao surgir a epidemia HIV/AIDS, no início dos anos 80, época fortemente relacionada aos gays, o Movimento Homossexual Brasileiro (MHB) construiu parcerias com o estado a fim de garantir uma melhor assistência à população homossexual vítima da doença, o governo Brasileiro apoiou mobilizações da população homossexual masculina na prevenção da doença. Tais mobilizações surtiram um grande efeito sanitário frente à amplitude do número de casos de HIV/AIDS que acometeram este grupo assim como também a luta contra a epidemia possibilitou que a homossexualidade ganhasse visibilidade favorecendo o debate em diversos espaços da sociedade (BRASIL, 2010).

A aliança entre o governo e o movimento gay foi extremamente proveitosa no combate ao crescimento do HIV/AIDS em homossexuais masculinos, possibilitando várias ações conjuntas entre todas as esferas de governo e o movimento gay em todo o país. A partir do momento em que a população LGBT começa a ter assistência a saúde no país, ou seja o momento em que esses indivíduos são reconhecidos pelo estado como sujeitos “sujos” que

precisam ter sua sexualidade higienizada de acordo com os padrões heterossexuais, cria-se um espaço de negociação política, onde novas demandas começam a surgir, e projetos de lei começam a construir um cenário de luta não mais somente pelo direito a saúde e o combate ao HIV/AIDS, mas também a educação, cultura, trabalho, direitos humanos e outros (MISKOLEI, 2011).

Com o processo de amadurecimento da democracia, no início dos anos 2000 construíram-se canais de interlocução entre o governo, e os movimentos da sociedade civil organizada, nos quais se incluem os grupos sociais e historicamente excluídos como a população negra, do campo e da floresta, além de grupos que emergem do processo de significação da cidadania, como o grupo LGBT. Instituíram-se órgãos como a Secretaria de Igualdade Racial, de Políticas para Mulheres, de Direitos Humanos e em 2004 foi instituído o Comitê Técnico de Saúde da População de Gays, Lésbicas Bissexuais, Transexuais e Travestis (GLTB), com a finalidade de promover a equidade em saúde para os LGBT, pautando a universalidade do acesso na oferta de ações e serviços de saúde no SUS e a integralidade da atenção como mote para o enfrentamento de iniquidades (BRASIL, 2009).

A instituição do programa Brasil sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT (BRASIL, 2004), pela secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República em 2004, representou um marco na história dos direitos sociais do país. O objetivo desse programa é o de combater a homofobia mediante diferentes frentes de ações, nas áreas de saúde, educação, segurança, cultura e trabalho, enfrentando principalmente o preconceito e a discriminação institucional que tanto dificultam a equidade no acesso a ações qualificadas aos serviços públicos.

No ano de 2006, o Presidente da República criou a Comissão Nacional sobre determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), no intuito de mobilizar toda sociedade brasileira e o próprio governo para entender e enfrentar de forma mais efetiva as causas sociais das doenças e mortes que acometem a população. A criação dessa comissão precedeu a entrada de Coletivos LGBT no Conselho Nacional de Saúde (CNS), que foi um importante passo no processo democratização da saúde pública no Brasil, e possibilitou que na 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 2007, fosse deliberada a inclusão das necessidades e especificidades decorrentes da sexualidade e identidade de gênero, por meio da implementação de uma política nacional de saúde integral voltada para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais contemplando a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, o respeito ao direito à intimidade e à individualidade, as práticas de educação permanente em saúde e revisão dos currículos escolares, o incentivo a produção de pesquisas

científicas, inovações tecnológicas e compartilhamento dos avanços terapêuticos, a criação de protocolo contra a violência, a regulação não discriminatória da doação de sangue e a modificação nos formulários, prontuários e sistemas de informação em saúde (BRASIL, 2012).

Apesar de todos esses marcos nos processos políticos e arranjos organizacionais dentro do SUS, somente em 2009 a Política Nacional de Saúde Integral LGBT foi aprovada pelo CNS, e publicada somente no dia 01 de dezembro de 2011 por meio da Portaria nº 2.836 que foi assinada durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde. Nesse mesmo ano foi também assinada a Resolução CIT nº 02, de 06 de dezembro de 2011, que aprovou seu plano operativo junto a Comissão Intergestora Tripartite (CIT). Esse plano pactuado na CIT em novembro de 2011 traz estratégias para as gestões federal, estadual e municipal no processo de enfrentamento das desigualdades e iniquidades em saúde desta população.

A operacionalização do plano norteia-se pela articulação intra e intersetorial e uma das ações previstas no plano operativo, no Eixo 3 – Educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT é o fomento ao desenvolvimento de pesquisas com foco nas prioridades desta população. Assim em 2012 o Departamento de Apoio à Gestão Participativa/SGEP/MS, em parceria com o Departamento de Ciência e Tecnologia/SCTIE/MS, definiu a presente pesquisa a ser executada em todo o país com o intuito de analisar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no SUS. (BRASIL, 2011)

Desde as iniciativas de controle da epidemia HIV/AIDS na década de 1980 a saúde tem sido o foco das políticas públicas para a população LGBT no Brasil. Esse cenário tem se modificado nos últimos anos através da ampliação das discussões e do fortalecimento das pautas e lutas dos movimentos sociais que representam essa população. Porém essas ações ainda encontram muitas dificuldades e resistência, pois mesmo que ampliadas as áreas de atuação das políticas públicas voltadas para LGBT, percebe-se que o controle da sexualidade permanece central e perdura nas políticas de saúde pública que mantém o seu foco na prevenção do HIV e de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Ainda que tenha se substituído a categoria epidemiológica “grupo de risco” por “comportamentos de risco”, o binômio IST/AIDS mantém-se atuando como dispositivo que produz a vigilância e a disciplina dos corpos e do prazer na população LGBT, o que resulta no controle heteronormativo das relações sexuais e afetivas (PELÚCIO, 2007).

3.2 Acesso, Acessibilidade e Qualidade: conceitos que fundamentam as práticas profissionais de saúde no SUS

A complexidade de se conceituar acesso, muitas vezes faz com que o termo seja empregado de forma imprecisa, e pouco clara na sua relação com o uso dos serviços de saúde no Brasil. O conceito muda de acordo com o tempo, espaço, contexto e varia entre os autores.

Donabedian (2003) emprega o substantivo acessibilidade com o significado de caráter ou qualidade do que é acessível, enquanto outros autores conceituam acesso como o ato de ingressar, entrada ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Já Milman (1993) definiu acesso como “o uso oportuno de serviços pessoais de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde”.

Outros autores preferem diferenciar os termos acesso e acessibilidade. Segundo Starfield (2002) acessibilidade refere-se às características da oferta e a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. Donabedian (2003) acrescenta ao conceito de acesso, o ideal de não o restringir à entrada nos serviços de saúde, e trabalha assim com acessibilidade na dimensão da oferta de serviços relativos à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população.

O conceito de acessibilidade também é definido por Starfield (2004) como o que faz possível o contato com os serviços de saúde, sendo caracterizada pela relação entre a oferta e os usuários, distância entre eles, forma de deslocamento e custos. Esse processo também é “entendido como a relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar os usuários e a capacidade/habilidade destes em acomodarem-se a esses fatores e perceberem a conveniência dos mesmos”. E, finalmente, a aceitabilidade é entendida como a relação entre as atitudes dos usuários, trabalhadores de saúde, gestores e práticas destes serviços.

Outro conceito importante na consolidação das políticas públicas de saúde brasileiras é a equidade que está diretamente relacionada à discussão do acesso relacionado às políticas voltadas para grupos específicos. Equidade em saúde é compreendida como diretriz de organizar ações e serviços de saúde distintos e direcionados para grupos populacionais desiguais socialmente, com forte traço de “discriminação positiva” para superar estas desigualdades injustas através da formulação e implementação de determinadas ações. É um grande desafio para o sistema de saúde a efetivação de um acesso equitativo, cada segmento social tem diferentes demandas produzidas por processos sociais de exclusão, nem sempre percebidas pelo poder público (ARAÚJO, 2005).

Acerca da qualidade dos serviços de saúde, este conceito vincula a relação entre benefícios obtidos, diminuição de risco e custo para a obtenção de um elevado padrão de assistência e satisfação do paciente (DONABEDIAN, 1982). Qualidade também pode ser entendida como um processo dinâmico e permanente de identificação de falhas que buscam o aprimoramento continuado e engloba o compromisso e educação de todos os profissionais envolvidos no processo (NOVAES, 1994). Esses conceitos se relacionam diretamente, com os objetivos dos serviços de saúde, sobretudo no tocante ao compromisso deste setor em recuperar e promover a saúde, satisfazendo as expectativas da população atendida e considerando os custos envolvidos no processo.

Ao se ampliar as noções sobre o cuidado de si na filosofia de Foucault (2009), compreende-se que para encontrar-se com uma situação de qualidade nos serviços de saúde, em especial com a população LGBT, é preciso revelar-se na heterogeneidade do processo de trabalho em saúde e nas diferenças e diversidade entre trabalhadores e usuários no encontro das ações e serviços de saúde. Por fim, baseado em Nogueira (1994) acredita-se que a compreensão das formas pelas quais o juízo do justo é manejado, pela pactuação das normas, as formas de respeito à diversidade e intolerância ao preconceito é o que valoriza o cidadão e o exercício apropriado para o desempenho contínuo da qualidade.

È papel dos profissionais de saúde, sobretudo os que trabalham na atenção básica reconhecer e utilizar esses conceitos, aqui discutidos, em suas práticas. Dentre as novas práticas, saberes, grupos e sujeitos assistidos pela atenção básica, estão os homens, que representam uma grande demanda assistencial reprimida que necessita ser priorizada durante a atenção individual ou coletiva por apresentarem uma série de necessidades, riscos e vulnerabilidades à sua saúde.

Neste sentido, sabe-se que Atenção Básica é reconhecida como porta de acesso aos serviços de saúde sendo assim, é necessário que o enfermeiro acolha de forma humanizada o LGBT buscando conhecer suas necessidades e vulnerabilidades específicas. A bioética visa reconhecer a plena cidadania de todos os seres humanos principalmente os mais vulneráveis, deste modo, ela pode proporcionar um espaço de reflexão na busca da convivência e da oportunidade entre usuários LGBT e profissionais da saúde primando pelo acesso e qualidade dos serviços de saúde oferecidos a essa população (NUNES, 2007).

4 METODOLOGIA

Este estudo integra um projeto maior, desenvolvido pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública/NESP/CEAM/UnB, em rede de parceiros com a FIOCRUZ/PE, as Universidades Federais da Paraíba, Piauí, Uberlândia, Universidade de São Paulo, Universidades Estaduais de Maringá e do Rio de Janeiro, financiada pelo Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP) da Secretaria de Gestão estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde (MS), intitulado: Análise do acesso e da qualidade da atenção Integral à saúde da população LGBT no SUS. Tal estudo subdivide-se em subprojetos por Estado em que foi desenvolvido, sendo a presente pesquisa realizada no interior do Estado do Piauí.

4.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa. A opção pela metodologia qualitativa baseia-se no fato de ter como objeto de pesquisa o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes dos sujeitos, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos não passíveis de mensuração. Todos esses elementos se constituem enquanto produto da interpretação que os sujeitos fazem diante da realidade, de como vivem, sentem, pensam, produzem seus artefatos e a si mesmos (MINAYO, 2012).

Assume-se que esta é uma pesquisa de natureza qualitativa, por entender que ela circulará entre os diversos movimentos e processos sócio-político-histórico dos sujeitos do estudo. Ou seja, os sujeitos dão significado às suas ações e construções, dentro de uma racionalidade presente nas ações humanas, neste caso, relacionadas ao processo saúde-doença-cuidado.

Já as pesquisas descritivas têm como objetivo estudar as características de um determinado grupo ou fenômeno, como também possui a finalidade de identificar possíveis relações entre variáveis (GIL, 2010).

4.2 Local e Realização do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Picos, Piauí no período de julho a setembro de 2015. O local escolhido para a realização do grupo focal com os participantes foi o auditório

da Casa Brasil, um centro de apoio e promoção da inclusão digital na cidade. Trata-se de um ambiente restrito, acolhedor, arejado e de fácil acesso aos participantes que, na data da realização do grupo focal, fora destinado apenas para esta atividade, visando o conforto e o bem estar dos participantes. O local foi preparado antecipadamente à chegada dos participantes e estímulos visuais como cartazes, mesa com lanche e telefone foram retirados do espaço a fim de não causar distração. Além disso, as cadeiras foram dispostas em círculo a fim de proporcionar maior aproximação entre os participantes.

4.3 Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram homossexuais masculinos, residentes na cidade de Picos-Piauí. Tendo em vista a dificuldade do acesso a essa população específica optou-se por utilizar um método de amostragem não probabilístico chamado de Bola de Neve. O tipo de amostragem nomeado como bola de neve é uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência. Ou seja, a partir desse tipo específico de amostragem não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa, mas torna-se útil para estudar determinados grupos difíceis de serem acessados (HANDCOCK, 2011).

A execução da amostragem em bola de neve se constrói da seguinte maneira: para o início, lança-se mão de documentos e/ou informantes-chaves, nomeados como sementes, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro da população geral. Isso acontece porque uma amostra probabilística inicial é impossível ou impraticável, e assim as sementes ajudam o pesquisador a iniciar seus contatos e a tatear o grupo a ser pesquisado. Em seguida, solicita-se que as pessoas indicadas pelas sementes indiquem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente e, dessa forma, o quadro de amostragem pode crescer a cada entrevista, caso seja do interesse do pesquisador. Eventualmente o quadro de amostragem torna-se saturado, ou seja, não há novos nomes oferecidos ou os nomes encontrados não trazem informações novas ao quadro de análise (BECKER, 1993).

Nesta pesquisa foram identificados 3 informantes-chaves, os quais indicaram 6 contatos com o perfil desejado para o estudo. Após a busca ativa desses sujeitos, a pesquisa foi realizada com um grupo de 9 pessoas.

4.4 Produção do Material Empírico

A produção do material empírico ocorreu a partir da realização de um Grupo Focal (GF) com os sujeitos participantes da pesquisa. O grupo focal, técnica de pesquisa qualitativa, tem sido internacionalmente usada para a estruturação de ações em saúde pública que levem em conta as inquietações dos sujeitos participantes, além de ser um método de pesquisa qualitativa que pode ser utilizado no entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviços (KRUEGER, 1988).

Trata-se de um tipo especial de grupo em termos do seu propósito, tamanho, composição e dinâmica. Basicamente, o grupo focal pode ser considerado uma espécie de entrevista de grupo, embora não no sentido de ser um processo onde se alternam perguntas do pesquisador e resposta dos participantes. Diferentemente, a essência do grupo focal consiste justamente em se apoiar na interação entre seus participantes para colher dados, a partir de tópicos que são fornecidos pelo pesquisador (que vai ser no caso o moderador do grupo). Uma vez conduzido, o material obtido vai ser a transcrição de uma discussão em grupo, focada em um tópico específico (por isso grupo focal) (MORGAN, 1988).

Durante a realização do GF as narrativas foram gravadas e posteriormente transcritas, para subsequente análise e discussão. Foram coletados também dados sociodemográficos dos participantes por meio de um instrumento contendo as variáveis: idade, escolaridade, estado civil, renda, raça e militância no movimento LBGT as quais foram apresentadas em uma tabela e analisadas por meio de frequências absolutas.

4.4.1 Constituição do encontro com os participantes

Foi realizado um grupo focal com os nove participantes do estudo, o qual teve duração de 1 hora e 25 minutos. No encontro buscou-se discutir sobre o acesso da população LBGT aos serviços públicos de saúde e sobre a qualidade da atenção recebida.

Inicialmente foi apresentada a proposta do estudo, solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A) para aqueles que concordarem em participar, reforçando a garantia de sigilo e anonimato em relação às atividades e informações compartilhadas. Seguiu-se com um roteiro semiestruturado (ANEXO B) que possibilitou a comunicação entre os participantes da pesquisa assim como também a conexão entre os momentos do encontro e as perguntas norteadoras.

4.4.2 Dinâmica do grupo focal

O GF seguiu um roteiro semiestruturado que foi conduzido por três coordenadores de forma não diretiva, possibilitando assim que os participantes pudessem participar de forma mais ativa das discussões.

A seguir apresenta-se uma síntese do GF realizado:

Objetivo: identificar e refletir sobre o acesso da população LGBT aos serviços de saúde e a qualidade da atenção recebida.

Abertura: após receberem os participantes, os coordenadores se apresentaram, agradeceram a participação de todos, falaram sobre a pesquisa, foi feita a leitura do TCLE, pediu-se autorização para gravar as falas dos sujeitos, e foi feito um acordo de convivência com os participantes com o objetivo de deixá-los cientes a respeito do objetivo do encontro, da duração, sobre a necessidade de desligarem os aparelhos celulares, e da importância da participação de cada um. Foi esclarecido que não havia respostas certas ou erradas e reforçada a importância da conversa entre todos, respeitando as falas dos companheiros, falando um por vez, do respeito mútuo, do sigilo entre os participantes sobre o que ia ser tratado ali, e se mais alguém gostaria de propor algum acordo para que todos pudessem ter uma conversa produtiva. Todos concordaram com as propostas e deu-se continuidade ao GF.

Dinâmica de apresentação dos participantes: foi pedido a cada um dos participantes que se apresentasse falando seu nome, uma qualidade pessoal que se inicia com a primeira letra do seu nome e completando a seguinte sentença: “Para mim ser gay é...”, foi dado um exemplo prático da aplicação da dinâmica e a mesma seguiu até que todos se apresentassem.

Após a dinâmica de abertura aconteceu um momento de reflexão com os participantes com o intuito de fazê-los pensar e debater sobre ir ao serviço de saúde, os motivos de ir, e o que acharam do serviço prestado. Esse momento foi denominado de “um atendimento marcante em saúde”, no qual os participantes foram divididos em duplas e convidados a dialogarem com o colega sobre situações vividas no serviço de saúde. Para ajudá-los a lembrar das situações vividas foi lido um texto, com questionamentos que exercitavam a memória, e que fomentavam a discussão desejada.

Debate: após os diálogos entre os participantes abriu-se para os comentários e foi dado espaço para que alguns deles pudessem se expressar e externar as suas opiniões ou questionamentos a serem esclarecidos. A discussão baseou-se nas experiências vividas pelos participantes e vieram à tona situações que esses indivíduos viveram no serviço de saúde.

Síntese: o debate durante o GF foi norteado pelo roteiro semiestruturado que fomentou as discussões em torno do acesso e da qualidade do serviço público de saúde.

Encerramento: agradeceu-se a todos os participantes, deixando os contatos para eventuais dúvidas ou desistências posteriores, desligou-se o gravador e foi oferecido um lanche para os participantes do GF.

4.5 Análise e apresentação do Material Empírico

Os dados obtidos foram analisados através da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2011), a qual apresenta três etapas: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

O áudio do Grupo focal foi transcrito e a partir de então se iniciou o processo de organização da análise do material. Foi feita a pré-análise dos depoimentos no intuito de escolher as partes do material que seriam analisadas e as unidades de análise utilizadas que foram frases e parágrafos. Posteriormente foi realizado o processo de exploração do material através da codificação por meio de um inventário de análise (APÊNDICE A).

Para Bardin (2011), a codificação corresponde à transformação dos dados brutos encontrados no texto, transformação esta que por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto.

No tratamento dos resultados foi realizada a condensação dos dados e a evidência das informações para análise, onde se pôde apresentar os mesmos em quadros e realizar as inferências cabíveis, que foram discutidas baseadas na literatura científica relacionada ao tema do estudo.

A partir da Análise de Conteúdo emergiram cinco categorias temáticas principais: Acolhimento, Atendimento à Saúde Integral do Homossexual Masculino, O Homossexual Masculino na Rede de Saúde, Qualificação do Atendimento à População LGBT e Humanização, as quais serão descritas e discutidas posteriormente.

4.6 Aspectos Éticos e Legais

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, CEP/FS/UNB, parecer nº 652.643 (ANEXO C), cumprido as exigências formais dispostas na Resolução 466/12, do Conselho

Nacional de Saúde/Ministério da Saúde – CNS/MS, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (CNS, 2012).

Acrescenta-se que a participação dos sujeitos na pesquisa esteve condicionada à oferta de todas as informações pertinentes ao estudo, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que possuía informações detalhadas sobre o estudo, a liberdade para dele desistir a qualquer momento, a garantia do anonimato e, ainda, que o estudo não traria nenhum prejuízo ou complicações para os participantes (BRASIL, 2012).

3.7 Riscos e Benefícios

Entende-se que a natureza da presente investigação permite a exposição dos sujeitos a riscos nos casos em que houvesse a quebra do sigilo das informações coletadas. Contudo, ao assumir a responsabilidade no desenvolvimento da pesquisa a equipe envolvida assume também um compromisso ético em relação ao material produzido, em sua coleta, análise e divulgação, de modo a resguardar os direitos dos sujeitos de pesquisa. Assim, caso surjam situações imprevistas que configurem risco para os sujeitos envolvidos, os pesquisadores buscarão contorná-las, colocando os interesses, necessidades e autonomia destes em primeiro lugar, e dando aos mesmos todo suporte necessário.

Os benefícios do estudo consistem em contribuir com o debate e visibilidade das questões de saúde da população LGBT, além de trazer subsídios para fundamentar as ações previstas pela Política LGBT.

5 RESULTADOS

5.1 Perfil dos sujeitos da pesquisa

Apresentam-se na Tabela 1 as características sociodemográficas dos participantes do estudo, as quais serão posteriormente descritas.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes de acordo com as características sociodemográficas, Picos - PI, 2015.

Características	n
Idade	
19 – 34	7
Raça	
Pardo	6
Preto	2
Estado civil	
Solteiro	5
União estável	3
Religião	
Católica	2
Afro-brasileira	3
Protestante	1
Nenhuma	2
Renda	
Até 1 SM*	6
>1 a 5 SM	1
Militante	
Sim	3
Não	5

*SM: salário mínimo atual (2017): R\$ 937,00

Observa-se que os investigados tinham faixa etária entre 19 e 34 anos, a maioria considerava a cor da sua pele preta, com relação ao estado civil cinco participantes declararam-se solteiros, enquanto três estavam em uma união estável. A predominância religiosa entre os participantes do estudo foi de religiões de matriz africana (três), mas também dois seguiam o catolicismo (dois) e um deles o protestantismo. Com relação à renda, seis declararam receber menos de 1 salário mínimo e acerca da militância do movimento LGBT, três participantes declararam militar.

5.2 Homossexuais masculinos e o serviço de saúde

A seguir, apresentam-se os resultados alcançados a partir da análise das falas dos sujeitos participantes do grupo focal. Adiante são apresentadas as categorias temáticas elaboradas com o emprego da técnica de análise de conteúdo, resumida no quadro de análise (APENDICE B).

5.2.1 Categoria 1 – Acolhimento (A)

Compreende as unidades de análise que apresentam segundo os participantes do grupo focal as percepções desses sujeitos a respeito do acolhimento que recebem no serviço de saúde. Essa categoria contempla as seguintes subcategorias: **Relação profissional/usuário e Representações Homoafetivas**. Na subcategoria Relação profissional/usuário os participantes em suas falas demonstram o descontentamento com a forma como são recepcionados pelos profissionais nos serviços de saúde, ressaltando inclusive o estigma do preconceito e da discriminação pela associação do sujeito homossexual ao HIV/AIDS. Relatam não sentir-se seguros de que as informações com relação a sua saúde serão mantidas em sigilo pelos profissionais, e que sua sexualidade muitas vezes é subjetivada pelos mesmos. Na subcategoria Representações homoafetivas os participantes demonstram que as representações da homossexualidade para os profissionais é uma barreira no acolhimento desses sujeitos, pois relatam desconforto ao serem questionados com relação a sua sexualidade e afirmam que o serviço de saúde não consegue acolher suas demandas específicas.

5.2.2 Categoria 2 – Atendimento à Saúde Integral do Homossexual Masculino (ASIHM)

Compreende as unidades de análise temática que apresentam segundo os participantes do grupo focal a visão dos mesmos sobre a resolubilidade dos serviços públicos de saúde na atenção integral à saúde deste sujeito. Essa categoria contempla as seguintes subcategorias: **Atendimento das demandas específicas e Equipe multiprofissional ou interdisciplinar**. A Subcategoria Atendimento das demandas específicas traz a carência relatada pelos participantes de serviços básicos de saúde que são essenciais para os mesmos. Na subcategoria Equipe multiprofissional ou interdisciplinar observam-se relatos acerca da

carência de profissionais especializados para atender as suas necessidades de uma forma interdisciplinar, focada no apoio psicológico desse sujeito.

5.2.3 Categoria 3 – O Homossexual Masculino na Rede de Saúde (HMRS)

Compreende as unidades de análise temática que apresentam segundo os participantes do grupo focal os serviços usados por eles e suas percepções sobre a integralidade da assistência de sua saúde na rede de saúde. Essa categoria contempla as seguintes subcategorias: **Serviço de saúde mais procurado e Referência e transversalidade no atendimento**. Na subcategoria Serviço de saúde mais procurado, os participantes identificam o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) como o serviço de saúde mais procurado, e também como a base para a assistência da saúde dessa população, pois são sempre referenciados para este serviço. Na subcategoria Referência e transversalidade no atendimento os participantes identificam a necessidade da inclusão de suas demandas dentro das redes de saúde, ressaltando inclusive a carência de resolução dentro da atenção básica. Eles identificam não existir a transversalidade da assistência à saúde integral de LGBT no SUS, e que no processo de referência eles sempre acabam no CTA. Reiteram ainda a necessidade da comunicação entre o SUS e os grupos sociais organizados LGBT.

5.2.4 Categoria 4 – Qualificação do Atendimento a População LGBT (QAPL)

Compreende as unidades de análise temática que apresentam segundo os participantes do grupo focal as suas percepções sobre a qualificação dos serviços de saúde em atender as demandas específicas da população LGBT. Essa categoria contempla a subcategoria **Qualificação profissional**, em que os participantes identificam não haver preparo profissional que qualifique o serviço de saúde para atender as suas demandas e também identificam não haver esforços da gestão na qualificação desses profissionais. Compreende ainda relatos que demonstram a capacitação profissional que, muitas vezes, reproduz preconceito e discriminação inclusive no processo de aprimorar os conhecimentos e que a invisibilização da sexualidade é um grande problema para a saúde desses sujeitos.

5.2.5 Categoria 5 – Humanização (H)

Compreende as unidades de análise temática que apresentam segundo os participantes do grupo focal sua percepção sobre a humanização do atendimento em saúde para a população homossexual masculina. Essa categoria contempla as seguintes subcategorias: **Igualdade no atendimento e Identidade Homossexual**. Na subcategoria Igualdade no atendimento os participantes relatam a necessidade de haver respeito e atenção as suas demandas de saúde. Eles referem não sentir-se respeitados pelos profissionais de saúde que por sua vez não tem, segundo eles, a sensibilidade de perceber e levar em consideração as inferências de sua sexualidade no seu processo de bem estar social. Deixam claro que entendem saúde enquanto um direito desses sujeitos como cidadãos e que necessitam do fortalecimento do seu processo de autonomia e protagonismo. Na subcategoria Identidade homossexual os participantes referem que o preconceito e a discriminação contra sua sexualidade é uma barreira para o cuidado com sua saúde, pois esses estigmas estão institucionalizados oprimindo esses sujeitos e os vulnerabilizando ainda mais.

6 DISCUSSÃO

Os sujeitos desta pesquisa configuram-se como jovens, de baixa renda e escolaridade, o que requer dos profissionais de saúde, maior comprometimento no tocante a disseminar para esses usuários informações a respeito dos serviços de saúde e referenciá-los para a satisfação de suas demandas em saúde, além de contribuir para o processo de empoderamento desses sujeitos partindo do pressuposto da saúde pública como um direito de todos.

Por meio da análise de conteúdo foram verificadas as percepções dos sujeitos desta pesquisa a respeito das dimensões do acesso da população de homossexuais masculinos nos serviços de saúde. Foram identificadas as seguintes dimensões do acesso na percepção dos usuários: acolhimento, qualificação do atendimento e humanização.

Acerca do **acolhimento** que recebem no serviço público de saúde, os participantes caracterizaram algumas barreiras para a efetivação dos cuidados em saúde. Mesmo após os avanços no setor saúde com a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, os profissionais de saúde não entendem a adequação do gênero com o sexo biológico, e muito menos a pluralidade nas expressões da sexualidade, contribuindo para a violação de direitos humanos básicos como: a violação do direito a saúde, e impondo assim que esses sujeitos passem por um processo complexo de discriminação e exclusão o que contribuiu para o aumento dos fatores de vulnerabilidade desses indivíduos (MELLO, 2011).

Segundo os participantes, a ausência de um acolhimento adequado nos estabelecimentos de saúde configura-se como um dos principais problemas enfrentados por LGBT no Brasil. Cada um desses seguimentos apresenta demandas específicas, por possuírem características, comportamentos, e práticas sexuais distintas, porém é possível reconhecer a necessidade da melhoria do acolhimento nos serviços de saúde para esses sujeitos enquanto uma necessidade comum a todos eles. O acolhimento deve se construir com uma nova ética de inclusão social em Saúde, por meio do explícito comprometimento com a consolidação da cidadania. Sob essa ótica, o ato de acolher de forma humanizada é percebido como produto das relações no processo de atendimento, o que ocorre depois de ultrapassada a etapa do acesso aos serviços de saúde (SILVA, 2009).

O primeiro obstáculo encontrado quando se busca um atendimento fundamentado no reconhecimento do outro como ator social, pode ser a identificação equivocada das pessoas já na entrada dos centros de saúde, ou seja, as **representações homoafetivas** equivocadas dos profissionais de saúde. Esses entraves levam a população homossexual masculina a sentir-se

desmotivada em procurar um determinado serviço de saúde, deixando de exercer um direito social que lhe é resguardado por lei e que também lhe confere cidadania.

Além disso, muitos profissionais de saúde subjetivam a sexualidade desses sujeitos, negligenciando boa parte das necessidades específicas desse segmento populacional. É certo que existe uma dificuldade em se declarar uma orientação sexual que difere do padrão da heteronormatividade, por isso, os direitos à privacidade, à autonomia e ao livre desenvolvimento da personalidade devem ser preservados, com base no amplo reconhecimento da diversidade de possibilidades de exercício da sexualidade, primando pelo respeito à singularidade dos indivíduos e combatendo todos os regimentos de normatização que resultem em processos de exclusão e de discriminação (SILVA, 2009).

Outra subcategoria trazida pelos participantes desta pesquisa que faz parte da categoria acolhimento é a **relação profissional/usuário**, que se caracteriza como uma grande barreira a ser vencida para a efetivação do acesso de homossexuais masculinos ao serviço público de saúde. Sousa (2014) evidenciou em seu estudo que os profissionais de saúde sentem-se desconfortáveis na prestação do cuidado aos pacientes com orientação sexual diferente da heterossexualidade, o que pode se justificar nas representações sociais homoafetivas e corrobora com achados desta pesquisa mostrando que o direito à saúde integral para esse grupo requer o redimensionamento dos direitos sexuais e reprodutivos, desnaturalizando a sexualidade e suas formas de manifestação, bem como a recusa à sua patologização, o que estimula a padronização das expressões da sexualidade humana segundo uma lógica meramente heteronormativa.

Os achados desta pesquisa mostram que na perspectiva dos usuários não existe **qualificação profissional** nos serviços de saúde para atender as suas demandas, e que muitas vezes o processo de formação desses profissionais infere ações de reprodução de preconceito e discriminação. Pesquisas como a de Barbosa e Facchini (2009) indicam que a população homossexual apresenta demasiada resistência à procura dos serviços de saúde, o que em suma, denuncia o contexto discriminatório existente e organizado em função de uma heterossexualidade presumida, da falta de qualificação e do preconceito por parte de profissionais de saúde para atender essa demanda.

As transformações das redes de saúde para o melhor atendimento dessa população dependem diretamente das transformações no modo de agir e de pensar dos profissionais de saúde, pois as questões culturais advindas do padrão heteronormativo influenciam de modo subjetivo, o atendimento dos profissionais de saúde, o que os leva a assistir todos os usuários como se fossem heterossexuais, gerando situações graves de preconceito e discriminação.

Mello (2012) destaca que uma postura reflexiva frente aos padrões heterossexuais socialmente estabelecidos auxilia na prevenção a discriminação, afirmando incisivamente a necessidade iminente da formação profissional dos agentes em saúde para ações frente às especificidades da população LGBT.

A dimensão do acesso trazida na categoria **humanização** é definida como o respeito por parte dos profissionais de saúde para com a população LGBT. As unidades de análise que compõem essa categoria mostram a existência de violência institucional contra homossexuais masculinos como expressão dos preconceitos de muitos profissionais de saúde. Em decorrência da não adequação à identidade sexual heteronormativa a população LGBT tem seus direitos humanos básicos agredidos (MELO et al., 2011).

Logo, a sensibilização dos profissionais da saúde quanto ao atendimento livre de preconceitos e julgamentos faz-se mais que necessária além da aproximação desses profissionais com as políticas públicas e com as problemáticas específicas da população LGBT, assegurando assim que os princípios de universalidade, integralidade e equidade, construtivos do SUS, sejam a práxis de políticas públicas que promovam o enfrentamento das consequências excludentes da homofobia e da heteronormatividade.

Acerca da percepção dos participantes do estudo em relação ao uso da rede de atenção à saúde, a categoria **atendimento integral a saúde de homossexuais masculinos** retrata a falta de resolubilidade e invisibilização das demandas específicas desta população, o descrédito nas respostas dadas as suas necessidades e o medo da discriminação infere diretamente na situação de saúde desse estrato populacional. Nesse sentido Melo et al., 2011 afirmam que a homofobia, ou seja à rejeição ou à intolerância irracional à homossexualidade é o fator principal que impede que as necessidades específicas de saúde dessa população sejam atendidas.

Os participantes dessa pesquisa apontam a escassez de profissionais especializados como um dos principais problemas para a resolubilidade de seus problemas de saúde, ressaltando a necessidade de um apoio psicológico nos serviços de saúde. Granado e Delgado (2008) afirmam que a vulnerabilidade dos homossexuais masculinos também está associada às doenças mentais, e que os problemas de identidade e orientação sexual podem ser fatores de risco para uma conduta suicida, considerando que os grupos populacionais marginalizados são mais vulneráveis à depressão.

Willis (2012) afirma que os homossexuais têm de duas a seis vezes mais probabilidade de cometerem suicídio do que os heterossexuais. Esses estudos evidenciam a necessidade de que os profissionais de saúde fiquem atentos aos problemas de saúde mental

que são vivenciados por esses homens, e também a necessidade de uma **equipe multiprofissional e interdisciplinar** atuando na prestação de cuidados desses sujeitos.

Os resultados desta pesquisa apontam também como o homossexual masculino percebe a **rede de atenção à saúde**, mostrando a fragilidade no processo de referencia e integralidade das ações de saúde para essa população. Pode-se perceber que o **serviço de saúde mais procurado** pelos participantes dessa pesquisa foi o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), identificando esse serviço de saúde como a “base para assistência à saúde dessa população”, pois, segundo os relatos, uma vez no serviço de saúde eles sempre são referenciados para o CTA.

Esse processo pode ser comparado ao que foi descrito por Pelúcio e Miskolci (2009) chamado de SIDAdanização, termo no qual a troca do “c” pelo “s” denuncia uma cidadania alcançada pela repatologização da sexualidade não heterossexual. Para que essa SIDAdania seja alcançada, esse grupo precisa partilhar os pressupostos do programa de prevenção de IST/AIDS, compreendendo assim a partir de um modelo biomédico a responsabilidade que tem sobre si e os cuidados que devem dedicar à sua saúde.

A maioria dos autores, ao refletir sobre o tema da prevenção do HIV/AIDS tem procurado reforçar a proposição de que mais do que se preocupar com comportamentos de risco e seus determinantes e vulnerabilidades faz-se necessário atentar para as marcas traçadas pela opressão e desigualdades sociais na expansão dessa epidemia. Essa máxima deve ir além do campo da prevenção desses agravos, e ser aplicável nos âmbitos mais amplos da educação em saúde e da promoção, com foco em suas perspectivas de integralidade e emancipação (PIMENTA, 2011).

Com isso revela-se necessária uma reformulação na forma como se enxerga a atenção à saúde de LGBT no Brasil, pois a transversalidade das ações de promoção e prevenção devem permear todos os âmbitos do setor saúde incluindo as ações na atenção primária a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), de forma a receber e dar a esses sujeitos a atenção a suas necessidades livre de qualquer preconceito ou discriminação, conforme previsto na Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado avaliou as dimensões de acesso e qualidade dos serviços de saúde na percepção de homossexuais masculinos. Emergiram ainda impressões desses sujeitos a respeito da resolubilidade dos serviços de saúde e de como a rede de saúde absorve e referencia suas demandas.

Os resultados do estudo mostram que ainda existem muitas barreiras que impedem o acesso desse seguimento populacional aos serviços de saúde. O acolhimento desses homens aos serviços de saúde é marcado por preconceito e discriminação o que resulta na violação do direito a saúde e na negligência aos cuidados de si. Um acolhimento pautado no respeito, livre de preconceitos e discriminação como preconizado na Política Nacional de Atenção Integral à saúde LGBT está longe de ser uma realidade, tendo em vista que mais de 5 anos após a implementação desta política ainda percebemos esses problemas no serviço público de saúde.

Outra evidência desse estudo é a de que a relação profissional/usuário configura-se como outra barreira a ser vencida a fim de contemplar homossexuais masculinos e os cuidados com sua saúde. A qualificação profissional deve ser preconizada, pois não havendo a reciclagem desses profissionais os mesmos continuarão a reproduzir preconceitos e padronizar as expressões da sexualidade numa lógica heteronormativa.

A humanização do atendimento por parte dos profissionais se faz urgente, tendo em vista que nesse estudo observa-se nos relatos a existência de violência institucional contra homossexuais masculinos, bem como a falta de resolubilidade do serviço em atender as demandas específicas dessa população, apontada ainda pelos participantes deste estudo como a escassez de profissionais especializados, sobretudo os que prestam apoio psicológico a esses sujeitos e na fragilidade do processo de referencia para o atendimento em saúde desses homens, que enxergam as ações de saúde específicas para esse seguimento populacional enquanto apenas as de combate e prevenção de IST/AIDS.

A realização deste estudo contribuiu para avaliar a efetividade das ações previstas na Política Nacional de Atenção Integral LGBT, e com isso revelar a necessidade de ações sobretudo com foco na qualificação profissional, e na reformulação dos serviços de saúde a fim de efetivar o acesso dessa população aos serviços públicos de saúde.

Apesar de ser realizado com um pequeno quantitativo de pessoas, esse estudo é de grande importância para as pesquisas neste seguimento, tendo em vistas as dificuldades de se acessar essa população. Reitera-se ainda a escassez de literatura atualizada que trabalhe a

percepção desses indivíduos sobre os serviços de saúde, tendo em vista que a maior parte dos achados literários trabalha a relação deste público com as IST/AIDS.

Através da análise das falas do grupo focal, chegou-se a conclusão de que se faz necessária uma transformação na rede SUS a fim de proporcionar o acesso de homossexuais masculinos aos serviços públicos de saúde, prestando a essa população um atendimento livre de preconceito e discriminação e contribuindo para a diminuição das iniquidades em saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. A. L. et al. Relação Usuária-profissional de saúde: Experiência de uma mulher homossexual em uma unidade de Saúde de Fortaleza. **Escola Anna Nery**, v.10, n.2, p. 323-7, ago, 2006.

ARAÚJO, M. A. L.; LEITÃO, G. C. M. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v. 21, n. 2, p. 396-403, 2005.

BARBOSA, R.M.; FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, suppl.2, p. 291-300, 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo, Edições 70, 2011.

BECKER, H. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Hucitec, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sexualidades e saúde reprodutiva. In: BRASIL. **Adolescentes e jovens para a educação entre pares**. Brasília, 2010.

_____. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília, 2010.

_____. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano Nacional de enfrentamento da epidemia de AIDS e das DST entre gays, outros HSH e travestis**. Brasília, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Overview of global AIDS epidemic. In: **Reporto n the global AIDS Epidemic**. World Health Organization, 2009.

_____. **Bol. Epidemiol. AIDS**. Brasília-DF, Jan a Jun/2012.

_____. **3º Relatório Nacional sobre os Direitos Humanos no Brasil**. Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo (NEV-USP) e pela comissão Teotônio Vilela de Direitos Humanos (CTV), 2006.

_____. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e de promoção da cidadania homossexual**. Brasília, DF. 2004.

_____. Secretaria especial dos Direitos Humanos. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, 2009.

_____. **Portaria n. 2.836, de 01 de dezembro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde LGBT). Brasília, 2011.

_____. **Resolução nº 2, de 6 de dezembro de 2011**. Estabelece estratégias e ações que orientem o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays,

Bissexuais, Travestis e Transexuais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

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

DONABEDIAN, A.; WHEELER, J. R. C.; WYSZEWLANSKI, L., 1982. **Quality, cost and health: An integrative model**. *Medical Care*, v.20, p. 975-992, 1982.

FIORIN, J. L., SAVIOLI, F. P. **Lições de texto: leitura e redação**. São Paulo: Ática, 2002.

FIORIN, J. L. **Linguagem e Ideologia**. 8. ed. São Paulo: Ática, 2007.

FOUCAULT. M. História da sexualidade. In: A vontade de saber. (ALBUQUERQUE, M.T.C & ALBUQUERQUE, J.A.G. Trads. 19a. ed.) Rio de Janeiro: Graal 2009. (Original publicado em 1988).

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GAMISON, J. As sexualidades, a teoria queer e a pesquisa qualitativa. In: DENZIN. N.K & LINCOLN. Y.S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed/Bookman 2006. p. 345-362.

GRANADOS, C.J.A; DELGADO, S.G. Identidad y riesgos para la salud mental de jóvenes gay. **Caderno de Saúde Pública**. v. 24, n.5, p. 1042-50, 2008.

HANDCOCK, M. S.; GILE, K. J. On the Concept of Snowball Sampling. **Sociological Methodology**, v. 41, n. 1, p. 367-371, Agosto de 2011.

KRUEGER, R. A. **Focus group: a practical guide for applied research**. Newbury Park, Sage Publications, 1988.

MISKOLEI. R. **Não somos, queremos: notas sobre o declínio do essencialismo estratégico**. Mesa: Novas Perspectivas e Desafios Políticos Atuais do evento Stnewall 40 + o que o no Brasil? Salvador. 17 de setembro. Disponível em: <<http://www.ufscar.br/cis/wp-content/uploads/N%C3%A3o-Somos-queremosRichardMiskolei.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2017.

MILLER, J. Creating inclusive helthcare environment for the GLBT community. **The Official Newsletter of the Networker for Lesbian, Gay and Bisexual concerns in Ocupational Therapy**, v. 9, n.1, p. 1-10, 2002.

MELLO, L. et al. Por onde andam as Políticas Públicas para a População LGBT no Brasil. **Revista Sociedade e Estado**, v. 27, n. 2, maio 2012.

MORGAN, D. L. **Focus group as qualitative research**. Newbury Park, Sage Publication, 1988. (Qualitative Research Methods Series 16).

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 31. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MILLMAN, M. **Access to health care in America.** Washington, DC: National Academy Press, 1993.

MELLO, L. et.al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Revista Latino Americana.** n.9, p.7-28, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sess/n9/02.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

NOVAES, H.M., PAGANINI, J.M.; **Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde: padrões e indicadores de qualidade para hospitais** (Brasil). Washington (DC): Organização Panamericana de Saúde; 1994. (OPAS/HSS/ 94.05).

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde.** Qualitymark, Rio de Janeiro, 1994.

NUNES, L. Humanização na Saúde: estratégia de marketing? A visão do enfermeiro. In: Barchifontaine CP, Zoboli ELCP, organizadores. **Bioética, Vulnerabilidade e Saúde.** São Paulo: Idéias & Letras; 2007. p. 269-85.

PIMENTA, F. A; MERCHAN, E.H. Uso dos serviços de Saúde por parte de homens que fazem sexo com homens do Distrito Federal. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n.4, Brasília-DF, 2011.

PELÚCIO, L. **Nos nervos, na carne, na pele: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de AIDS.** Ano. 2007 Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, 2007.

SILVA, J. L. **Como os serviços de saúde acolhem a população LGBT?. II** Seminário Nacional Gênero e Práticas Culturais, UFPB, João Pessoa-PB, 2009.

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

STARFIELD, B. Accesibilidad y primer contacto: El “filtro”. **Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servivios y tecnollgía.** MASSON S.A. Barcelona 2004.

WILLIS, P. Constructions of lesbian, gay, bisexual and queer identities among young people in contemporary Austrália. **Cult Health Sex.** v. 14, n.10, p. 1213-27, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Inventário das unidades de análise

“Uma vez eu fui numa visita de saúde, cheguei lá, a mulher estava mal humorada”.

“Ela enfiava a agulha, e aí falando no celular...e eu...e a agulha assim e o sangue descendo e eu olhava pra mulher e ela ficava calada, não dizia nada...”.

“Porque um profissional, com certeza atenderia um paciente melhor”.

“Até depois ela pediu desculpas, porque eu fui reclamar do atendimento”.

“Ele fica só tá ali...ele fica parado escutando”.

“não existe profissionalismo nesse caso, a gente não se sente em um lugar confiável”.

“A gente não sente confiança no serviço e no atendimento porque faltam profissionalismo. As pessoas...a gente não tem a segurança que o nosso caso vai morrer ali”.

“Porque muitos médicos e até enfermeiros mesmo veem o gay como soropositivo, o problema é só isso”.

“É que o acesso até os gays, vocês não precisam procurar a gente, só precisa que todos os profissionais em algum momento tenham uma capacitação sobre quem nós somos quando nós aparecermos”.

“porque quando eu chego lá, elas tem medo de mim, porque eu já chego impondo moral, mesmo sem ter, mas elas me respeitam”.

“Elas tem medo de mim, eu digo que quero o teste com resultado em caráter de urgência e elas atendem o meu pedido”.

“Pra mim, como homossexual, falar com ele sobre o meu parceiro, vai ser complicado para ele ouvir”.

“Porque é necessário esse atendimento, meio que psicológico, dessa pessoa, né!? Para que ele possa se sentir à vontade para se abrir, para falar sobre causos, para falar sobre os problemas enfrentados, para o profissional”.

“a gente não quer nunca um atendimento específico para gay, para lésbica, para travesti ou para transexuais, a gente quer que eles entendam que nós somos, quando nós chegamos no serviço”.

“eu acho muito invasivo, você vai chegar na pessoa e ainda perguntar a orientação sexual da pessoa. Porque isso é algo que a pessoa tem que buscar né? Isso é algo de foro íntimo, eu acho. As pessoas que falam e se assumem gay, isso daí é levantar a bandeira política, isso daí é uma, um posicionamento político.[...] Que já é uma outra dimensão.[...] Que já é uma outra dimensão, então não tinha nada que tá perguntando, mas que tá preparado para atender a demanda caso apareça, porque a demanda existe”.

“Tem que tá qualificado até na detecção dessa pessoa, porque muitas vezes essa pessoa não sente a vontade pra dizer que é homossexual”.

“Porque também o problema da maioria dos gays é que se ofendem, porque tipo assim tem a questão cota, vou falar a cota para negros, sim, mas por que? Ai, também ainda fala da questão dos homossexuais. A, mas por que vão tratar só de homossexuais? A, porque são pessoal do grupo de risco, são pessoal propensos, são fortes candidatos a ter HIV”.

“eu queria um atendimento com o infectologista, mas disseram que não tinha vaga”.

“A gente vai no CTA, não tem teste rápido. Eles dizem que é só para gestante, em caso de emergência”.

“Porque muitas vezes você tem alguma lesão na sua genitália ou na região do ânus e o infectologista não tem como lhe avaliar, porque não tem a máquina pra você deitar”.

“porque se é um lugar de testagem e aconselhamento, tem que ter isso”.

“Daí não tem vaga, porque você entra em uma fila de espera, porque tem muita máfia ali dentro. As pessoas vendem vagas, só colocam vagas de quem eles querem”.. “O que aconteceu ele num fez nada, me indicou pro CTA”.

“Então eu acho que a demanda de profissional influiria muito nessa questão de especialidades médicas”.

“O problema da maioria dos gays é justamente essa questão dessa barreira psicológica, que ele tava até falando aqui que precisava de um apoio amplo de psicólogos trabalhando essa questão”.

“Você vai no posto ai diz: eu quero uma consulta com o proctologista. Ai tu não tem pelo SUS, como é que não tem pelo SUS? Pelo menos um pelo SUS tem que ter”.

“Só que eu acho que ali, além de um infectologista, precisaria de um urologista, para trabalhar, principalmente a questão masculina”.

“Porque o que a gente quer é igualdade. É isso que o movimento levanta a bandeira: pela cidadania e pela igualdade de direitos”.

“Eu sou pessoa, eu tenho direitos garantidos e, como pessoa, eu tenho que impor esse respeito, tá entendendo!?”.

“Eu queria que o profissional de saúde me respeitasse, sem que eu exigisse esse respeito, porque eu sou pessoa e ele está ali pra me servir, também”.

“E eu queria que não houvesse essa necessidade dessa imposição de respeito. Que eu fosse respeitado, assim como qualquer um”.

““eu também sou gente, eu tenho direitos”.

“Então por isso que eu acho que o preparo tem que estar primordialmente nos profissionais, porque esses profissionais é quem vai lá no interior atender esse homossexual. Porque esse homossexual não vem procurar o serviço de saúde é o serviço de saúde, são os programas de saúde da família que vão lá no interior, tá entendendo?”.

“O que existe aqui são capacitações para os profissionais para atender o público em geral e então dentro dessa capacitação já inserir a gente”.

“Na questão da homossexualidade, de saúde nos homossexuais, eu acredito que vocês pagam infectologia, virologia. Vocês profissionais num tem essa formação no curso de vocês pra orientar os LGBTs?”.

“Mas temos um plano em saúde, esse plano ta em algum momento que todos os profissionais inseridos dentro da secretaria de saúde em algum momento te que ter uma capacitação do Plano nacional de saúde LGBT?”.

“Espero que saia do papel, que, que esse nosso encontro aqui venha refletir não só na minha vida, mas na vida de pessoas que estão lá em outros estados, em outros municípios, que estão lá no interior, eu espero que essa pesquisa é... saia do teórico e que venha para prática“.

“A questão é porque essa população...nós...temos uma carga de preconceito, de discriminação, de traumas sociais, tá entendendo”.

“No sentido do nosso psicológico ser mais fragilizado em relação a uma pessoa que tem um costume...a um heterossexual que tem o costume de usar o serviço de saúde, né!?”.

“A fragilidade. Porque muitos homossexuais eles se sentes fragilizados, pensam: a, porque eu sou gay não vou ser ouvido”.

“Então é necessário que a haja a capacitação desse pessoal no nosso atendimento”.

“Eu não vejo profissionais...os profissionais da nossa saúde...em se tratando da nossa região, do nosso vale, não são profissionais qualificados”.

“Isso pra mim foi muito constrangedor, não só como homossexual, mas como profissional também, porque eu vi que não são pessoas qualificadas para o caso que estava ocorrendo”.

“Eu como profissional e como usuário, sei que não existe nenhuma capacitação na cidade de Picos, voltada para atendimento a pessoas LGBTs”.

“Eu como profissional, fiz parte de uma capacitação sobre outubro rosa e novembro azul, né!? Do novembro azul, o urologista foi dar uma palestra, lá na associação comercial. E ele tava falando sobre câncer de próstata e fez um comentário sobre um negócio...sobre que...o sexo anal que acontece entre os gays, né!?...isso pode vir a gerar câncer de próstata. Eu estudei e vi que isso já foi derrubado...essa tese foi derrubada...e ele terminou isso que ele falou, na seguinte frase: “vocês estão vendo que esse negócio de dar a bunda não é muito bom, né

gente!?”. Aí, todo mundo riu. Eu como profissional e homossexual assumido, lá dentro, eu me sinto ridicularizado pelo despreparo até de um médico...e ofendido, extremamente ofendido”.

“Então, mais uma vez eu volto a tocar na capacitação desses profissionais, porque muitas vezes nós não somos entendidos. Muitas vezes, por exemplo, muitas vezes o meu personagem fala de uma coisa, que o meu eu sofre. E é muito importante que esse profissional esteja qualificado para entender essa situação, tá entendendo!?”.

“há a necessidade dessa capacitação, do entendimento...dessas pessoas entenderem esse meio, entenderem essas pessoas, os preconceitos, os traumas sofridos”.

“No e-sus, nas novas fichas pergunta, mas nenhum agente de saúde tá perguntando se o povo é gay não”.

“Eu já falei sobre a população, do que você falou, na questão de, na que a gente tava pontuando um programa de saúde LGBT, e o CTA já é uma base disso, que já existia há muito tempo”.

“É o órgão mais procurado pela gente... Risos”.

“é por isso que a gente tá pautando o CTA, porque o CTA é praticamente a casa dos gays. Porque eu tô no posto de saúde, a, procura o CTA. Vou pro Regional, vai no CTA fazer teu teste de HIV”.

“E a falta de informação das pessoas, que CTA num tem médico. Quem tem que atender é um médico. CTA é pra você fazer um exame. Falta também muita informação”.

“Redes interligadas, é, é, profissionais treinados, não é no CTA, e sim na rede de saúde”.

“Porque o programa se restringe e não chega até o PSF. E o programa nunca chegou, não existe nada até os agentes de saúde na ficha A que eles tem pergunta. Tem lá para você perguntar se a pessoa é gay, bissexual, lésbica, travesti, transexual.”

“Que era o objetivo, agora a rede de saúde é que leva ao infectologista, leva ao urologista, que leva ao psicólogo, que você vai para o psicólogo para fazer uma análise para depois receber resultados, para estar preparado, não dentro do CTA, mas na rede de saúde, que aqui, não existe.”

“Fui no CTA fiz o exame e não deu nada.[...] Ai fica o paciente ali a solta, e agora? Quem vai me orientar? Porque a pessoa vai muito da sua orientação social, de como você vai agir em determinada situações.”

“O que nós temos que entender é que eu não quero um programa específico pra mim, nem diferenciado, e sim, pelo contrário, eu quero justamente a minha inclusão nesses programas.” “Eu acho interessante haver integração do sistema de saúde com esse terceiro setor. Existe teoricamente falando...”

“Exatamente, então. O programa de saúde mesmo é que engloba o PSF, o SUS em geral, que nem a gente tava falando, que não existe esse programa ainda implantado mesmo”.

APÊNDICE B – Quadro de análise

Subcategorias Iniciais	Subcategorias Emergentes	Categorias Significativas	Codificação	
<p>“Uma vez eu fui numa visita de saúde, cheguei lá, a mulher estava mal humorada”.</p> <p>“Ela enfiava a agulha, e aí falando no celular...e eu...e a agulha assim e o sangue descendo e eu olhava pra mulher e ela ficava calada, não dizia nada...”.</p> <p>“Porque um profissional, com certeza atenderia um paciente melhor”.</p> <p>“Até depois ela pediu desculpas, porque eu fui reclamar do atendimento.”</p> <p>“Ele fica só tá ali...ele fica parado</p>	<p align="center">RELAÇÃO PROFISSIONAL/USUÁRIO</p> <p>“Uma vez eu fui numa visita de saúde, cheguei lá, a mulher estava mal humorada”.</p> <p>“Ela enfiava a agulha, e aí falando no celular...e eu...e a agulha assim e o sangue descendo e eu olhava pra mulher e ela ficava calada, não dizia nada...”.</p> <p>“Porque um profissional, com certeza atenderia um paciente melhor”.</p>	<p align="center">ACOLHIMENTO</p>	<p align="center">A</p> <p align="center">17</p>	<p align="center">ARPU = 9</p> <p align="center">ARH = 8</p>

<p>escutando”.</p> <p>“não existe profissionalismo nesse caso, a gente não se sente em um lugar confiável.”</p> <p>“A gente não sente confiança no serviço e no atendimento porque faltam profissionalismo. As pessoas...a gente não tem a segurança que o nosso caso vai morrer ali”.</p> <p>“Porque muitos médicos e até enfermeiros mesmo veem o gay como soropositivo, o problema é só isso”.</p> <p>“É que o acesso até os gays, vocês não precisam procurar a gente, só precisa que todos os profissionais em algum momento tenham uma capacitação sobre quem nós</p>	<p>“Até depois ela pediu desculpas, porque eu fui reclamar do atendimento.”</p> <p>“Ele fica só tá ali...ele fica parado escutando”.</p> <p>“não existe profissionalismo nesse caso, a gente não se sente em um lugar confiável.”</p> <p>“A gente não sente confiança no serviço e no atendimento porque faltam profissionalismo. As pessoas...a gente não tem a segurança que o nosso caso vai morrer ali.”</p> <p>“Porque muitos médicos e até enfermeiros mesmo veem o gay como soropositivo, o problema é só isso,”</p>			
---	---	--	--	--

<p>somos quando nós aparecermos.”</p> <p>“porque quando eu chego lá, elas tem medo de mim, porque eu já chego impondo moral, mesmo sem ter, mas elas me respeitam.”.</p> <p>“Elas tem medo de mim, eu digo que quero o teste com resultado em caráter de urgência e elas atendem o meu pedido.”.</p> <p>“Pra mim, como homossexual, falar com ele sobre o meu parceiro, vai ser complicado para ele ouvir”.</p> <p>“Porque é necessário esse atendimento, meio que psicológico, dessa pessoa, né!? Para que ele possa se sentir à vontade para se abrir, para falar sobre causos, para falar sobre os</p>	<p>“É que o acesso até os gays, vocês não precisam procurar a gente, só precisa que todos os profissionais em algum momento tenham uma capacitação sobre quem nós somos quando nós aparecermos.”</p> <p>REPRESENTAÇÕES HOMOAFETIVAS</p> <p>“porque quando eu chego lá, elas tem medo de mim, porque eu já chego impondo moral, mesmo sem ter, mas elas me respeitam.”.</p> <p>“Elas tem medo de mim, eu digo que quero o teste com resultado em caráter de urgência e elas atendem o meu pedido.”.</p>		
---	---	--	--

<p>problemas enfrentados, para o profissional.”</p> <p>“a gente não quer nunca um atendimento específico para gay, para lésbica, para travesti ou para transexuais, a gente quer que eles entendam que nós somos, quando nós chegamos no serviço.”</p> <p>“eu acho muito invasivo, você vai chegar na pessoa e ainda perguntar a orientação sexual da pessoa. Porque isso é algo que a pessoa tem que buscar né? Isso é algo de foro íntimo, eu acho. As pessoas que falam e se assumem gay, isso daí é levantar a bandeira política, isso daí é uma, um posicionamento político.[...] Que já é uma outra dimensão.[...] Que já é uma outra dimensão, então não tinha nada que tá perguntando, mas que tá preparado para atender a demanda</p>	<p>“Pra mim, como homossexual, falar com ele sobre o meu parceiro, vai ser complicado para ele ouvir”.</p> <p>“Porque é necessário esse atendimento, meio que psicológico, dessa pessoa, né!? Para que ele possa se sentir à vontade para se abrir, para falar sobre causos, para falar sobre os problemas enfrentados, para o profissional.”</p> <p>“a gente não quer nunca um atendimento específico para gay, para lésbica, para travesti ou para transexuais, a gente quer que eles entendam que nós somos, quando nós chegamos no serviço.”</p> <p>“eu acho muito invasivo, você vai chegar na pessoa e ainda perguntar a orientação sexual da pessoa.</p>			
--	---	--	--	--

<p>caso apareça, porque a demanda existe.”</p> <p>“Tem que tá qualificado até na detecção dessa pessoa, porque muitas vezes essa pessoa não sente a vontade pra dizer que é homossexual.”</p> <p>“Porque também o problema da maioria dos gays é que se ofendem, porque tipo assim tem a questão cota, vou falar a cota para negros, sim, mas por que? Ai, também ainda fala da questão dos homossexuais. A, mas por que vão tratar só de homossexuais? A, porque são pessoal do grupo de risco, são pessoal propensos, são fortes candidatos a ter HIV.”</p>	<p>Porque isso é algo que a pessoa tem que buscar né? Isso é algo de foro íntimo, eu acho. As pessoas que falam e se assumem gay, isso daí é levantar a bandeira política, isso daí é uma, um posicionamento político.[...] Que já é uma outra dimensão.[...] Que já é uma outra dimensão, então não tinha nada que tá perguntando, mas que tá preparado para atender a demanda caso apareça, porque a demanda existe”.</p> <p>“Tem que tá qualificado até na detecção dessa pessoa, porque muitas vezes essa pessoa não sente a vontade pra dizer que é homossexual.”</p> <p>“Porque também o problema da maioria dos gays é que se ofendem, porque tipo assim tem a questão cota, vou falar a cota para</p>			
---	---	--	--	--

	<p>negros, sim, mas por que? Ai, também ainda fala da questão dos homossexuais. A, mas por que vão tratar só de homossexuais? A, porque são pessoal do grupo de risco, são pessoal propensos, são fortes candidatos a ter HIV.”</p>			
<p>“eu queria um atendimento com o infectologista, mas disseram que não tinha vaga”.</p> <p>“A gente vai no CTA, não tem teste rápido. Eles dizem que é só para gestante, em caso de emergência.”</p> <p>“Porque muitas vezes você tem alguma lesão na sua genitália ou na</p>	<p>ATENDIMENTO DAS DEMANDAS ESPECÍFICAS</p> <p>“eu queria um atendimento com o infectologista, mas disseram que não tinha vaga”.</p> <p>“A gente vai no CTA, não tem teste rápido. Eles dizem que é só para gestante, em caso de emergência.”</p>	<p>ATENDIMENTO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMOSSEXUAL MASCULINO</p>	<p>AISHM 10</p>	<p>AISHMADE = 6</p> <p>AISHMEMI = 4</p>

<p>região do ânus e o infectologista não tem como lhe avaliar, porque não tem a máquina pra você deitar.”</p> <p>“porque se é um lugar de testagem e aconselhamento, tem que ter isso.”</p> <p>“Daí não tem vaga, porque você entra em uma fila de espera, porque tem muita máfia ali dentro. As pessoas vendem vagas, só colocam vagas de quem eles querem.”.</p> <p>“O que aconteceu ele num fez nada, me indicou pro CTA”</p> <p>“Então eu acho que a demanda de profissional influiria muito nessa questão de especialidades</p>	<p>“Porque muitas vezes você tem alguma lesão na sua genitália ou na região do ânus e o infectologista não tem como lhe avaliar, porque não tem a máquina pra você deitar.”</p> <p>“porque se é um lugar de testagem e aconselhamento, tem que ter isso.”</p> <p>“Daí não tem vaga, porque você entra em uma fila de espera, porque tem muita máfia ali dentro. As pessoas vendem vagas, só colocam vagas de quem eles querem.”.</p> <p>“O que aconteceu ele num fez nada, me indicou pro CTA”</p> <p>EQUIPE</p>		
--	---	--	--

<p>médicas”.</p> <p>“O problema da maioria dos gays é justamente essa questão dessa barreira psicológica, que ele tava até falando aqui que precisava de um apoio amplo de psicólogos trabalhando essa questão.”</p> <p>“Você vai no posto ai diz: eu quero uma consulta com o proctologista. Ai tu não tem pelo SUS, como é que não tem pelo SUS? Pelo menos um pelo SUS tem que ter”.</p> <p>“Só que eu acho que ali, além de um infectologista, precisaria de um urologista, para trabalhar, principalmente a questão masculina..”</p>	<p>MULTIPROFISSIONAL OU INTERDISCIPLINAR</p> <p>“Então eu acho que a demanda de profissional influiria muito nessa questão de especialidades médicas”.</p> <p>“O problema da maioria dos gays é justamente essa questão dessa barreira psicológica, que ele tava até falando aqui que precisava de um apoio amplo de psicólogos trabalhando essa questão”.</p> <p>“Você vai no posto ai diz: eu quero uma consulta com o proctologista. Ai tu não tem pelo SUS, como é que não tem pelo SUS? Pelo menos um pelo SUS tem que ter”.</p> <p>“Só que eu acho que ali, além de</p>		
---	--	--	--

	um infectologista, precisaria de um urologista, para trabalhar, principalmente a questão masculina..”.			
<p>“Eu já falei sobre a população, do que você falou, na questão de, na que a gente tava pontuando um programa de saúde LGBT, e o CTA já é uma base disso, que já existia há muito tempo”.</p> <p>“É o órgão mais procurado pela gente... Risos”.</p> <p>“é por isso que a gente tá pautando o CTA, porque o CTA é praticamente a casa dos gays.</p>	<p>SERVIÇO DE SAÚDE MAIS PROCURADO</p> <p>“Eu já falei sobre a população, do que você falou, na questão de, na que a gente tava pontuando um programa de saúde LGBT, e o CTA já é uma base disso, que já existia há muito tempo”.</p> <p>“É o órgão mais procurado pela gente... Risos”.</p>	<p>O HOMOSSEXUAL MASCULINO NA REDE DE SAÚDE</p>	<p>HMRS 11</p>	<p>HMRSSMP = 4 HMRSRTA = 7</p>

<p>Porque eu tô no posto de saúde, a, procura o CTA. Vou pro Regional, vai no CTA fazer teu teste de HIV.”</p> <p>“E a falta de informação das pessoas, que CTA num tem médico. Quem tem que atender é um médico. CTA é pra você fazer um exame. Falta também muita informação.”</p> <p>“Redes interligadas, é, é, profissionais treinados, não é no CTA, e sim na rede de saúde”.</p> <p>“Porque o programa se restringe e não chega até o PSF. E o programa nunca chegou, não existe nada até os agentes de saúde na ficha A que eles tem pergunta. Tem lá para você perguntar se a pessoa é gay, bissexual, lésbica, travesti, transexual”.</p>	<p>“é por isso que a gente tá pautando o CTA, porque o CTA é praticamente a casa dos gays. Porque eu tô no posto de saúde, a, procura o CTA. Vou pro Regional, vai no CTA fazer teu teste de HIV.”</p> <p>“E a falta de informação das pessoas, que CTA num tem médico. Quem tem que atender é um médico. CTA é pra você fazer um exame. Falta também muita informação.”</p> <p style="text-align: center;">REFERÊNCIA E TRANSVERSALIDADE NO ATENDIMENTO</p> <p>“Redes interligadas, é, é, profissionais treinados, não é no CTA, e sim na rede de saúde”.</p>		
--	---	--	--

<p>“Que era o objetivo, agora a rede de saúde é que leva ao infectologista, leva ao urologista, que leva ao psicólogo, que você vai para o psicólogo para fazer uma análise para depois receber resultados, para estar preparado, não dentro do CTA, mas na rede de saúde, que aqui, não existe.”</p> <p>“Fui no CTA fiz o exame e não deu nada.[...] Ai fica o paciente ali a solta, e agora? Quem vai me orientar? Porque a pessoa vai muito da sua orientação social, de como você vai agir em determinada situações”.</p> <p>“O que nós temos que entender é que eu não quero um programa específico pra mim, nem diferenciado, e sim, pelo contrário, eu quero justamente a minha</p>	<p>“Porque o programa se restringe e não chega até o PSF. E o programa nunca chegou, não existe nada até os agentes de saúde na ficha A que eles tem pergunta. Tem lá para você perguntar se a pessoa é gay, bissexual, lésbica, travesti, transexual.”</p> <p>“Que era o objetivo, agora a rede de saúde é que leva ao infectologista, leva ao urologista, que leva ao psicólogo, que você vai para o psicólogo para fazer uma análise para depois receber resultados, para estar preparado, não dentro do CTA, mas na rede de saúde, que aqui, não existe”.</p> <p>“Fui no CTA fiz o exame e não deu nada.[...] Ai fica o paciente ali a solta, e agora? Quem vai me orientar? Porque a pessoa vai muito da sua orientação social, de</p>			
--	---	--	--	--

<p>inclusão nesses programas”.</p> <p>“Eu acho interessante haver integração do sistema de saúde com esse terceiro setor. Existe teoricamente falando...”.</p> <p>“Exatamente, então. O programa de saúde mesmo é que engloba o PSF, o SUS em geral, que nem a gente tava falando, que não existe esse programa ainda implantado mesmo”.</p>	<p>como você vai agir em determinada situações”.</p> <p>“O que nós temos que entender é que eu não quero um programa específico pra mim, nem diferenciado, e sim, pelo contrário, eu quero justamente a minha inclusão nesses programas”.</p> <p>“Eu acho interessante haver integração do sistema de saúde com esse terceiro setor. Existe teoricamente falando...”.</p> <p>“Exatamente, então. O programa de saúde mesmo é que engloba o PSF, o SUS em geral, que nem a gente tava falando, que não existe esse programa ainda implantado mesmo”.</p>			
--	---	--	--	--

<p>“Então é necessário que a haja a capacitação desse pessoal no nosso atendimento”.</p> <p>“O que existe aqui são capacitações para os profissionais para atender o público em geral e então dentro dessa capacitação já inserir a gente”.</p> <p>“Eu não vejo profissionais...os profissionais da nossa saúde...em se tratando da nossa região, do nosso vale, não são profissionais qualificados”.</p> <p>“Isso pra mim foi muito constrangedor, não só como homossexual, mas como profissional também, porque eu vi que não são pessoas qualificadas para o caso que estava ocorrendo”.</p>	<p>QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL</p> <p>“Então é necessário que a haja a capacitação desse pessoal no nosso atendimento”.</p> <p>“O que existe aqui são capacitações para os profissionais para atender o público em geral e então dentro dessa capacitação já inserir a gente”.</p> <p>“Eu não vejo profissionais...os profissionais da nossa saúde...em se tratando da nossa região, do nosso vale, não são profissionais qualificados”.</p> <p>“Isso pra mim foi muito constrangedor, não só como</p>	<p>QUALIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO LGBT</p>	<p>QAPL</p> <p>8</p>	<p>QAPLQP = 8</p>
---	---	--	------------------------------------	--------------------------

<p>“Eu como profissional e como usuário, sei que não existe nenhuma capacitação na cidade de Picos, voltada para atendimento a pessoas LGBTs.”.</p> <p>“Eu como profissional, fiz parte de uma capacitação sobre outubro rosa e novembro azul, né!? Do novembro azul, o urologista foi dar uma palestra, lá na associação comercial. E ele tava falando sobre câncer de próstata e fez um comentário sobre um negócio...sobre que...o sexo anal que acontece entre os gays, né!?...isso pode vir a gerar câncer de próstata. Eu estudei e vi que isso já foi derrubado...essa tese foi derrubada...e ele terminou isso que ele falou, na seguinte frase: “vocês estão vendo que esse negócio de dar a bunda não é muito bom, né gente!?” . Aí, todo mundo riu. Eu como profissional e homossexual</p>	<p>homossexual, mas como profissional também, porque eu vi que não são pessoas qualificadas para o caso que estava ocorrendo”.</p> <p>“Eu como profissional e como usuário, sei que não existe nenhuma capacitação na cidade de Picos, voltada para atendimento a pessoas LGBTs”.</p> <p>“Eu como profissional, fiz parte de uma capacitação sobre outubro rosa e novembro azul, né!? Do novembro azul, o urologista foi dar uma palestra, lá na associação comercial. E ele tava falando sobre câncer de próstata e fez um comentário sobre um negócio...sobre que...o sexo anal que acontece entre os gays, né!?...isso pode vir a gerar câncer de próstata. Eu estudei e vi que isso já foi derrubado...essa tese foi derrubada...e ele terminou isso que</p>			
---	--	--	--	--

<p>assumido, lá dentro, eu me sinto ridicularizado pelo despreparo até de um médico...e ofendido, extremamente ofendido”.</p> <p>“Então, mais uma vez eu volto a tocar na capacitação desses profissionais, porque muitas vezes nós não somos entendidos. Muitas vezes, por exemplo, muitas vezes o meu personagem fala de uma coisa, que o meu eu sofre. E é muito importante que esse profissional esteja qualificado para entender essa situação, tá entendendo!?”.</p> <p>“há a necessidade dessa capacitação, do entendimento...dessas pessoas entenderem esse meio, entenderem essas pessoas, os preconceitos, os traumas sofridos”.</p>	<p>ele falou, na seguinte frase: “vocês estão vendo que esse negócio de dar a bunda não é muito bom, né gente!?”. Aí, todo mundo riu. Eu como profissional e homossexual assumido, lá dentro, eu me sinto ridicularizado pelo despreparo até de um médico...e ofendido, extremamente ofendido”.</p> <p>“Então, mais uma vez eu volto a tocar na capacitação desses profissionais, porque muitas vezes nós não somos entendidos. Muitas vezes, por exemplo, muitas vezes o meu personagem fala de uma coisa, que o meu eu sofre. E é muito importante que esse profissional esteja qualificado para entender essa situação, tá entendendo!?”.</p> <p>“há a necessidade dessa capacitação, do entendimento...dessas pessoas entenderem esse meio, entenderem</p>			
--	--	--	--	--

<p>“No e-sus, nas novas fichas pergunta, mas nenhum agente de saúde tá perguntando se o povo é gay não...”.</p>	<p>essas pessoas, os preconceitos, os traumas sofridos”.</p> <p>“No e-sus, nas novas fichas pergunta, mas nenhum agente de saúde tá perguntando se o povo é gay não...”.</p>			
<p>“Porque o que a gente quer é igualdade. É isso que o movimento levanta a bandeira: pela cidadania e pela igualdade de direitos”.</p> <p>“Eu sou pessoa, eu tenho direitos garantidos e, como pessoa, eu tenho que impor esse respeito, tá entendendo!?”.</p> <p>“Eu queria que o profissional de saúde me respeitasse, sem que eu exigisse esse respeito, porque eu</p>	<p>IGUALDADE NO ATENDIMENTO</p> <p>“Porque o que a gente quer é igualdade. É isso que o movimento levanta a bandeira: pela cidadania e pela igualdade de direitos”.</p> <p>“Eu sou pessoa, eu tenho direitos garantidos e, como pessoa, eu tenho que impor esse respeito, tá entendendo!?”.</p>	<p>HUMANIZAÇÃO</p>	<p>H</p> <p>13</p>	<p>HIA = 10</p> <p>HIH = 3</p>

<p>sou pessoa e ele está ali pra me servir, também.”.</p> <p>“E eu queria que não houvesse essa necessidade dessa imposição de respeito. Que eu fosse respeitado, assim como qualquer um”.</p> <p>““eu também sou gente, eu tenho direitos”.</p> <p>“Então por isso que eu acho que o preparo tem que estar primordialmente nos profissionais, porque esses profissionais é quem vai lá no interior atender esse homossexual. Porque esse homossexual não vem procurar o serviço de saúde é o serviço de saúde, são os programas de saúde da família que vão lá no interior, tá entendendo?”.</p>	<p>“Eu queria que o profissional de saúde me respeitasse, sem que eu exigisse esse respeito, porque eu sou pessoa e ele está ali pra me servir, também.”.</p> <p>“E eu queria que não houvesse essa necessidade dessa imposição de respeito. Que eu fosse respeitado, assim como qualquer um”.</p> <p>““eu também sou gente, eu tenho direitos”.</p> <p>“Então por isso que eu acho que o preparo tem que estar primordialmente nos profissionais, porque esses profissionais é quem vai lá no interior atender esse homossexual. Porque esse homossexual não vem procurar o serviço de saúde é o serviço de saúde, são os programas de saúde</p>			
---	---	--	--	--

<p>“Na questão da homossexualidade, de saúde nos homossexuais, eu acredito que vocês pagam infectologia, virologia. Vocês profissionais num tem essa formação no curso de vocês pra orientar os LGBTs?”.</p> <p>“Mas temos um plano em saúde, esse plano ta em algum momento que todos os profissionais inseridos dentro da secretaria de saúde em algum momento te que ter uma capacitação do Pano nacional de saúde LGBT?”.</p> <p>“Espero que saia do papel, que, que esse nosso encontro aqui venha refletir não só na minha vida, mas na vida de pessoas que estão lá em outros estados, em outros municípios, que estão lá no interior, eu espero que essa pesquisa é... saia do teórico e que</p>	<p>da família que vão lá no interior, tá entendendo?”.</p> <p>“O que existe aqui são capacitações para os profissionais para atender o público em geral e então dentro dessa capacitação já inserir a gente”.</p> <p>“Na questão da homossexualidade, de saúde nos homossexuais, eu acredito que vocês pagam infectologia, virologia. Vocês profissionais num tem essa formação no curso de vocês pra orientar os LGBTs?”.</p> <p>“Mas temos um plano em saúde, esse plano ta em algum momento que todos os profissionais inseridos dentro da secretaria de saúde em algum momento te que ter uma capacitação do Pano nacional de saúde LGBT?”.</p>			
--	---	--	--	--

<p>venha para prática”.</p> <p>“A questão é porque essa população...nós...temos uma carga de preconceito, de discriminação, de traumas sociais, tá entendendo”.</p> <p>“No sentido do nosso psicológico ser mais fragilizado em relação a uma pessoa que tem um costume...a um heterossexual que tem o costume de usar o serviço de saúde, né!?”.</p> <p>“A fragilidade. Porque muitos homossexuais eles se sentes fragilizados, pensam: a, porque eu sou gay não vou ser ouvido”.</p>	<p>“Espero que saia do papel, que, que esse nosso encontro aqui venha refletir não só na minha vida, mas na vida de pessoas que estão lá em outros estados, em outros municípios, que estão lá no interior, eu espero que essa pesquisa é... saia do teórico e que venha para prática”.</p> <p style="text-align: center;">IDENTIDADE HOMOSSEXUAL</p> <p>“A questão é porque essa população...nós...temos uma carga de preconceito, de discriminação, de traumas sociais, tá entendendo”.</p> <p>“No sentido do nosso psicológico ser mais fragilizado em relação a uma pessoa que tem um costume...a um heterossexual que tem o costume de usar o serviço de</p>			
--	--	--	--	--

	<p>saúde, né!?”.</p> <p>“A fragilidade. Porque muitos homossexuais eles se sentes fragilizados, pensam: a, porque eu sou gay não vou ser ouvido.”</p>			
--	---	--	--	--

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: Análise do acesso e da qualidade da atenção Integral à saúde da população LGBT no SUS, a ser realizada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública/NESP/CEAM/UnB, em rede de parceiros com a FIOCRUZ/PE, as Universidades Federais da Paraíba, Piauí, Uberlândia, Universidade de São Paulo, Universidades Estaduais de Maringá e do Rio de Janeiro, financiada pelo Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP) da Secretaria de Gestão estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde (MS).

O objetivo da pesquisa é analisar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde (SUS).

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer deste procedimento e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através de um grupo em formato de oficina que será gravado e posteriormente transcrito. O procedimento tem um tempo estimado para sua realização previsto em 2 horas.

Informamos que você pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para você. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Ministério da Saúde (MS) e na Universidade de Brasília (UnB) e demais instituições parceiras, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados ficarão sobre a guarda da pesquisadora responsável.

Se você tiver qualquer dúvida em relação a esta pesquisa, por favor entrar em contato com o NESP/UnB em horário comercial, no período de 8:00 às 12:00 e de 14:00 às 18:00, ou ainda com a Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa, na Universidade de Brasília – no Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP/UnB, pelo telefone (61) 3340-6863, no horário das 8 às 12 e das 14 às 18h.

Nome do participante / assinatura

Nome pesquisador / assinatura

_____, ____ de _____ de _____

ANEXO B – Roteiro semiestruturado para Grupo Focal

Grupo Focal – ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO À POPULAÇÃO LGBT

Objetivo: identificar e refletir sobre o acesso da população LGBT aos serviços de saúde e a qualidade da atenção recebida.

Tempo: aproximadamente 1h30

GRUPO FOCAL

Apresentação (tempo aproximado de 15 minutos):

- Apresentar-se
- Agradecer a presença de todos
- Retomar os termos do TCLE (objetivo da pesquisa e condições de

participação).

OBS: Caso não tenha sido feito no contato anterior com o participante, distribuir o TCLE, ler conjuntamente e pegar a assinatura

- Informar que vai ligar o gravador, após ter coletado TCLE e a ficha
- Fazer o contrato: objetivo, duração, ir ao banheiro, desligar celular, importância da participação, não há certo ou errado, importância da conversa entre todos, falar um de cada vez, respeito mútuo, sigilo entre as pessoas sobre o que vão conversar ali, e perguntar se tem mais alguma regra que alguém gostaria de propor para que todos tenham uma conversa produtiva

Aquecimento inespecífico (tempo aproximado de 5 minutos):

Pedir aos participantes que se apresentem, um de cada vez, falando 3 coisas:

- 1) o próprio nome
- 2) uma qualidade pessoal que se inicia com a primeira letra do seu nome (ou uma característica marcante)
- 3) Completar a frase “Para mim ser L ou G ou B ou T ou é...

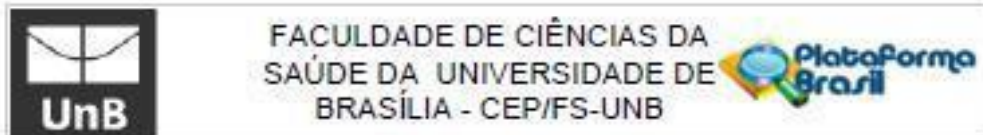
- Após explicar, dar um exemplo: “Eu sou Gilberto, sou guerreiro e pra mim ser gay é amar os homens”
- Após dar a instrução, perguntar quem quer começar.
- Seguir, até todos se apresentarem.

Aquecimento específico (tempo aproximado de 10 minutos):

- Orientar os participantes que vão conversar sobre ir ao **serviço de saúde**, os motivos de ir, o que acham do serviço prestado.
- Instruir que todos fiquem em pé e à medida que você ler algumas frases eles devem ir para um dos locais, conforme sua opinião pessoal de Concordo, Discordo, Tenho Dúvidas (Fazer com calma).
 - Fazer um exercício como exemplo:
 Leia “Adoro rapadura” e pedir para que eles se desloquem para o local do Concordo, ou Discordo, ou Tenho Dúvidas
 - Se todos tiverem entendido, passar para a leitura das outras frases.

OBS: à medida que lê cada frase e eles se deslocam, peça para que se olhem entre si e vão vendo os “resultados” de cada frase, ou seja, quantos e quem está em cada grupo. Isso vai gerando proximidade no grupo e fomentado reflexões sobre quem são eles e o que pensam.

ANEXO C – Aprovação pelo comitê de ética



Continuação do Parecer: 652.643

Vitória da Conquista, Recife; João Pessoa, Fortaleza, Juazeiro do Norte, Teresina, Picos. No Centro-Oeste, Campo Grande, Brasília, Celândia, Taguatinga, Sobradinho, Goiânia. No Sudeste, Rio de Janeiro, São Paulo, São José do Rio Preto, Belo Horizonte, Uberlândia, Vitória. No Sul, Curitiba; Porto Alegre e Pelotas. A coleta dos dados será realizada por meio de um questionário eletrônico e entrevistas individuais semiestruturadas, a serem aplicadas com os gestores dos municípios, gerentes das Unidades Básicas de Saúde, profissionais das equipes de Saúde da Família, e ainda Grupos Focais com a População LGBT. A análise dos dados será mediada pelo uso dos softwares NVivo9 e Qualiquissoftware do Discurso do Sujeito Coletivo. A estimativa é de 100 participantes, incluindo a população LGBT, profissionais de saúde e gestores. O questionário eletrônico, a ser desenvolvido pelo Centro de Tecnologias Educacionais Interativas em Saúde (CENTEIAS), incluirá questões dirigidas aos gestores do SUS. As entrevistas individuais semiestruturadas, serão aplicadas aos gestores dos municípios, gerentes das Unidades Básicas de Saúde e profissionais das equipes de Saúde da Família. Os Grupos Focais (GF) serão realizados com a População LGBT, com roteiro próprio por grupo de população, e discussões registradas em meio eletrônico (áudio) e, posteriormente, transcritas. Cada grupo contará com uma participação média de seis participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Analisar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (LGBT) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Específicos:

- (1) Mapear as dimensões do acesso da população lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais-LGBT nos serviços de atenção básica, média e alta complexidade, na perspectiva dos usuários, profissionais e gestores.
- (2) Identificar e apreender as dimensões da qualidade da atenção integral nos serviços de atenção básica, média e alta complexidade, na perspectiva dos usuários, profissionais e gestores.
- (3) Comparar os elementos das dimensões do acesso e da qualidade identificados com as ações preconizadas pela Política Nacional de Saúde Integral LGBT.
- (4) Identificar as estratégias e as redes para a atenção à saúde acessadas pela população LGBT.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Embora a pesquisadora informe que não há riscos para os participantes de pesquisa, solicita-se

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cephs@unb.br



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise do acesso e da qualidade da Atenção Integral à Saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde.

Pesquisador: Maria Fátima de Sousa

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 25856613.9.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Secretaria de Gestão Participativa

DADOS DO PARECER

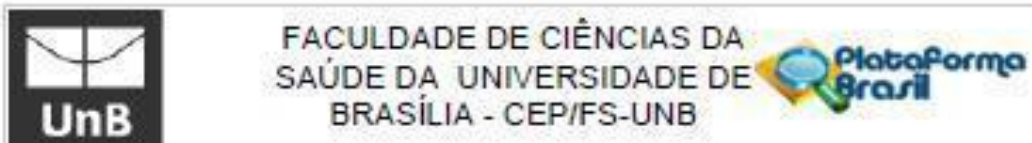
Número do Parecer: 652.643

Data da Relatoria: 07/05/2014

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa pretende analisar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (LGBT), no Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, vai mapear as dimensões do acesso desta população aos serviços de atenção básica, média e alta complexidade, na perspectiva dos usuários, profissionais e gestores. O projeto vai comparar os elementos das dimensões do acesso e da qualidade identificados com as ações preconizadas pela Política Nacional de Saúde Integral a LGBT, bem como identificar estratégias e redes para a atenção à saúde, acessadas pela população LGBT. Trata-se de pesquisa qualitativa, que utilizará a triangulação de técnicas de coleta de dados, uma vez que há diferentes participantes envolvidos no estudo, o que permitirá ampliar as informações referentes ao objeto da pesquisa. Participarão da pesquisa a população LGBT, gestores locais/municipais, gerentes das Unidades Básicas de Saúde, com foco nas Unidades Básicas que operam na lógica organizativa da Estratégia Saúde da Família. O estudo será de abrangência nacional e contemplará as cinco regiões: no Norte, Belém, Santarém, Macapá e Rio Branco. No Nordeste, Salvador, Feira de Santana,

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-600
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cep@unb.br



Continuação do Parecer: 052.643

que verifique o item - Pendências – abaixo.

Benefícios:

Serão beneficiados, com este projeto de pesquisa, a população de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis, os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família e os gestores do Sistema Único de Saúde, no âmbito da Implantação e Institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Dados de pesquisa podem identificar elementos relacionados funcionalmente a processos de sofrimento desta população, decorrentes de discriminação e preconceito, assim como, dados sobre como essas pessoas, cidadãos e cidadãs, promovem e produzem sua saúde e como os serviços de saúde da rede SUS integram este processo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram inseridos os seguintes documentos ao processo: (a) carta de encaminhamento da pesquisadora ao CEP-FS/UnB; (b) projeto de pesquisa com planilha de orçamento, sob responsabilidade do Ministério da Saúde, e cronograma; (c) Folha de Rosto, assinada pela Diretora da FS/UnB; (d) Termo de Concordeância assinado pela Coordenadora de Atenção Básica de Formosa/GO e Gerente de Regional de Saúde do Norte de Formosa/GO; (e) Termo de Responsabilidade e Compromisso de Pesquisa, assinado pela pesquisadora; (f) TCLE; (g) Termo de Autorização para Utilização de Som de Voz para fins de pesquisa; (h) Lattes da pesquisadora responsável pela pesquisa e equipe.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

(1) Solicita-se à pesquisadora que explicita os procedimentos a serem adotados caso as entrevistas, grupos focais ou questionários eletrônicos provoquem eventuais constrangimentos para os participantes de pesquisa.

Resposta: a pesquisadora esclarece que caso a aplicação do questionário provoque qualquer desconforto ou constrangimento ao participante de pesquisa, este será informado sobre a opção de não responder a respectiva questão, ou, ainda, sobre a possibilidade de desistir de participar da pesquisa.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (81)3307-1947 Fax: (81)3307-3799 E-mail: cepf@unb.br



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 652.643

(2) O cronograma de pesquisa requer atualizações.

Resposta: a pesquisadora providenciou a atualização.

(3) O projeto de pesquisa também foi submetido ao CEP-SES/DF, com os Termos de Concordância das autoridades de saúde do DF?

Resposta: o projeto não foi submetido ao CEP-SES/DF. No entanto, será submetido à CONEP por se tratar de estudo multicêntrico.

(4) O TCLE deve incluir, além do telefone do CEP-FS/UnB, o e-mail de contato do CEP.

Resposta: as alterações solicitadas foram efetuadas pela pesquisadora.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

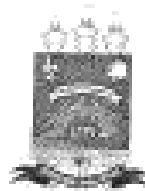
Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASÍLIA, 19 de Maio de 2014

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (81)3307-1947 Fax: (81)3307-3799 E-mail: cepfs@unb.br



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
"JOSÉ ALBANO DE MACEDO"

Identificação do Tipo de Documento

- Tese
 Dissertação
 Monografia
 Artigo

Eu, Uermerson dos Santos Fontes
autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de
02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Pícaro a divulgar,
gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação
CRITÉRIOS SUJEITOS DETERMINADOS CRIADOS PARA ANÁLISE DO ACESSO DE
UNIVERSITÁRIOS BUSCANDO AO SERVIÇO ONLINE DE SAÚDE.
de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título
de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Pícaro-PI 13 de Setembro de 2018.

Uermerson dos Santos Fontes
Assinatura

Assinatura