



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO – CAMPUS VII
COLEGIADO DE ENFERMAGEM

JACIANE FERREIRA DOS SANTOS

**ACESSO DA POPULAÇÃO LGBT AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO
BÁSICA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR BAIANO**

SENHOR DO BONFIM

2022

JACIANE FERREIRA DOS SANTOS

**ACESSO DA POPULAÇÃO LGBT AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO
BÁSICA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR BAIANO**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para
obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem na
Universidade do Estado da Bahia UNEB/Campus 7.

Orientadora: Profa. Dra. Simone Santana da Silva

SENHOR DO BONFIM

2022

JACIANE FERREIRA DOS SANTOS

**ACESSO DA POPULAÇÃO LGBT AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO
BÁSICA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR BAIANO**

Trabalho de Conclusão do Curso, apresentado a Banca Examinadora para apreciação e aprovação para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem do Colegiado de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia – UNEB – Departamento de Educação - Campus VII.

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Simone Santana da Silva – Doutora em Ciências - (UNEB) – Orientadora

Profª. Eliene Almeida Santos - Mestra em Educação e Diversidade- (UNEB)

Prof. Artur Alves da Silva – Mestre em Saúde da Família - (Secretaria Municipal de Saúde de Senhor do Bonfim)

Sumário

INTRODUÇÃO	16
OBJETIVOS	22
Objetivo Geral	22
REVISÃO DE LITERATURA	23
Caráter vulnerável da população LGBT	23
Acesso aos serviços de saúde	26
Acesso da população LGBT aos serviços de atenção básica à saúde	29
MÉTODO	33
Natureza e tipo de estudo	33
Cenário da pesquisa	33
Participantes do estudo	34
Técnica de coleta de dados	35
Tratamento e análise do material empírico	36
Aspectos éticos	36
REFERÊNCIAS	37
ARTIGO	41
ACESSO DA POPULAÇÃO LGBT AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR BAIANO	41
APÊNDICE A – TCLE	64
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	67
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	70
ANEXO B – NORMAS DA REVISTA	74

INTRODUÇÃO

A população de gays, lésbicas, bissexuais e travestis (LGBT) em todo o mundo, historicamente busca a garantia de seus direitos, entretanto, em vários momentos e lugares, é violentada, torturada, morta e tem seus direitos usurpados por uma sociedade machista e preconceituosa.

O movimento LGBT, em busca de melhorias para essa população, marginalizada pelo poder público, começou a ganhar força em meados da década de 70, quando gays, lésbicas, travestis, transexuais e bissexuais começaram a se reunir em bares e clubes. Nesses espaços circulavam algumas publicações homossexuais, que serviram como embasamento para a organização do movimento (BRASIL, 2013).

Surgiram diversos grupos específicos e de liberdades sexuais. O Grupo Somos, é considerado como o precursor na luta dos direitos homossexuais, pois nessa década ainda não era agregada outros grupos, mas agora o grupo agrega toda a população LGBT. Com a expansão da ideia de pautar a homossexualidade como tema político e buscar direitos iguais, houve a necessidade da formulação do movimento LGBT, que veio com o intuito de promover diversas mudanças de valores na sociedade brasileira. Em 1980, com a epidemia de HIV/AIDS, a visibilidade das questões de saúde da população LGBT começou a ser atendida pelo governo, onde o mesmo apoiou a mobilização destes na prevenção da doença (BRASIL, 2013).

Em 1990, o movimento de travestis instituiu-se em grupos, como no caso da Associação das Travestis e Liberados do Rio de Janeiro, onde obtiveram êxitos em vários quesitos. Como a participação da sociedade civil, em 2004, onde o governo brasileiro criou o programa “Brasil sem Homofobia- Programa de Combate a Violência e a Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual”, em 2006, houve a conquista de representação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), pelo segmento LGBT, que conferiu um novo sentido à atuação do movimento nos processos democráticos do SUS (BRASIL, 2013).

Em 2008, a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República realizou a I Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, que promoveu grande sensibilização do governo e da sociedade civil, além de sem pautada os princípios da política LGBT (BRASIL, 2013).

A partir dessas mobilizações, em 1º de dezembro de 2011, o Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (PNSI-LGBT), instituída pela Portaria nº 2.836 (BRASIL, 2013). Tendo como objetivo:

“Promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo” (BRASIL, 2013, p. 18).

Entretanto, muitos profissionais descumprem os direitos e deveres estabelecidos na PNSI-LGBT, o que tem dificultado o acesso da população LGBT nas unidades de saúde, pois muitos não se sentem à vontade de procurar os serviços, afinal apesar da existência da política, ainda há um preconceito e uma dificuldade de implantar a mesma nos serviços de saúde.

De acordo com Assis (2014), às divergentes abordagens sobre acesso aos serviços de saúde mostram que há um nível diverso e complexo do tema, tendo em vista que: “acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde” (ASSIS, 2014, p.47) e no exercício profissional ainda se persiste um acesso seletivo, focalizado e supressor.

Fertonani e colaboradores (2015) trazem que, o direito ao acesso universal às ações e serviços de saúde no Brasil encontra-se previsto constitucionalmente desde 1988, com a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), que garante aos usuários um atendimento voltado à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, cura, recuperação e reabilitação da saúde em todos os níveis e instâncias das redes de atenção.

No entanto, o acesso e a qualidade desses serviços estão sendo ameaçados, pois ainda persiste a desigualdade social, principalmente no que se refere à identidade de gênero (FERRAZ; KRAICZYK, 2010).

Oliveira e colaboradores (2018) dizem que a assistência à saúde deve-se apresentar com base nos princípios e objetivos do SUS, que está pautada e acreditada no modelo integral e equânime de acordo com a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT).

Apesar das recomendações da referida política, estudos, como o de Belém e outros (2018), relatam que a população LGBT não utiliza os serviços da rede pública em virtude de não terem seus anseios satisfeitos, pois para eles o serviço é inacessível e incapaz de resolver as suas demandas, levando-os a procurarem as instituições privadas. Diante desse cenário, as pessoas do estudo de Belém e outros, apontam que a Estratégia de Saúde da Família (ESF), não disponibiliza de um ambiente de atenção à saúde para esse público, expondo-os muitas vezes a constrangimentos. Os profissionais não estão abertos para realizar o acolhimento, nem adotam condutas e posturas receptíveis, contribuindo assim para o prosseguimento da vulnerabilidade programática no âmbito dos serviços de saúde.

Assis e Almeida (2014) trazem ainda que a discrepância no acesso está entre um dos principais problemas a serem considerados pelo SUS, para que ele funcione efetivamente, de acordo com os princípios e as diretrizes estabelecidas. Pois mesmo com a dura realidade do acesso aos serviços de saúde, de acordo com os desejos socialmente determinadas, é factível sensibilizar a população, derrubar o conformismo social, por meio da emancipação de pessoas capazes de intervir nesta realidade, e por fim, assegurar o acesso universal e equitativo de forma a atender os anseios da população.

Roges, Vasconcelos e Araújo (2015) destacam a necessidade dos profissionais da área da saúde em aprofundar seus conhecimentos sobre as políticas públicas e as complexas especificidades da população LGBT, de modo a permitir que os serviços prestados por suas diversas áreas sejam considerados qualificados e se adequem aos princípios de universalidade, integralidade e equidade, constituídos no SUS. Proporcionando, assim, o enfrentamento das consequências excludentes da LGBTfobia e da heteronormatividade.

Esses fatores citados, em relação ao não acesso da população LGBT no âmbito do SUS e a fragilidade na capacitação de alguns profissionais, fere os princípios e diretrizes do mesmo, além de divergir com os objetivos e premissas de outros programas e políticas, como por exemplo, “Brasil sem homofobia” e a “PNSI-LGBT”, o que interfere no processo de instalação dessas em diversos municípios brasileiros (GOMES et al., 2018).

Assim, numa busca seletiva na literatura, por meio do PUBMED e BVS, foi possível ter conhecimento das publicações em relação ao acesso da população LGBT aos serviços de saúde no Brasil distribuídas no quadro 1. O referido quadro explicita também o percurso para a seleção dos materiais.

Quadro 1: Percurso de seleção das produções relacionadas à temática de estudo da pesquisa sobre acesso à população LGBT aos serviços de Atenção Básica à Saúde no Brasil.

LOCAL DE BUSCA	CAMINHO DA BUSCA	RESULTADO	SELEÇÃO
PUBMED	Sexual and Gender Minorities AND Health Services Accessibility AND Brazil.	9 artigos	6 artigos
BVS	(Minorias sexuais e de Gênero) AND (Sistema Único de Saúde)	14 artigos	6 artigos

Fonte: Elaborado pela autora baseado nos gerenciadores de busca.

Após a leitura dos artigos resultantes da busca, foram selecionados 12 estudos que tratam do acesso da população LGBT aos serviços de saúde no Brasil. Utilizei como critério de seleção, àqueles que sincronizam com o tema a ser estudado, os que possuíam texto disponível na íntegra e que fossem brasileiros. E como critério de exclusão, estudos que tratavam da assistência em serviços privados, estudos que se repetiam entre as bases, estudos observacionais, relatos de experiência, foram excluídos.

O primeiro artigo, o SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT, estudo qualitativo, publicado em 2018, trata sobre uma pesquisa realizada em Cuité (PB), revela o desconhecimento de profissionais sobre a sigla LGBT e sobre a política voltada para essa população. Culpabilizam outros setores sobre a implantação da mesma nas instituições de saúde. O estudo aponta que além dos profissionais considerarem essa população como objeto, como pessoas anormais, destaca que a rede de atenção à saúde é desarticulada e que não preconiza a saúde LGBT segundo os princípios do SUS (GOMES et al., 2018).

O segundo estudo, que utilizou o método de abordagem qualitativa, de título: “Não tem essas pessoas na minha área”: saúde e invisibilidade das populações LGBT na perspectiva dos agentes comunitários de saúde, também traz o desconhecimento da política nacional e reforça a fragilidade no atendimento à população LGBT, além de negligência, preconceito, discriminação e a associação a doenças sexualmente transmissíveis (FERREIRA et al., 2019).

O terceiro material, pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, de título: Diversidade de gênero e o acesso ao Sistema Único de Saúde, aponta o desrespeito sobre a orientação sexual das pessoas pelos profissionais do SUS, os quais dificultam o atendimento e constroem os pacientes ao não aceitarem a orientação sexual dos mesmos e não os chamarem pelo nome social (FERREIRA; PEDROSA; NASCIMENTO, 2017).

No quarto estudo, um ensaio sobre: Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTTT, o qual evidenciou a necessidade de melhorias na relação bioética e ética entre profissionais e pacientes. Apesar de tantas lutas, o estudo confirma como a população LGBT ainda sofre preconceito e discriminação, o que se coloca contra os princípios do SUS (SANTOS et al., 2015).

CRT DST/Aids-SP implanta primeiro ambulatório para travestis e transexuais do país, é um boletim de saúde, que retrata a implantação do primeiro ambulatório para atendimento de pessoas vulneráveis que, no caso, são as travestis e transexuais. Este serviço é uma referência no atendimento destes, pois conta com profissionais capacitados para atendê-los de acordo com suas especificidades, garantindo-lhes o direito ao acesso à saúde (GIANNA, 2011).

Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde, o sexto material, um ensaio, tem como objetivo a problematização dos aspectos relacionados a gênero e direitos sexuais. Apresenta informações relacionadas aos homicídios e feminicídios de modo a dar visibilidade à diversidade sexual e de gênero diante da fragilidade na garantia de direitos. (GOMES et al., 2018).

Awareness, willingness and PrEP eligibility among transgender women in Rio de Janeiro, Brazil. Estudo quantitativo que obteve dados originários da pesquisa transcender, e demonstra a incidência de HIV em mulheres trans. Aponta fragilidades na implementação de estratégias de prevenção ao HIV para este grupo. Reforça ainda que a profilaxia pré-exposição (PrEP), se constitui como a primeira estratégia que possibilita a superação destas fragilidades. Apesar disso, ocorre algumas preocupações sobre sua adoção devido aos efeitos do seu uso a longo prazo ou por causa da dificuldade de acesso a saúde devido a transfobia (JALIL et. al, 2018).

HIV-Related Healthcare Needs and Access Barriers for Brazilian Transgender and Gender Diverse People, é uma pesquisa quantitativa realizada através de coletas de dados em clínicas de identidade de gênero e através de um questionário disponível na internet. O mesmo faz uma discussão sobre a necessidade de intervenções adequadas contra o HIV, bem como a necessidade de aprofundamento educacional para os profissionais, para que estes saibam lidar com o que anseia o paciente trans e de diferentes identidades de gênero no Brasil (COSTA et al., 2018).

Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review, estudo de revisão sistemática de literatura, que tem o intuito de demonstrar que ainda persiste a exclusão de grupos minoritários como o LGBT. Além disso, reforça que os direitos dos mesmos estão sendo violados devido o preconceito, a discriminação, desigualdade, práticas profissionais homofóbicas, dentre outros fatores, que contribuem para que o acesso a saúde se torne precário, o que contribui para a susceptibilidade aos problemas de saúde (ALBUQUERQUE et. al, 2016).

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios, é uma pesquisa exploratória com abordagem quanti e qualitativa. No estudo pode-se observar o índice de violência contra a população LGBT, e que ele é maior no Brasil, apesar dados serem subestimados, pois muitos não denunciam. Reconhece que existem avanços para a população LGBT na saúde, mas ainda há muito a ser superado. O estudo buscou analisar como o ministério da saúde, está implementando o Processo Transexualizador no SUS, e

através do mesmo, evidenciou-se que há uma discrepância regional a respeito do acesso e da implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017).

Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde, é um estudo qualitativo que evidencia a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pela população transexual e travesti. Tal contexto contribui para a utilização de hormônios sem o acompanhamento e ou prescrição médica adequada, bem como na aplicação de silicone industrial. Isso, sem dúvidas, coloca em risco suas vidas. Dentre as dificuldades de acesso, o estudo evidenciou o preconceito, descriminalização, transfobia, desrespeito ao nome social e o diagnóstico do processo transexualizador como as principais limitações encontradas para o acesso a saúde (ROCON et al., 2016).

Healthcare Needs of and Access Barriers for Brazilian Transgender and Gender Diverse People, é uma pesquisa qualitativa transversal, que retrata a trajetória histórica das lutas e avanços do movimento LGBT. O estudo revela alguns serviços que são disponibilizados pelo SUS para a população LGBT, bem como a falta de preparação dos profissionais para trabalhar com identidades de gênero diferentes, das que eles têm instituídas como normais. A falta de respeito com o nome social, o preconceito, a discriminação, o desrespeito às diretrizes do SUS, a vulnerabilidade do transexuais e de gênero diferentes (TGD), são alguns dos assuntos abordados no estudo (FERTONANI et al., 2015).

Diante do exposto pelos estudos selecionados nas bases, é possível constatar a existência da necessidade da produção de estudos que viabilizem a temática. Isso permitirá não somente uma discussão mais abrangente sobre a mesma, mas ainda compreender as razões promotoras da fragilidade na garantia dos direitos que estão previstos desde a instituição do SUS. Além disso, o estudo permitirá conhecer a realidade do município do interior da Bahia no que envolve o acesso aos equipamentos de atenção básica de saúde disponíveis.

O estudo possui como questão norteadora: como ocorre o acesso da população LGBT no âmbito da atenção básica em Senhor do Bonfim, Bahia?

O município não dispõe oficialmente de associações ou grupos de apoio às pessoas LGBTs. Não existem estudos com dados aprofundados que relacione o acesso aos serviços de saúde do município e a população LGBT. Tal realidade reforça a relevância de estudos sobre a temática, sobretudo que possa desenhar o contexto local. A ocorrência do presente estudo abre possibilidades para um melhor entendimento da realidade do acesso aos serviços pelo grupo, o que possibilita, por um lado a ampliação do acesso de qualidade, caso ele já ocorra. No entanto, caso o acesso seja inexistente ou frágil, o estudo poderá contribuir na abertura do debate e

ampliação de ações de sensibilização dos profissionais, trabalhadores dos serviços e da sociedade.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Analisar o acesso da população LGBT nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Senhor do Bonfim, Bahia.

REVISÃO DE LITERATURA

Caráter vulnerável da população LGBT

O termo vulnerabilidade social possui uma variedade de concepções, o que gera certa indefinição conceitual central na literatura (COSTA et al., 2018). Prowese, citado por Costa e colaboradores (2018, p. 10), aborda a diversidade de definições de vulnerabilidade, em que alguns trabalhos definem vulnerabilidade como suscetibilidade a pobreza, uma das dimensões de pobreza e outros definem como sintoma de pobreza. No âmbito da saúde, o uso do termo vulnerabilidade se inicia na década de 80 com a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Isso porque a susceptibilidade de contrair a doença estava relacionada a um conjunto de fatores econômicos, sociais e culturais (CARMO; GUIZORDI, 2018).

De acordo com Oviedo e Czeresnia (2015), alguns estudos querem comparar/igualar vulnerabilidade a iniquidade. É importante reconhecer que mesmo diante das existentes relações entre as mesmas, usar ambas para um único significado pode ser enganoso.

Ainda de acordo com Oviedo e Czeresnia (2015), as várias distinções de vulnerabilidade podem ser categorizadas levando em conta três componentes interligados:

Individual - referido a conhecimentos e informações sobre problemas específicos e a atitudes para se assumirem condutas ou práticas protetoras, dando destaque ao viés comportamental e racional, ancorado em relacionamentos intersubjetivos; Social ou coletivo - diz respeito ao repertório de temas vinculados a aspectos contextuais, tais como: relações econômicas, de gênero, étnico/raciais, crenças religiosas, exclusão social etc.; Programático ou Institucional - relacionado aos serviços de saúde e à forma como estes lidam para reduzir contextos de vulnerabilidade, dando destaque ao saber acumulado nas políticas e nas instituições para interatuar com outros setores/atores, como: a educação, justiça, cultura, bem-estar social etc (OVIEDO; CZERESNIA, 2015, p.241).

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira resultou em várias vantagens para a população mais vulnerável daquele período, pois antes da mesma, muitos não tinham direito ao acesso à saúde. Os movimentos populares pela saúde foram muito importantes em busca de melhorias na área da saúde e ambos obtiveram grande êxito na ampliação da discussão sobre a reforma da saúde. A equidade, que é um dos princípios doutrinários do SUS, foi definida durante esse movimento, assim o atendimento aos indivíduos deve ser prestado de acordo com as suas necessidades (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Os requerimentos dos grupos vulneráveis passaram a ganhar visibilidade a partir da década de 80, ganhando impulso com a redemocratização do país e a Constituição Federal de 1988. O governo em busca de estratégias para garantir os direitos humanos e a promoção da igualdade criou 3 secretarias, com status de Ministério. E foi nesse contexto que foram criadas

as Políticas de Atenção Integral à Saúde dos grupos vulneráveis (SIQUEIRA et. al, 2017). No entanto, muitos municípios demoram em efetuar a instalação dessas políticas e o governo federal tenta sensibilizá-los sobre a importância da inclusão destas para que se tenha uma assistência integral e universal. Além disso, muitos gestores não incluem estas por falta de responsabilidade e financiamento para a manutenção das políticas nos estados e municípios (SIQUEIRA et. al, 2017). É comum, por exemplo, a implementação de outras políticas específicas, como por exemplo, a política nacional da saúde da criança e do adolescente, a política de saúde do idoso e a política de saúde da mulher. Não há aqui a intenção de desvalorizar a implantação das referidas políticas, mas provocar uma reflexão sobre o fato de que quando se amplia o entendimento das mesmas e inclui/articula as vulnerabilidades, na pauta de discussão e operacionalidade, há uma garantia do princípio da igualdade.

O Art. 5º da constituição federal de 1988 prescreve que “todos são iguais perante a lei sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” (BRASIL, 2016, p.13). E no Art. 3º, inciso IV, traz que devemos “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 2016, p.11). Deste modo, torna-se inaceitável a falta de respeito com os grupos vulneráveis, diante da não implementação das políticas públicas destinadas aos mesmos.

Ainda de acordo com a constituição federal, no art. 196, a saúde é um direito de todos e dever do Estado, que deve garantir por meio das políticas públicas de saúde, sociais e econômicas a redução de danos e agravos, acesso universal e igualitário, além de serviços que possibilitem a promoção, prevenção e recuperação. Desta forma, a saúde não é compreendida apenas como doenças e endemias, mas como tudo que envolva a qualidade e o bem-estar do ser humano, no que tange a alimentação adequada, bem-estar físico e emocional, higiene, saneamento básico, dentre outros (WALDIR FILHO, 2016).

No Sétimo Congresso de Gestão do Conselho Nacional do Ministério Público (MS), diversos membros do MS compuseram a mesa e debateram sobre os grupos de pessoas vulneráveis e as suas respectivas necessidades. Durante o congresso foi abordado as necessidades de saúde à população em situação de rua; saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais- LGBT; atenção à saúde da população negra; o direito de saúde da pessoa idosa e a garantia de saúde a pessoa com deficiência (WALDIR FILHO, 2016). A Política Nacional da População em Situação de Rua, prevista no decreto nº 7053/2009, visa a garantia efetiva de políticas de atenção e cuidado a estes indivíduos. E o MS deve realizar um monitoramento com a finalidade de garantir que estes tenham um atendimento digno e livre de

qualquer tipo de preconceito (WALDIR FILHO, 2016). A portaria nº 992/09 do MS institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que tem como objetivo geral “promover a saúde destes, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e a discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2007. p.38). A portaria nº 2.528/06 dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e tem a finalidade de “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 1994. p. 5). A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, visa contribuir para a inclusão destes indivíduos em todas as esferas da vida social, proteger a saúde, prevenir agravos que culminem no aparecimento de deficiências, atendimento livre de qualquer tipo de preconceito e garantia de acessibilidade.

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (PNSI-LGBT), foi instituída em 1º de dezembro de 2011 através da portaria nº 2.836 e tem como objetivo “Promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo” (BRASIL, 2013, p.18).

De acordo com o estudo de (WALDIR FILHO, 2016), estes são os grupos vulneráveis e é sabido que já se tem políticas públicas voltadas para estes, citadas acima, falta agora o MS monitorar e cobrar dos gestores a implementação de todas no âmbito de seus municípios e estados, a fim de garantir um acesso igualitário, equânime e universal a todos sem distinção de raça, cor, gênero, etnia, cultura e orientação sexual.

Ferreira e colaboradores (2018) apontam alguns elementos que contribuem de forma negativa com que a população LGBT tenha o acesso à saúde violado. O preconceito, a discriminação e a estigmatização se torna uma barreira de acesso, que irá contribuir negativamente para a não procura dos serviços de saúde, levando-os a procurar clínicas clandestinas o que pode acarretar danos à saúde, uma vez que na maioria das vezes esses serviços são precários.

Outro estudo, realizado por Gomes e outros (2018), foi desenvolvido com a participação de gestores municipais de saúde e reforça a ideia de que as causas do processo de marginalização dos LGBTs são provocadas por eles próprios, desconsiderando, portanto, a existência de uma sociedade machista, preconceituosa e conservadora, que não sabe conviver e aceitar as diferenças, seja ela na orientação sexual, na cor, na etnia ou até mesmo na cultura. Além disso, o estudo aponta que tais gestores não reconhecem que os profissionais, muitas

vezes, não estão preparados para trabalhar com grupos populacionais em situação de vulnerabilidade. Tal realidade demarca uma lógica de compreensão que só dificulta a efetivação de políticas preocupadas com as vulnerabilidades.

A PNSI-LGBT, por exemplo, foi instituída em dezembro de 2011 e frequentemente não é conhecida entre os gestores. Tal aspecto pode ser confirmado no estudo de Gomes e outros (2018). No referido estudo, muitos profissionais mostram não conhecer a política ou se conhecem, não tiveram interesse em aprofundar seus conhecimentos sobre a mesma. Essa falta de interesse em trabalhar e implementar a política no ambiente de trabalho demonstra que não adiantou a criação dela, se não há uma fiscalização/cobrança para que os gestores deem visibilidade a esse grupo que é tão importante quanto os outros, que são atendidos normalmente no dia a dia dos serviços de saúde.

O estudo de Ferreira e colaboradores (2019) constatam o que foi dito acima de modo que confirmam que a equipe de saúde é também responsável pela falta de visibilidade a população LGBT, reproduzem discriminações e desconhecem sobre o processo de acolhimento da população. É importante reconhecer que a falta de adesão ao serviço de saúde se dá por um processo estrutural de preconceito instalado na sociedade, o qual reflete no despreparo da equipe de saúde no atendimento do público LGBT e no afastamento deles dos serviços, obrigando-os, frequentemente, a adotarem caminhos não institucionalizados de cuidado.

Acesso aos serviços de saúde

O SUS é definido como um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo. É capaz de abranger desde atendimentos simples até os mais complexos, afinal ele está organizado em três níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário. Sua implementação visa proporcionar a população brasileira um atendimento à saúde universal, integral e equânime (BRASIL, 2020). Apesar de parecer, em linhas gerais, um sistema de fácil definição, na realidade, se organiza em um sistema de saúde complexo e repleto de especificidades. Isto se dá não somente pela proposta de um caráter universal, ou seja, necessita englobar múltiplas dimensões, mas também dada a dimensão geográfica e social do Brasil. Tais aspectos, frequentemente, dificultam a compreensão de muitos prestadores de serviços de saúde e da população em geral sobre o que é o SUS, por exemplo. É relevante refletir que o esclarecimento desta questão pode sensibilizar as pessoas sobre as necessidades de saúde, bem como os direitos (PAIM et. al, 2015).

Numa tentativa de debruçar sobre as bases do conceito do SUS, Paim (2015) propõe uma reflexão dos termos: a) *sistema*: que pode ser definido como coisas distintas, por exemplo, sistema digestório, sistema nervoso, sistema solar, dentre outros; b) *único*: expressão de mais fácil compreensão, pois como a própria palavra descreve, é algo único, insubstituível, como uma mãe ou um filho, por exemplo; c) *saúde*: muitos associam a condições físicas, clínicas, bem-estar, médicos, enfermeiros, remédios, dentre tantas outras opções de associação. Nesse caminho, a sigla SUS se forma e torna o seu significado ainda mais amplo, uma vez que o SUS é algo insigne, especial e que não se reduz a união das palavras sistema, único e saúde (PAIM et al, 2015).

O SUS é organizado em três esferas de governo e com a participação popular. Em relação as esferas governamentais, a esfera nacional é responsável por organizar atividades estratégicas no contexto nacional, definir normas, organizar o financiamento do sistema, fiscalizar e cooperar com os estados e município. A esfera estadual que é responsável pela organização intermunicipal de saúde, coordenação das redes estaduais, intermediação entre o MS e o estado para colaboração na assistência de alta complexidade, realização de repasses financeiros para os municípios dentre outras atribuições. E a esfera municipal, que é representada pelas secretarias municipais de saúde, que são responsáveis por cobrar das esferas estaduais e nacionais a colaboração para melhoria da organização de saúde do município, organização dos estabelecimentos de saúde, é o nível mais próximo do cidadão (BRASIL, 2002).

A atenção básica é uma associação de atividades de saúde, nas esferas coletivas e individuais, que deve englobar a promoção, a prevenção, a recuperação, o tratamento, o diagnóstico e a limitação de danos à saúde, com o objetivo de fortalecer a atenção integral, a fim de promover uma alteração na situação de saúde e independência da população. E tem a função de ser base com o maior grau de descentralização, ser resolutiva identificando possíveis riscos, necessidades e demandas de saúde, coordenar o cuidado através da elaboração de projetos que beneficiem toda a população e ordenar as redes de acordo com as necessidades de cada uma. A atenção básica deve ser composta por uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem ou auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliar de saúde bucal, entre outros profissionais em função da situação epidemiológica de cada município (BRASIL, 2012).

A saúde é organizada através de três níveis de atenção, o primário que é de menor densidade, é a porta de entrada aos serviços de saúde, composto por ambulatorios, estratégias de saúde da família e unidades básicas de saúde. O secundário que é um nível de média

densidade, onde irá ter algumas especialidades como cardiologista, endocrinologista e outros e é composto por clínicas especializadas, hospitais de média complexidade, prontos atendimentos, centros de imagens e etc. E o nível terciário que é de maior densidade, no qual são atendidos pacientes de maior gravidade e risco de vida e é composto por hospitais de alta complexidade (BRASIL, 2020).

De acordo com autores supracitados, algumas políticas, apesar de implementadas legalmente, não são garantias de utilização pelos profissionais que atuam na saúde, inclusive no âmbito da atenção básica. Sobre esse aspecto, pode-se citar, por exemplo, a Política Nacional de Saúde do Homem, a Política Nacional de Saúde da População Negra, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT entre outras. Embora existam políticas voltadas a esses públicos, os serviços ainda são pouco acessados pelos homens, a população negra continua vulnerável em diferentes aspectos, inclusive na saúde, bem como os LGBTs. É relevante destacar que, por outro lado, não se pode deixar de explicitar que algumas políticas estão bem mais inseridas, como a Política Nacional de Saúde da Mulher, a Política Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente etc.

Reconhecendo as várias dimensões de acesso, este estudo irá tomar como base as dimensões adotadas por Giovanella e Fleury (1995), citados por Assis (2014). Eles utilizam em seu estudo quatro dimensões de acesso: à política, econômica, técnica e simbólica. A dimensão simbólica está relacionada com as diferentes representações sociais e como o sistema está organizado para atender as necessidades de cada usuário; a dimensão política é relativa às políticas de saúde e a organização popular; a dimensão técnica está relacionada a organização da rede de serviços e a dimensão econômica é relativa a relação entre oferta e demanda.

Falar de acesso para a população LGBT é algo muito subjetivo, desta forma deve-se considerar a especificidade de cada grupo. Assis e Almeida (2014, p.49) traz que “acesso é a liberdade de usar os serviços de saúde” e está representado por três dimensões: disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade. A acessibilidade está relacionada com as condições (físicas, financeiras e etc) dos usuários para acessarem os serviços de saúde; a disponibilidade refere-se aos fatores que influenciam no alcance do usuário ao serviço e a aceitabilidade do serviço abrange a subjetividade de cada grupo social e cultural, sendo determinante para o acesso ou não da população ao serviço (ASSIS, 2014).

Acesso da população LGBT aos serviços de atenção básica à saúde

Retomando o que já foi dito no estudo, a PNSI-LGBT surge como uma iniciativa do MS para diminuir as desigualdades sociais existentes, bem como para a construção de mais igualdade no âmbito do SUS e está associada a uma coletividade de ações e programas que estabelecem medidas consistentes para serem realizadas, em todas as esferas de gestão do SUS, especialmente nas secretarias estaduais e municipais de saúde. O desempenho da efetivação desse projeto deve ser acompanhado, cotidianamente, pelos conselhos de saúde e pela sociedade civil (BRASIL, 2013).

De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT (BRASIL, 2013, p.8):

Esta reafirma o compromisso do SUS com a universalidade, a integralidade e com a efetiva participação da comunidade. Por isso, ela contempla ações voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, além do incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da representação do segmento nas instâncias de participação popular.

Ainda que desde 2011, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT tenha sido aprovada, atualmente ela é pouco efetiva no âmbito da atenção básica como confirmado por estudos de Rocon et. al (2016), Ferreira e colaboradores (2019) e Popadiuk e outros (2017). O estudo de Rocon et. al (2016) demonstra a dificuldade de pessoas trans para acessarem o sistema único de saúde. Destaca que quando conseguem, tem seus direitos ocultados. Isto se dá, por exemplo, através da falta de respeito com o nome social, o preconceito e a discriminação, aponta também a necessidade de problematizar em conjunto com os trabalhadores de saúde sobre os impactos causados às pessoas transexuais pela falta de preparo destes trabalhadores, bem como a necessidade de programas de educação permanente com o intuito de sensibilizar sobre o atendimento livre de discriminação ao uso do nome social. É importante reconhecermos que a falta de atendimento ao público LGBT, não se dá pelo fato deles não existirem como alguns profissionais relataram no estudo de Ferreira e colaboradores (2019), mas pelo contexto em que essa população se insere na sociedade, por seu caráter vulnerável, pelo preconceito, pela discriminação e também pela falta de preparo dos profissionais no momento de atendê-los. A invisibilidade LGBT ainda é uma luta constante, em busca da minimização desse preconceito disfarçado em invisibilidade de modo a fazer valer os princípios do SUS e as diretrizes da PNSI-LGBT.

Popadiuk e outros (2017), explanam sobre a relação entre a PNSI-LGBT e o acesso ao Processo Transexualizador (PrTr) no SUS, bem como o MS vem implementando-o no sistema

de saúde, visto que o SUS juntamente com a PrTr e a PNSI-LGBT buscam garantir as pessoas transexuais um atendimento integral e igualitário, que deve ser garantido desde a entrada nas instituições de saúde, respeito ao nome social e acolhimento até a realização da cirurgia de redesignação sexual. No entanto, o estudo evidenciou que existem desigualdades regionais no acesso a PrTr, que os profissionais ainda não estão preparados para realizar um atendimento livre de preconceito dentre outras lacunas que devem ser quebradas, pois o padrão heteronormativo ainda é muito influenciador em relação ao atendimento da população LGBT. Os cuidados devem ser estruturados na atenção básica, que é a porta de entrada para os serviços de saúde, e pela atenção especializada. Desde 1988, com a implementação do SUS a população LGBT conquistou vários avanços na saúde, no entanto, mesmo com tantos ganhos, os desafios ainda são persistentes, uma vez que existe a possibilidade de retrocessos por parte de setores conservadores do legislativo e do executivo.

O acesso de gays, lésbicas, travestis e transexuais ao sistema único de saúde ainda é cercado de incertezas. A falta de vínculo destes com os profissionais que compõe o serviço de saúde a qual pretendem acessar impedem que os mesmos sintam se a vontade para falar sobre os problemas que os levaram aquela instituição. Ferreira e colaboradores (2018), dividiu o seu estudo em quatro categorias a fim de analisar o contexto do atendimento em saúde a população LGBT. a) Atendimento ginecológico às lésbicas: questões relacionadas a orientação sexual ainda são pouco discutidas no atendimento ginecológico, o que pode tornar esse atendimento desconfortante, visto que as especificidades das mulheres bissexuais e lésbicas é bem diferente das especificidades das mulheres heterossexuais, uma vez que ambas possuem realidades sexuais bem distintas. b) O gay afeminado nos serviços de saúde: o simples fato de ter um corpo masculino com traços femininos tem levando os gays afeminados a sofrerem discriminações nos serviços de saúde, no qual passam por olhares preconceituosos e risadinhas/comentários homofóbicos. Apesar de ter sido implementado o projeto “Brasil sem Homofobia”, infelizmente, a homofobia é frequentemente reforçada nos serviços de saúde. Diante disso, torna-se imprescindível que aconteça ações intersetoriais visando que a equipe de saúde atenda o que está previsto na PNSI-LGBT sobre o acesso dos gays aos serviços de saúde, pois é um direito de todos o acesso livre de qualquer discriminação; c) em busca da equidade para as travestis: a equidade é um dos princípios doutrinários do SUS e visa diminuir as desigualdades existentes, no entanto, as travestis vivenciam cotidianamente cenas contrárias, sendo o grupo vulnerável mais susceptível ao preconceito, discriminação e opressão, o qual por diversas vezes são destratadas ao procurarem o serviço de saúde. Frente a este cenário, a equidade para as travestis ainda está em processo de construção, uma vez que já se tem projetos para implantação

de ambulatórios/enfermarias para o atendimento especializado a este grupo. São Paulo foi a primeira cidade brasileira a implementar o ambulatório especializado. Não somente as travestis, como todos os outros grupos em situação de vulnerabilidade, aguardam ansiosamente ter seus anseios atendidos de forma igualitária; d) O nome social para as mulheres transexuais no SUS: o uso do nome social para as mulheres trans permite que estas tenham a garantia da sua subjetividade e particularidade no âmbito dos serviços de saúde, para elas é de suma importância esse reconhecimento, uma vez que se sentiram menos ameaçadas ao acessarem estes serviços. A criação da PNSI-LGBT, das políticas públicas voltadas a esta população e os ambulatórios especializados para o atendimento desta população em vulnerabilidade, que até então são de difícil acesso para os que moram no interior, necessitam serem revistos pelos setores responsáveis. Isto porque ambos são bem organizadas no projeto, mas como alguns estudos evidenciam, não passam de projetos e em alguns lugares brasileiros são até inexistentes. Gianna (2011) dispõe sobre a importância da implantação dos ambulatórios especializados, dando enfoque no seu estudo ao ambulatório de São Paulo. O referido ambulatório foi inaugurado em junho de 2009 e é considerado uma referência nacional para o atendimento desta população, a qual agora poderá contar com profissionais qualificados para atendê-los, pois o serviço foi criado com a finalidade de oferecer uma maior facilidade de acesso para a população LGBT.

Estudos apontam que a vulnerabilidade da população LGBT teve um crescimento considerável durante a pandemia do covid-19. A pesquisa online diagnóstica LGBT na pandemia do coletivo vote LGBT, realizada no período de 28 de abril a 15 de maio de 2020, recebeu mais de 9.000 respostas sobre como está a população LGBT em tempos de pandemia. E de acordo com a pesquisa a população transgênera é a que mais sofre impactos, seguida pelas pessoas pretas, pardas e indígenas. Muitos tiveram que parar de realizar suas atividades financeiras totalmente e estão sobrevivendo com o auxílio emergencial e ajuda de amigos. Se o acesso ao mercado de trabalho para a população LGBT já era difícil, agora com a pandemia ficou quase que impossível, o índice de vulnerabilidade teve um crescimento considerável. Dados apontam que 24% da população LGBT ficou desempregada, 44,3% tiveram que parar totalmente as suas atividades financeiras e a taxa de desemprego quase que dobrou, foi de 12,6% no semestre anterior para 21,6% (RODRIGUES, 2020).

A população LGBT nos últimos anos vem ganhando forças e criando estratégias para reivindicar os seus direitos na sociedade. O Grupo Gay da Bahia é uma organização não governamental sem fins lucrativos, fundada em 1980, com a finalidade de defender os direitos da população LGBT. Tem como objetivo incentivar a população LGBT sobre a necessidade de

lutar pelos direitos, divulgar informações verídicas sobre a homossexualidade e defender os interesses da comunidade homossexual na Bahia e no Brasil. De acordo com dados do grupo gay da Bahia, o Brasil é o país que mais mata LGBTs, a cada 26 horas um LGBT+ é assassinado ou se suicida vítima da LGBTfobia, no ano de 2019, 329 LGBTs morreram, 297 homicídios e 27 suicídios (GGB, 2020). Além do Grupo Gay da Bahia, a população LGBT conta também com a Constituição do Orgulho, criada pela Comissão de Diversidade Sexual da OAB São Paulo em conjunto com a agência publicitária paulistana SunsetDDB, com o intuito de destacar a importância das autoridades governamentais na proteção de todos os cidadãos. A constituição é organizada por cores, as quais representam crimes que violam os direitos da população LGBT. A rosa representa o homicídio; laranja a difamação e injúria; amarelo a violência psicológica; verde a violência institucional; azul violência sexual e o roxo representa a agressão (RODRIGUES, 2020).

No dia 08 de maio de 2020, o Supremo Tribunal Federal modificou os protocolos de doação de sangue, pois até a referida data a população LGBT não podia realizar doação. “O relator do processo, o ministro Edson Fachin, afirmou que as normas geravam uma “discriminação injustificada” e ofendiam o princípio da dignidade da pessoa humana e da igualdade perante outros doadores” (MARQUES, 2020).

Diante das iniquidades apontadas pelos estudos escolhidos, as redes de atenção à saúde devem melhorar a organização, com a finalidade de incluir os grupos vulneráveis, garantindo-os um atendimento integral, equânime e universal. Dando assistência a todos independentemente de cor, raça, sexo ou orientação sexual. Além de realização de capacitações com os profissionais que compõem o SUS, visando um atendimento que atenda as especificidades de cada um, pois falar de acesso a saúde para a população LGBT é algo muito subjetivo e complexo.

MÉTODO

Natureza e tipo de estudo

Para uma aproximação do objeto de estudo, adotou-se uma abordagem qualitativa, exploratória que é uma investigação empírica, onde o pesquisador irá obter conhecimento sobre determinado assunto a partir da prática, tendo como objetivo a formulação de questões ou de um problema, com finalidade tripla, que é desenvolver hipóteses, aumentar a aproximação do pesquisador com o tema e classificar conceitos (MARCONI, 1996).

Como característica peculiar da pesquisa qualitativa, o critério numérico não foi o responsável por estabelecer a quantidade de participantes no estudo, mas, como sugere Minayo (2010), o foco do estudo qualitativo é explorar o conjunto de opiniões sociais sobre o tema estudado.

A abordagem qualitativa, busca compreender as particularidades de cada indivíduo, através de suas percepções e opiniões. Os instrumentos utilizados em uma pesquisa qualitativa, pretendem interligar os marcos teóricos-metodológicos e a realidade empírica. Estes são: roteiro de entrevista, roteiro para observação do entrevistado e roteiro para discussão de grupos focais (MINAYO, 2010, p. 189).

Assim, o quantitativo de participantes da pesquisa será estabelecido a partir da saturação teórico-empírica, que é o momento em que a uma redundância ou repetição de informações por parte dos sujeitos incluídos na pesquisa no processo de coleta de dados.

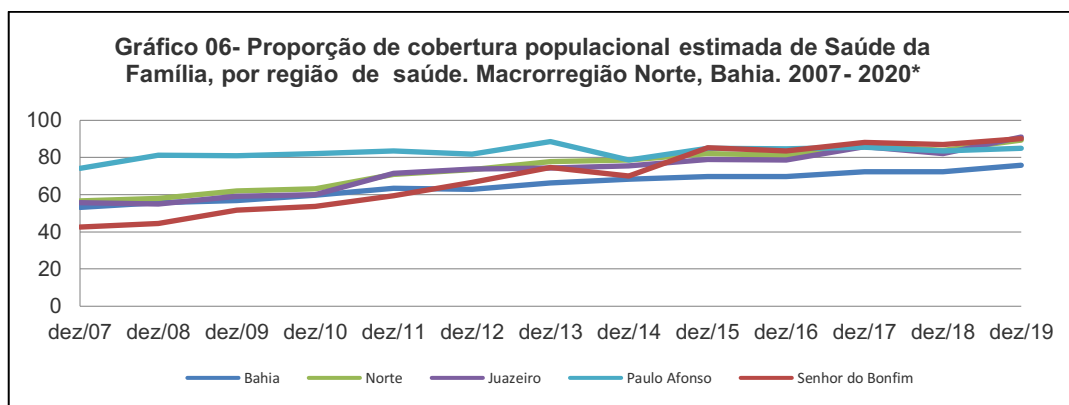
Cenário da pesquisa

O estudo foi desenvolvido em Senhor do Bonfim – Ba, que é um município do interior do nordeste baiano, localizado no Piemonte Norte do Itapicuru com uma área territorial de 789,61 km² e com população estimada de 79.015 habitantes (IBGE, 2019). Está localizado a 375 quilômetros da capital Salvador. Possui uma forte tradição com os festejos juninos, sendo considerada a capital baiana do forró.

O município é sede da Região de Saúde, que segundo o MS é caracterizada como um espaço geográfico contínuo composto por um coletivo de municípios limítrofes, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde para todos. Os municípios que compõe a região de saúde são: Andorinha, Antônio Gonçalves, Campo Formoso, Filadélfia, Itiúba, Jaguarari, Pindobaçu, Ponto Novo e Senhor do Bonfim, totalizando 308.471 mil habitantes cobertos pela citada região de saúde (SESAB).

Segundo dados da Cobertura Estimada Saúde da Família (CAMAB), a cidade de Senhor do Bonfim no ano de 2019 conseguiu realizar atendimentos a 70,24% da população e no ano corrente já conseguiu alcançar 74,24%. Para a realização dessa cobertura populacional o município conta com 865 profissionais de saúde, que estão distribuídos nos 142 estabelecimentos de saúde disponíveis no município (CAMAB, 2020). A atenção básica do município dispõe de: 23 equipes de saúde da família, 10 unidades satélites e 179 agentes comunitários de saúde.

O gráfico abaixo mostra a cobertura populacional estimada de Saúde da Família, por região de saúde, no qual a região de saúde de Senhor do Bonfim possui no ano corrente a estimativa de 92,36% da população regional coberta (SESAB).



Fonte: CAMAB-BA, 2020.

Participantes do estudo

Participaram do estudo pessoas LGBT, sigla usada para designar Lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros. A definição do número de participantes para o encerramento das entrevistas se deu a partir do critério de saturação teórico-empírica dos dados coletados (MINAYO, 2010).

Os critérios de inclusão foram: pessoas maiores de 18 anos e que residiam no território onde a pesquisa foi realizada, que possuíam cobertura por unidade de saúde da família. O estudo teve início com a população LGBT da Universidade do Estado da Bahia, campus VII, que se interessou em participar voluntariamente e assim deu o seguimento pela técnica de bola de neve.

Técnica de coleta de dados

A produção dos dados ocorreu entre dezembro de 2021 e março de 2022. As pessoas participantes do estudo foram 10 LGBTs cadastradas nos serviços de Atenção Básica municipal. O projeto foi executado através de um roteiro de entrevista semiestruturada, (APÊNDICE B) e utilizando a técnica “Bola de Neve” (*Snowball Sampling*), que consiste em uma tática de amostragem não probabilística, na qual os participantes indicam outros participantes, os quais fazem parte de grupos difíceis de encontrar (DEWES; NUNES, 2013).

A partir do primeiro participante, que é considerado a semente do estudo, dá-se início a onda zero da bola de neve. A técnica se inicia pedindo para que o primeiro participante indique o contato de outros indivíduos que ele ache que faz parte da população-alvo. A partir da indicação destes indivíduos será formada a onda um, que devem fazer parte da população-alvo e não fazerem parte da onda zero. Susceptivelmente vai ser formada a onda dois com os contatos que deverão ser indicados pela onda um, fazer parte da população-alvo e não fazer parte da onda um. O processo de formação de ondas, se repete até que o tamanho da amostra desejada seja alcançado (DEWES; NUNES, 2013).

Na entrevista, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação (MINAYO, 2010).

As entrevistas foram gravadas, após autorização dos depoentes, e realizadas em locais agendados previamente ou realizadas virtualmente através do Microsoft Teams. A inclusão da entrevista por meio virtual se deu pelo contexto da pandemia do Covid-19 que assola o território mundial. Durante as entrevistas, não foram realizadas interferências sobre o que foi expresso, no entanto, sempre que alguma estrutura relevante emergia na fala, prontamente, era interrompido para um maior esclarecimento ou incorporar novos questionamentos, mas dentro das balizas do objeto investigado.

Vale salientar que a equipe de pesquisa estava devidamente preparada para a realização das entrevistas, tendo em vista que ela passou, ao longo dos meses, por processo de preparação a partir da leitura de textos e artigos, encontros quinzenais para discussão de temas relacionados à pesquisa, participação em eventos que abrangem a temática, além da realização de um teste piloto com algum membro da “Liga de Estudo de Gênero e Sexualidade” da Universidade do Estado da Bahia - UNEB Campus VII.

Tratamento e análise do material empírico

A análise de conteúdo aconteceu a partir das informações obtidas por meio das entrevistas, que foram gravadas e posteriormente transcritas e em seguida houve a leitura exaustiva das transcrições e delineamento dos núcleos temáticos emergentes das falas para realização da análise.

Análise de Conteúdo Temática com base em Minayo (2010, p. 308), que refere como: “parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material”. A unidade temática consiste em descobrir núcleos de sentido, que conformam à comunicação proveniente do material empírico, recortada pelo sentido do texto e não da forma, dando significado às dimensões analíticas propostas para o estudo (ASSIS; JORGE, 2010).

Tendo como objetivos:

Ultrapassagem da incerteza: dando respostas às perguntas, hipóteses e pressupostos; Enriquecimento da leitura: ultrapassando o olhar imediato e espontâneo em busca da compreensão de significações e de estrutura relevantes latentes; Integração das descobertas, desvendando a lógica interna subjacente as falas, aos comportamentos e as relações (MINAYO, 2010, p. 300).

Aspectos éticos

Essa pesquisa respeitou a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que regulamenta as pesquisas que incluem seres humanos. Foi efetuado o envio da carta de anuência à Secretaria Municipal de Saúde do Município, solicitando a autorização da coleta de dados, que foi enviada em anexo ao projeto de pesquisa para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEEP) da Universidade do Estado da Bahia, sendo a pesquisa aprovada sob o parecer CEP nº 4.840.544.

As pessoas participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) para Participação do Estudo Científico, o qual possuía todas as informações necessárias ao participante da pesquisa. Será mantido o anonimato de todas as pessoas participantes, sendo identificadas por nomes fictícios. A pesquisa ficará sob a responsabilidade da pesquisadora por um período de 05 anos após o término da mesma.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. *et al.* Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. **BMC International Health and Human Rights**, 2016.

ASSIS, M; ALMEIDA, M. Acesso aos serviços de tecnologias no sistema único de saúde: abordagens teóricas e práticas. **UEFS Editora**, Feira de Santana, 2014. 358 p.:il.

BELÉM, J. *et al.* Atenção à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis na estratégia de saúde da família. **Revista baiana de enfermagem**, 2018; 32:e26475.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Edição administrativa do Senado Federal. Brasília, 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/senhor-do-bonfim.html>. Acesso em: 10 de mar de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília. ed. 1. Ministério do desenvolvimento social e combate à fome, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): Estrutura, princípios e como funciona. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude> . Acesso em: 11 de jun de 2020.

CARMO, M; GUIZARDI, F. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública** 2018; 34(3):e00101417.

CASA1. Pessoas trans e LGBT+ negras e indígenas estão mais expostas ao impacto do covid-19. Disponível em: <http://www.casaum.org/pessoas-trans-e-lgbt-negras-e-indigenas-estao-mais-expostas-ao-impacto-da-covid-19/>. Acesso em 13 de jul de 2020.

COSTA, A. *et al.* **HIV-Related Healthcare Needs and Access Barriers for Brazilian Transgender and Gender Diverse People**. *AIDS and Behavior* (2018) 22:2534–2542.

COSTA, M. *et al.* Conceito de vulnerabilidade social: virtudes, imprecisões, polissemia. In: Vulnerabilidade social no Brasil: conceitos, métodos e primeiros resultados para municípios e regiões metropolitanas brasileiras. Rio de Janeiro. **Livraria Ipea**. p. 10. 2018.

DEWES, J; NUNES, L. **Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling: uma descrição dos métodos**. UFRJ, Porto Alegre, 2013.

FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. Gênero e políticas públicas de saúde: construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da Unesp**, Assis, v. 9, n. 1, p. 70-82, 2010.

FERREIRA, B. *et al.* “Não tem essas pessoas especiais na minha área”: saúde e invisibilidade das populações LGBT na perspectiva de agentes comunitários de saúde. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, 2019.

FERREIRA, B; PEDROSA, J; NASCIMENTO, E. Diversidade de gênero e o acesso ao sistema único de saúde. **Rev. Brasileira Promoç Saúde**, 2017.

FERTONANI, HP. *et al.* The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciênc Saúde Colet** (Internet), 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/en_1413-8123-csc-20-06-1869.pdf. Acesso em: 16 de jan. de 2022.

GGB. Nossa história. Disponível em: <https://grupogaydabahia.com.br/about/o-que-e-o-ggb-nossa-historia/>. acesso em 13 de jul de 2020.

GIANNA, M. CRT DST/Aids-SP implanta primeiro ambulatório para travestis e transexuais do país. SUS: Mosaico de Inclusões. **BIS**. vol. 13, n.2, 2011.

GOMES, R. *et al.* Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1997-2005, 2018.

GOMES, S. *et al.* O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. **Saúde. Soc.** São Paulo. v.27. n.4. p. 1120-1133, 2018.

GOVERNO DE ESTADO. SECRETARIA DE SAÚDE. Observatório baiano de regionalização. Disponível em: http://www5.saude.ba.gov.br/obr/consorcios/index.php?menu=consorcio&COD_IBGE=293010. Acesso em: 13 de jul de 2020.

Governo do Estado. Secretaria de Saúde. **Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica - CAMAB**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/camab/>. Acesso em: 22 de set de 2020.

JALIL, E. *et al.* Awareness, willingness and PrEP eligibility among transgender women in Rio de Janeiro, Brazil. **J Acquir Immune Defic Syndr**, 2018.

MARCONI, M. Técnicas de pesquisa. In: MARCONI, M. Técnicas de pesquisa. **Editora Atlas S.A**, 1996.p. 57-123.

MARQUES, M. Após decisão do Supremo, Hemocentro de Brasília muda protocolos e aceita doação de sangue de homens LGBT. Disponível em: <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2020/06/19/apos-decisao-do-supremo-hemocentro-de-brasilia-muda-protocolos-e-aceita-doacao-de-sangue-de-homens-lgbt.ghtml>. Acesso em: 13 de jul de 2020.

MINAYO, M. Metodologia de pesquisa social e em saúde. *In*: MINAYO, M. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Editora **Hucitec**, 2010.p. 39-53.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica - DAB**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/06/Anexo-A-PIUBS.pdf>. Acesso em: 05 de mai de 2020.

OLIVEIRA, G. *et al.* SERVIÇOS DE SAÚDE PARA LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS E TRAVESTIS/TRANSEXUAIS. **Revista enfermagem UFPE on-line**. Recife, 2018.

OVIEDO, R; CZERESNIA. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface**, 2015.

PAIM, J. *et al.* Coleção Temas em Saúde Interativa. O Que é o SUS. Editora: **Fiocruz**, p.93, Rio de Janeiro, 2015.

PAIVA, C; TEIXEIRA, L. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

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

ROCON, P. *et al.* Dificuldades vivida por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(8):2517-2525, 2016.

RODRIGUES, J. Casa 1. Constituição do Orgulho. Disponível em: <http://www.casaum.org/constituicao-do-orgulho-destaca-trechos-da-constituicao-federal-que-protegem-a-populacao-lgbt/>. Acesso em: 13 de jul de 2020.

ROGES, AL; Vasconcelos, EMR; Araújo, EC. **Necessidades no setor da saúde relacionadas à população LGBT lésbicas, gays, bissexuais, travestis**. J Nurs UFPE. 2015 June; 9(Suppl 5).

SANTOS, A. *et al.* Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTT. **Rev. bioét.** (Impr.). 2015; 23 (2): 400-8.

SESAB. **Dados do cadastro de estabelecimentos de saúde do município 293010 – Senhor do Bonfim**. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/fcesrestrito/profissionais_estabelecimento_municipio.asp?cidade=293010&NOME_MUN=SENHOR%20DO%20BONFIM. Acesso em: 22 de set de 2020.

SESAB. **Regiões de saúde do Estado da Bahia**. Disponível em:
http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/result_REGIAO_SAUDEch.asp?REGIAO_SAUDE=Senhor%20do%20Bonfim. Acesso em: 22 de set de 2020.

SIQUEIRA, S. *et al.* Políticas de Promoção de Equidades em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciência & Saúde coletiva**, 22(5):1397-1406, 2017.

WALDIR, FILHO. O Direito a Saúde dos Vulnerabilizados. In: **Revista do 7º Congresso Brasileiro de Gestão do Ministério Público: Inovar para o Cidadão: O Desafio de Criar Experiências que Gerem Valor**. Brasília. nº 7. p. 32-40, 2017.

ARTIGO

ACESSO DA POPULAÇÃO LGBT AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR BAIANO

ACCESS OF THE LGBT POPULATION TO PRIMARY HEALTH CARE SERVICES IN A CITY IN BAHIA

Jaciane Ferreira dos Santos¹, Simone Santana da Silva²

A ser enviado a revista Physis: Revista de Saúde Coletiva

RESUMO: Mesmo com a criação de políticas públicas voltadas para melhoria do acesso da população LGBT aos serviços de saúde, persiste ainda muita fragilidade nas estratégias inclusivas desta população. O presente estudo analisa o acesso da população LGBT nas Unidades Básicas de Saúde do município de Senhor do Bonfim, Bahia, a partir de dimensões de acesso teorizadas Giovanella e Fleury e aprofundados por Assis. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa exploratória que utilizou como técnica de seleção da amostra a Snowball Sampling, na qual os participantes indicam outros participantes. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e realizada uma análise de conteúdo temática organizada em quatro dimensões analíticas: à luz da dimensão simbólica, à luz da dimensão técnica, à luz da dimensão política e à luz da dimensão econômica. Os resultados apontam a constatação de fragilidades no acolhimento da população LGBT nos serviços de atenção básica à saúde. As pessoas LGBT participantes apontam experiências com profissionais desqualificados para atender suas necessidades e seus anseios, além do convívio cotidiano com preconceito, discriminação, estigma e desrespeito. Os padrões sociais instituídos socialmente influenciam negativamente na inclusão das pessoas LGBTs.

➤ **Palavras-chave:** Acesso aos serviços de saúde; Minorias Sexuais e de Gênero; Atenção Primária à Saúde.

➤ **Keyword:** Health Services Accessibility; Sexual and Gender Minorities; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A população de gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis (LGBT), em todo o mundo, historicamente busca a garantia de seus direitos, entretanto, em vários momentos e lugares, é violentada, torturada, morta e tem seus direitos usurpados por uma sociedade machista e preconceituosa.

No Brasil, o movimento LGBT, em busca de melhorias para essa população, marginalizada pelo poder público, começou a ganhar força em meados da década de 70, quando gays, lésbicas, travestis, transexuais e bissexuais começaram a se reunir em bares e clubes. Nesses espaços circulavam algumas publicações homossexuais, que serviram como embasamento para a organização do movimento (BRASIL, 2013). O Grupo Somos, por exemplo, é considerado o precursor na luta pelos direitos homossexuais. Com a expansão da ideia de pautar a homossexualidade como tema político e buscar direitos iguais, houve a necessidade da formulação do movimento LGBT, que veio com o intuito de promover diversas mudanças de valores na sociedade brasileira e que englobasse os diferentes grupos, não somente os homossexuais.

Em 1980, com a epidemia de HIV/AIDS, inevitavelmente o governo não tinha alternativa senão ofertar atenção às questões de saúde da população LGBT. Este, diante do contexto, mobilizou-se pela prevenção da doença (BRASIL, 2013). É importante reconhecer que grupos de mobilização foram essenciais para impulsionar movimentos em busca de visibilidade e direitos da população LGBT, os quais obtiveram êxitos em vários quesitos sociais.

Através desses movimentos, em 01 de dezembro de 2011, o Ministério da Saúde brasileiro apresenta a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (PNSI-LGBT), instituída pela Portaria nº 2.836 (BRASIL, 2013). O documento objetiva: “Promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e à consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo” (BRASIL, 2013, p.18). Ainda que exista o documento legal, muitos profissionais

descumprem os direitos e deveres estabelecidos na PNSI-LGBT, o que, em consequência, reflete na dificuldade do acesso da população LGBT nos serviços de saúde.

Estudo confirma a dificuldade (BELÉM, 2018) e relata que LGBTs não utilizam os serviços da rede pública sobretudo por não terem seus anseios satisfeitos. O serviço é inacessível e incapaz de resolver as suas demandas, levando-os, em uma busca por dignidade, a procurarem instituições privadas ou outros meios para atendimento de suas necessidades. Ademais, os entrevistados do estudo de Belém (2018) apontam que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) não oferta um ambiente de atenção à saúde cuidadosa e sensível para esse público, expondo-os, muitas vezes, a constrangimentos. Os profissionais não estão abertos para realizar o acolhimento, nem adotam condutas e posturas receptíveis, contribuindo assim para o prosseguimento da vulnerabilidade programática no âmbito dos serviços de saúde.

Assis (2014) analisa sobre fragilidades no acesso e esclarece que está entre um dos principais problemas a serem considerados pelo SUS. Afirma que mesmo frente à dura realidade do acesso aos serviços de saúde e do caráter compulsório das necessidades de saúde, que incita à lógica das demandas induzidas, é precioso sensibilizar a população, derrubar o conformismo social e assegurar o acesso universal e equitativo de forma que garanta o atendimento das necessidades reais da população.

Roges (2015), frente à problemática que engloba as necessidades da população LGBT, destaca a importância dos profissionais da área da saúde buscarem aprofundar seus conhecimentos sobre as políticas públicas e as complexas especificidades da população LGBT. Neste caminho, é possível vislumbrar uma oferta de serviços prestados de forma qualificada e garantidores dos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. Além disso, permite o enfrentamento mais robusto das ações excludentes da LGBTfobia e da heteronormatividade.

Em adição aos fatores supracitados, ainda relacionados ao frágil acesso da população LGBT no âmbito do SUS, existe a precariedade nas ações relacionadas à educação permanente dos profissionais, o que, em consequência, contribui para o não respeito aos princípios e diretrizes do sistema de saúde. Além de divergir com os objetivos e premissas de outros programas e políticas, como por exemplo, “Brasil sem homofobia” e a “PNSI-LGBT”, o que interfere na garantia de direitos em diversos municípios brasileiros (GOMES, 2018).

Diante a problemática evidenciada, o presente estudo tem como objetivo analisar o acesso da população LGBT nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Senhor do Bonfim, Bahia.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório, desenvolvido na cidade de Senhor do Bonfim-Ba, localizado na região norte do estado, a 375 quilômetros da capital Salvador. A produção dos dados ocorreu entre dezembro de 2021 e março de 2022. Os participantes do estudo foram 10 pessoas LGBTs cadastradas nos serviços de Atenção Básica municipal. A técnica utilizada foi a “Bola de neve” ou Snowball Sampling que consiste em uma tática de amostragem não probabilística, na qual os participantes indicam outros participantes, os quais fazem parte de grupos específicos e, frente ao contexto de vulneração, frequentemente é de difícil aproximação (DEWES,2013).

Os critérios de inclusão foram: pessoas maiores de 18 anos e que residiam no território onde a pesquisa foi realizada, bem como que possuíssem cobertura por unidade de saúde da família. O início do estudo se deu a partir de convites à população LGBT da Universidade do Estado da Bahia, campus VII. As pessoas interessadas em participar voluntariamente permitiu iniciar a produção dos dados.

Foi utilizado um roteiro semiestruturado para as entrevistas, as quais foram realizadas através do *Microsoft Teams*, ligações telefônicas e *Skype* e gravadas mediante autorização dos depoentes. A justificativa para realização das entrevistas por meio virtual se deu pelo contexto da pandemia da Covid-19. A definição do número de participantes para o encerramento das entrevistas se deu a partir do critério de saturação teórico-empírica de dados coletados (MINAYO, 2010).

Realizou-se a Análise de Conteúdo Temática, portanto, no processo de organização e análise dos dados adotou-se os critérios: todas as entrevistas foram transcritas na íntegra, seguido pela realização da leitura exaustiva das transcrições e, por fim, delineamento dos núcleos temáticos emergentes das falas.

A produção dos dados foi iniciada após autorização do município e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) (parecer nº 4.840.544). Foi assegurado sigilo das informações partilhadas e solicitada a assinatura do TCLE. Para identificação das pessoas entrevistadas, respeitando o anonimato, os nomes reais foram substituídos nas falas pela palavra participante seguido de um número para diferenciá-los, os quais foram numerados de 1 a 10, como por exemplo: participante 010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização

Nesta pesquisa foi utilizada uma amostra representativa da população LGBT que reside em Senhor do Bonfim, Bahia. A tabela 01 disposta abaixo desenha o perfil dessas pessoas.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico das pessoas LGBTs entrevistadas, Senhor do Bonfim, 2021-2022:

<i>Variáveis</i>	<i>População LGBT (n=10)</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Idade (anos)</i>		
<i>18 a 24</i>	4	40
<i>25 a 29</i>	4	40
<i>30 a 36</i>	2	20
<i>Sexo biológico</i>		
<i>Feminino</i>	3	30
<i>Masculino</i>	7	70
<i>Escolaridade</i>		
<i>Ensino médio incompleto</i>	1	10
<i>Ensino superior completo</i>	1	10
<i>Ensino superior incompleto</i>	5	50
<i>Ensino médio completo</i>	2	20
<i>Pós-graduado</i>	1	10
<i>Orientação sexual</i>		
<i>Homossexual</i>	8	80
<i>Bissexual</i>	1	10
<i>Pansexual</i>	1	10
<i>Identidade de gênero</i>		
<i>Cisgênero</i>	9	90
<i>Não binário</i>	1	10
<i>Possui plano privado de saúde</i>		
<i>Não</i>	10	100
<i>Sim</i>	-	-
<i>Possui vínculo empregatício</i>		
<i>Não</i>	5	50
<i>Sim</i>	5	50
<i>Unidade de cadastro</i>		
<i>ESF Centro I</i>	4	40
<i>ESF São Jorge</i>	2	20
<i>ESF Monte Alegre</i>	1	10
<i>ESF Mamedio Pereira de Souza</i>	2	20
<i>PSF Alto da Maravilha II</i>	1	10

Fonte: tabela criada pelas autoras

Os dados revelam que a idade das pessoas participantes variou entre 18 e 36 anos. O sexo biológico masculino se destacou entre as pessoas entrevistadas representada por um total de 70% de participantes. No que envolve a escolaridade 50% dos participantes possuíam ensino superior incompleto. Em relação à orientação sexual, 80% se declararam homossexuais, ou seja, pessoas que sentem atração física ou emocional por pessoas do mesmo gênero, 10% bissexuais, ou seja, pessoas que se atraem fisicamente ou emocionalmente por pessoas do gênero masculino ou feminino e 10% pansexuais, que sentem atração por pessoas, sem distinção de gênero. Quanto à identidade de gênero, 90% das pessoas entrevistadas se declararam cisgêneras, ou seja, pessoas cuja identidade de gênero corresponde ao sexo que lhes foi atribuído no nascimento e 10% não binário, ou seja, que não se encaixam nos papéis sociais definidos como femininos ou masculinos.

Todas as pessoas que participaram do estudo revelaram não possuir plano privado de saúde. Em relação a vínculo empregatício, 50% relataram possuir algum tipo de vínculo empregatício. Quanto ao cadastramento no serviço de Atenção Básica do município, uma expressiva parte dos entrevistados, 40%, informam vinculação com a Estratégia de Saúde da Família do I Centro, localizada na parte central do município, os demais se distribuem em outros bairros.

As dimensões de acesso e a vivência de pessoas LGBTQs aos serviços de Atenção Básica do município de Senhor do Bonfim-Bahia

Partindo do pressuposto que a Atenção Básica (AB) engloba um conjunto de ações que visam à prevenção de doenças e agravos, que objetiva ser a primeira porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde e, conseqüentemente, deve assegurar um acesso universal, equânime, integral e igualitário, pressupõe essencialmente a descontinuidade de qualquer tipo de exclusão baseada em raça/cor, idade, estado de saúde, sexo, identidade de gênero, orientação sexual dentre outras características (BRASIL, 2017).

É relevante esclarecer que a oferta de serviços, bem como a qualidade deles, sofre ação de diferentes forças. O financiamento, por exemplo, demonstra refletir diretamente nas práticas implementadas e na organização dos serviços. Isso se confirma com a implantação, em 2019, do Programa governamental: Previne Brasil (BRASIL, 2022). Trata do novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), o qual destoa do que prevê as bases propositivas da AB parecendo ter objetivo restritivo, limitar a universalidade, aumentar as distorções do financiamento, parece reverter a redução das desigualdades na saúde e ainda induz a focalização das ações da APS (HARZHEIM, 2022). Isto se confirma ao incentivar, em sua proposta central, o desenvolvimento do trabalho centrado na lógica dos indicadores, que

estabelecem estratégias de ações voltadas somente para o pré-natal, saúde da mulher, saúde da criança e condições crônicas, excluindo as demais populações que necessitam dos serviços de saúde.

Diante do que foi exposto e reconhecendo as várias dimensões de acesso, esclarece-se que para a presente produção os dados serão apresentados seguindo as dimensões de acesso adotadas por Giovanella e Fleury (1995) aprofundados por Assis e Almeida (2014): dimensão simbólica, técnica, política e econômica.

O acesso de LGBTs aos serviços de atenção básica à saúde: uma análise à luz da dimensão simbólica

A dimensão simbólica aqui destacada inclui percepções relacionadas às diferentes representações sociais e como o sistema está organizado para atender as especificidades de cada usuário. Através das experiências e interações, a pessoa constrói um saber que lhe permite ter uma dimensão simbólica dos objetos, que se expressam ou se manifestam em acontecimentos, ideias, pessoas, noções e sentimentos (JESUS; ASSIS, 2010). No que envolve a temática, a grande maioria das pessoas entrevistadas apontaram inexistência ou fragilidade na garantia de sua autonomia durante a consulta. Evidenciam que o acesso da população LGBT a esse serviço é frequentemente cercado de prejulgamentos e que não há uma preocupação por parte dos profissionais sobre questões relacionadas à gênero e sexualidade. Tais aspectos são revelados nas falas a seguir:

[...] Na maioria das vezes que as pessoas LGBTs procuram atendimento, já existe um certo preconceito no atendimento pela equipe médica, das pessoas que estão naquele local [...], as pessoas já fazem prejulgamentos, olha se lá no posto de saúde tem uma travesti, já começa com olhares, pensam que é algum tipo de doença e manda para o CTA, enfim, as pessoas acabam achando que os LGBTs [...] só buscam atendimento de saúde nessas condições **(Participante 07)**.

A fragilidade no acolhimento dos serviços pode, sem dúvidas, estar associada a diferentes fatores, mas é importante esclarecer que a vulnerabilidade das pessoas LGBTs intensificam-se ainda mais com essa problemática. O preconceito, a discriminação e a estigmatização se tornam uma barreira de acesso, que contribuem negativamente para a não procura dos serviços de saúde (FERREIRA et al., 2018).

Os padrões sociais ditados como corretos influenciam negativamente na inclusão das pessoas LGBTs, quando falam em identidade de gênero, por exemplo, a sociedade compreende

que os órgãos genitais definem uma pessoa como homem ou mulher, se tem pênis é homem e se tem vagina é mulher. A expressão de gênero, que refere-se ao modo como a pessoa exprime a sua identidade de gênero e envolve aspectos como vestuário, comportamento, expressão verbal e até corporal também é uma problemática enfrentada pela população L G B T, pois tudo que destoa dos padrões sociais e culturais cis heteronormativos são reprimidos e julgados (OLIVEIRA, 2020). Esses padrões sociais culturais preconceituosos e discriminatórios são bem demarcados nas falas a seguir:

[...] Cabe à capacitação dos profissionais [...], porque é desconfortante você chegar em um local e só porque você está vestindo roupas que não são comuns para algumas pessoas, tipo algumas trans, gays, lésbicas, cada um tem o seu estilo e todo mundo é livre pra está utilizando dele e ficarem com olhares ou perceber que tem alguém que está cochichando deles é constrangedor, já presenciei olhares, mas foram bem discretos, então acredito que seria muito legal se os profissionais pudessem tratar melhor, atender melhor, pois muitas das vezes a pessoa não quer se consultar com determinado estilo de gênero e ai sabe tem que fazer de uma maneira que todo mundo se sintam bem. (**Participante 09**)

Apesar dos contextos mencionados acima, as pessoas entrevistadas também apontam caminhos possíveis e entendimento sobre as especificidades de sua existência, como apontado na fala a seguir, a qual, inclusive, aporta aspectos sobre uma consciência dos aspectos interseccionais existentes.

[...] Os profissionais da unidade básica de saúde, eles confundem por exemplo igualdade com equidade [...] eu sou negro e por ser negro eu tenho que ter o mesmo atendimento que um branco? Porque para a atendente de saúde, para o médico e até muitas vezes para o enfermeiro todos somos pessoas, todos somos iguais, independente e nós sabemos que não é assim. Existem características específicas que são da raça negra e características que são da raça branca que a gente precisa alinhar a depender do tipo de atendimento. (Participante 01)

Ao discutir sobre a saúde das pessoas L G B T s é necessário enfatizar a necessidade de mais diálogo sobre a temática. A PNSI contém objetivos, diretrizes e responsabilidades das esferas de governo, incluindo o Plano Operativo que serve como base norteadora para implementação da política, no acolhimento e no atendimento das pessoas L G B T s, dentre outras ações necessárias para à inclusão e garantia de um acesso mais equânime, visando à garantia de

um atendimento pautado nas demandas e especificidades que englobam esse público (GOUVÊA; SOUZA, 2021)..

Os discursos dos participantes da pesquisa reforçam a necessidade de sensibilização e qualificação profissional para que se tenha um atendimento integral, equânime e que contemple as especificidades das pessoas LGBTs. O participante 01, como destacado anteriormente, chama atenção para o fato de que os profissionais de saúde confundem igualdade com equidade e concluem que devem conduzir suas consultas da mesma forma para todos os pacientes. Vários fatores contribuem para à dificuldade de acesso e o não atendimento das necessidades de saúde procuradas pelas pessoas LGBTs nos serviços, podendo elencar: a fragilidade no acolhimento, a discriminação, o preconceito, o estigma e o não conhecimento dos profissionais de saúde sobre as demandas e especificidades desta população. Além disso, é marcante a confusão entre identidade de gênero e orientação sexual, dentre outros fatores colaboram com a invisibilidade e o afastamento deste público dos serviços de saúde.

O acesso de LGBT's aos serviços de atenção básica à saúde: uma análise à luz da dimensão técnica

Esta dimensão é referente ao planejamento e a organização dos serviços, os quais contribuem na viabilização do acesso da população aos serviços de saúde. Documentos basilares e norteadores do sistema de saúde brasileiro tem como princípios fundamentais a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde, visando estabelecer universalidade, equidade e integralidade (JESUS; ASSIS, 2010).

A respeito dessa dimensão, os participantes apontaram, por exemplo, que o acesso aos serviços de saúde durante a noite e finais de semanas é difícil. As Unidades Básicas de Saúde funcionam de segunda a sexta nos turnos matutinos e vespertinos e o atendimento é apenas com agendamento. Caso os usuários necessitem dos serviços em horários contrários ou não tenham realizado agendamento prévio, eles terão que procurar a Unidade de Pronto Atendimento – UPA. A dificuldade de acesso durante a noite e finais de semana são confirmadas nas falas a seguir:

“[...] final de semana e noite não, só durante o dia. Nos finais de semana e a noite normalmente temos que procurar a UPA”. (participante 04)

“As consultas tem que ser agendadas, você agenda tipo hoje para ser atendido na próxima semana, se estiver mal tem que procurar a UPA [...]”. (participante 05)

Algumas cidades brasileiras estão adotando o método de horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde, as quais passaram a funcionar 24 horas por dia, como Boa Vista e Mogi das Cruzes, em Recife, foi implementado um novo padrão de atendimento em algumas UBS desde 2014, as “Upinhas 24 horas”. Essas unidades possuem horários estendidos para consultas, 7 horas às 19 horas e 24 horas para as pequenas urgências, além de uma sala de observação (PESSOA; GOUVEIA e CORREIA 2017). O aumento no horário de funcionamento se deu pelo fato de alguns gestores identificarem que as unidades básicas de saúde são a via preferencial de acesso da população. Além disso, constatou-se que nos horários opostos ao seu funcionamento há uma alta procura pelos serviços de emergência por condições não urgentes, o que acaba colaborando com a superlotação deste serviço.

Em contrapartida a estes benefícios é salutar reconhecer, conforme apontam PESSOA, GOUVEIA e CORREIA (2017), que apesar desse modelo garantir a assistência por um profissional de saúde, pode acabar favorecendo a descontinuidade do cuidado, pois em finais de semana e horários noturnos a chance do paciente ser atendido pelo seu médico de saúde da família ou por sua equipe é mínima. Ademais, esse horário estendido, na maioria das vezes, é cumprido por médicos plantonistas, os quais, por sua própria formação, tendem possuir uma abordagem diferente dos médicos de saúde da família. Desta forma, faz-se necessário um maior aprofundamento acerca das melhorias que precisam ser implementadas no âmbito da atenção básica, não se pode criar medidas paliativas e sim medidas definitivas que venham melhorar este serviço.

Em relação à resolubilidade e qualidade dos serviços de saúde, algumas das pessoas entrevistadas afirmam que não possuem seus anseios atendidos durante as consultas, que os profissionais mal olham para eles e que as consultas são muito rasas e automáticas, que tratam a dor, mas não buscam a causa. Estas afirmações são constatadas nas falas abaixo:

“eles mal olham para a nossa cara[...], eu gostaria que eles nos tratassem melhor, a gente passa muito tempo lá aguardando um atendimento e quando é atendido não é atendido de uma forma boa, como falei mal olham na nossa cara, passam uma medicação e pronto”. (participante 08)

“[...] A gente não tem autonomia na consulta, uma autonomia sobre o que a gente está sentindo, é dizer dor de cabeça e automaticamente ter uma dipirona prescrita. [...] Não estou generalizando, mas a maioria das consultas são muito automáticas, a palavra é essa”. (participante 01)

Uma escuta qualificada e o envolvimento do paciente no próprio cuidado auxilia na criação de vínculo com a equipe de saúde. A UBS é a primeira porta de entrada dos usuários

aos serviços de saúde, no entanto, como podemos observar nas falas acima, várias barreiras dificultam este acesso. Estas vão desde o horário restrito de funcionamento, processo de trabalho das equipes, especialmente as que trabalham com agendamento e não deixam o percentual para atendimento de demanda espontânea, aos profissionais de saúde que não estão preparados ou estão sobrecarregados e não realizam uma prestação de serviço adequada para a população. Tudo isso, sem dúvidas, reflete na inexistência de vínculo e no frágil acolhimento dos usuários dos serviços.

Ademais, é importante refletir sobre os aspectos que incluem a invisibilidade da população LGBT e sobre a singularidade do indivíduo que acessa os serviços. Ultrapassar a limitação da saúde de pessoas LGBTs à sua sexualidade, ultrapassar a noção estereotipada e cheia de estigmas de “grupo de risco”, bem como vencer o desconhecimento de ações afirmativas ou discriminação positiva são fundamentais para a tomada de um primeiro passo em prol de mudanças que incluem as demandas das pessoas LGBTs (GUIMARÃES, LORENZO e MENDONÇA, 2020). Posto isso, é possível estimar a magnitude do desafio de se ofertar uma atenção prevista pela PNSI da população LGBT.

O acesso de LGBT's aos serviços de atenção básica à saúde: uma análise à luz da dimensão política

A dimensão política está relacionada às políticas públicas de saúde, com a conformação histórica do modelo de atenção à saúde e com a participação da comunidade. Esta dimensão preocupa-se com o desenvolvimento e fortalecimento da consciência sanitária e organização popular (JESUS; ASSIS, 2012). Em relação a isto é importante reconhecer que a participação efetiva da sociedade sobre as ações do Estado no desenvolvimento de projetos a serem implementados no sistema único de saúde podem colaborar com a construção de um acesso aos serviços de saúde mais equânime, integral e universal. Isto se dá, pois este será pautado nos anseios e necessidades apontados pela sociedade.

No que envolve a realidade demarcada pelas pessoas que participaram da pesquisa, a maioria relatou não ter conhecimento, por exemplo, sobre as reuniões do conselho municipal de saúde do município e que desconhecem a realização de ações assistenciais e de educação voltadas para a população LGBT.

“Não, eu nunca participei não. Nunca ouvi falar disso não [conselho municipal de saúde]”. (Participante 03)

“Nunca participei, não sabia nem que tinha e se teve, não foi bem divulgado”. (participante 09)

Outros participantes afirmam até saberem da existência do conselho municipal de saúde, mas não participam por falta de informação de onde e quando irá acontecer as reuniões ou por acharem ser algo restrito aos funcionários da secretaria municipal de saúde, os quais, segundo essas pessoas entrevistadas, não dão abertura para participação popular.

“Então, eu sei que essas reuniões têm um espaço que é destinado a comunidade [...], mas eu particularmente não sei quando acontece e nunca participei, talvez seja por falta de informação minha, eu não sei, mas nunca participei e também pouco fala, acho pouco divulgado” (participante 02)

“Além de ser exclusivo das pessoas que trabalham na secretaria de saúde, já respondo logo que não, nunca participei [...], é exclusivo também de pessoas ligadas ao governo, a gestão municipal atual”. (participante 01)

“[...]eu tenho uma base de conhecimento de como funciona e de como ele deve ser, mas esse conselho da saúde eu não tenho esse conhecimento, mas eu sei que ele existe, sei que é operante porque existe as reuniões, o agendamento das reuniões[...] ele é um ponto para discutir pontos definidos, ele tá ali pra fazer o contorno social e de fato garantir que as políticas públicas existam, tem que garantir transparência, então tem que procurar à sociedade, por exemplo tal dia vai ter reunião e convidar todos para participar e ter conhecimento das aprovações, publicar em diário oficial, trazer pros sites oficiais, enfim todas as decisões elas sejam divulgadas, mas de certa forma isso acaba não acontecendo”. (participante 07)

Em relação ao evidenciado acima é salutar ratificar que a Lei nº 8.142/90 regulamenta a participação social, a partir da criação de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde. A mesma aborda sobre a composição do Conselho de Saúde, o qual deve ser composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 1990). No entanto, como podemos observar nas falas, o Conselho Municipal de saúde do município de Senhor do Bonfim não parece atender a contento o que está disposto nesta lei, afinal, segundo os entrevistados, os mesmos não possuem conhecimento sobre a realização das reuniões e que as mesmas são restritas às pessoas ligadas à gestão.

A participação ativa da comunidade na construção do SUS local auxilia na construção de sujeitos politizados, críticos, militantes e não alienados. A participação social contribui no monitoramento dos projetos implementados e em seu funcionamento de acordo com as demandas expostas pela sociedade.

Em relação aos efeitos da implementação dos projetos e políticas voltados à população LGBT+ até os dias atuais, os participantes relatam não ter tido muitas mudanças, relatam que

as referidas políticas não são respeitadas e afirmam que os gestores não dão a importância necessária.

“Não, para mim não funciona, não dá certo, as políticas não são respeitadas, as ações feitas a partir da população LGBT elas não são respeitadas, não são feitas de forma efetiva, tudo é muito encoberto, tudo muito perigoso falar [...], acham que o CTA (centro de testagem e acolhimento) é o local de abrigo para a população LGBT”.
(Participante 01)

“[...] não, por falta de empenho mesmo do governo, né? Enfim, do governo e das gestões, tipo individuais mesmo de focar nessa comunidade, sabe? Que tanto que, quando a gente vê o novembro azul, e todos esses meses de comemoração, o setembro amarelo, e tudo mais, à gente vê uma certa mobilização voltada para atender essas demandas, do homem, da mulher, enfim, de transtornos psicológicos, mas aí a gente não vê nada focado e nem dirigido em mês nenhum à comunidade LGBTQIA+, então acredito que à política ela está, ela foi feita, mas ela não é colocada à risca, sabe, não é cumprido que foi posto”.
(participante 02)

“[...] eu acredito que falta mesmo é à questão de conhecimento, na verdade aprova-se os projetos, aprova-se as leis e talvez esses projetos e essas leis acabam não chegando aonde de fato deveriam chegar né, [...] para que a gente consiga fazer esse conselho social a gente precisa ter conhecimento do que está acontecendo”. (participante 07)

As falas destacadas acima reiteram a fragilidade que contorna a pauta participação social e, em consequência, o estigma que rodeia a população LGBT+. O relato do participante 07, por exemplo, reafirma a importância da participação da comunidade nos Conselhos Municipais de saúde, afinal é durante essas reuniões que a população terá conhecimento dos projetos e leis implementadas e o que o governo pensa em fazer em prol daquela comunidade. O conhecimento da população e da equipe de saúde acerca da PNSI-LGBT, por exemplo, que é a base norteadora para o atendimento desta população e tem como objetivo propiciar um acesso a saúde integral e livre de discriminação e preconceito institucional, assim como a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo, são de suma importância para a diminuição da invisibilidade deste grupo e aumento de conhecimento dos profissionais sobre as suas especificidades (BRASIL, 2013).

Apesar dos muitos pontos negativos elencados até aqui, a secretaria de assistência social, de acordo com um participante, está iniciando um grupo em um dos distritos do município com o intuito de discutir as políticas públicas e os anseios da população LGBT.

“[...] secretaria de assistência social, tem um grupo que está sendo inicializado [...], acho que no distrito de Igara, eles tão fazendo os

encontros né, com os jovens LGBT da região da comunidade, do distrito e estão discutindo políticas públicas e vendo quais são os anseios dessas pessoas e eu acho que esse grupo está crescendo, que tá se fortalecendo e foi uma iniciativa, eu acho que das pessoas do próprio CRAS em fazer o atendimento para esse público, levar conhecimento, levar discussões, tentar atender seus anseios, conhecer quais são as suas realidades e por onde é que permeia essa realidade, mas outras ações inclusivas e até mesmo de educação eu não vejo acontecer”. (participante 07)

Discorrer sobre a dimensão política possibilita a construção de sujeitos politizados, críticos, militantes e atuantes dentro da comunidade e da gestão municipal. A consciência social e a criação de autonomia são elos essenciais para a construção de um SUS pautado nos princípios da universalidade, equidade e da integralidade. A população necessita ser mais atuante, incluída nas demandas da gestão e conseqüentemente cobrar dos gestores ações que visem melhorar as estratégias implementadas até os dias atuais, além também de abrir caminhos para a implementação de leis e projetos que ainda são inoperantes no município. Não se pode deixar de considerar que a população LGBT+, de modo interseccional, convive com uma série de questões como lógica patriarcal, papéis sociais binários socialmente impostos, homo/trans/lesbofobia, estigmas relacionados à saúde e outras que são de difícil enfrentamento e, conseqüentemente, podem contribuir com a paralisação na reivindicação de direitos básicos como os mencionados acima. Considerar que as dimensões aqui abordadas, no que envolve os grupos vulneráveis como mulheres, negros e LGBT+ necessitam ser de engajamento de toda sociedade e não somente dos diretamente afetados. Os grupos políticos partidários têm por obrigação garantir segurança e saúde a todas as pessoas.

O acesso de LGBT's aos serviços de atenção básica à saúde: uma análise à luz da dimensão econômica

A dimensão econômica aqui evidenciada está pautada no princípio da equidade e na racionalização entre oferta e demanda, visando manter o equilíbrio entre o que se é ofertado nos serviços de saúde e a demanda que possuem. Neste caminho, demarca como objetivo a oferta de um acesso à saúde com disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional e financeira (JESUS; ASSIS, 2010).

Num contexto real é perceptível que o SUS enfrenta desafios para garantir um acesso de qualidade. O subfinanciamento do sistema de saúde, por exemplo, é um dos grandes desafios. Após a aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC 95) que congela os gastos com saúde e educação por 20 anos, o que agravou ainda mais a situação crítica do SUS, culminando no

alargamento da discrepância entre o disposto em lei e na oferta real dos serviços o que reflete na prerrogativa do direito ao acesso da população à saúde equânime, integral e igualitário. Além da EC 95, existe o novo modelo de financiamento da atenção básica através da criação do programa "Previne Brasil", como já mencionado, que acarreta no aumento da invisibilidade principalmente das minorias. Em adição, é lúcido reconhecer que a lógica cartesiana, que valoriza a forte fragmentação das ações de saúde e a lógica médica centrada, tendem a demarcar fortemente a construção subjetiva da noção de acesso das pessoas que utilizam os serviços de saúde.

Com referência à dimensão econômica, os participantes apontaram que a demanda dos usuários e usuárias do SUS local é maior do que é ofertado. A agenda de serviços ofertados no dia a dia das unidades básicas de saúde é insuficiente e para que a população tenha acesso aos serviços precisam chegar nas unidades muito cedo, uma vez que o critério para as marcações é a ordem de chegada num contexto em que as ofertas de vagas são limitadas. Isso se confirma com a necessidade de permanecer em filas durante a madrugada para realizar esses agendamentos. Como podemos constatar na fala a seguir:

“[...] aqui funciona no seguinte você vai em uma sexta-feira pela manhã, e eles falam não precisa ir 5 horas, as senhas só são liberadas às 6 horas, mas se você chegar lá as 6 ou 7 horas, você não consegue mais pegar senhas [...], você tem que chegar cedo, você tem que se comprometer à quase madrugada na porta do postinho de saúde pra você conseguir a vaga”. (participante 01)

Além da insuficiência de médicos nos serviços de atenção básica, os participantes também relataram a insuficiência de especialidades médicas no atendimento das suas necessidades. Os participantes mencionaram, com frequência, a necessidade de aguardar meses para uma consulta com especialista. É relevante esclarecer que uma unidade de saúde do município, unidade esta que a maior parte das pessoas entrevistadas estavam vinculadas, além de funcionar como unidade básica de saúde, também funciona como centro de especialidades médicas, numa mesma estrutura física, o que confunde a população acerca da proposta basilar de funcionamento da atenção básica e contribui com o reforço da valorização da lógica da forte especialização. Isso pode ser constatado nas falas a seguir:

“[...] demora. Tem alguém da minha família, que já está tentando marcar um oftalmologista e já tem alguns meses e não está conseguindo,

é tanto que tem que madrugar aí nas filas para tentar conseguir uma vaga”. (participante 03)

“Normalmente quando preciso tenho que procurar outro lugar (particular), quando não tem o que preciso no postinho daqui, demora um pouco, não tem uma facilidade de marcar sabe”. (participante 04)

“À central de marcação também precisa ser mudada, eles não divulgam quando tem marcação, quem divulga é o posto e eles divulgam meia hora antes e aí quando você chega lá no local as consultas já acabaram, não tem mais vagas, não tem vagas para todo mundo, então essas são as minhas ressalvas, tem que aumentar o número de profissionais”. (participante 10)

A partir do depoimento das pessoas, infere-se que se a atenção primária à saúde, a qual deveria ser a porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde do SUS, não parece funcionar de maneira eficaz, seja pela frágil compreensão dos usuários e usuárias relativas à proposta inicial dos serviços de Atenção Básica ou pela escassez de recursos para garantir a oferta. Tudo isso dificulta a abordagem ideal para o manejo do processo de saúde e doença, na promoção e prevenção de agravos e certamente reflete na sobrecarga dos serviços secundários e terciários de saúde.

Confirmando os aspectos descritos nesse estudo sobre dificuldade de acesso aos serviços de especialidades médicas, Silva e colaboradores (2017), aborda que a oferta insuficiente de especialidades médicas colabora para que gestores encontrem muita dificuldade em garantir o acesso da população a esses tipos de atendimento. E, diante dessa problemática de acesso, as necessidades de saúde dos usuários ou as suas demandas por serviços de saúde não são contempladas. Retomamos o entendimento de que essa ideia de necessidades de saúde focada na especialização das ações médicas são frequentemente reafirmadas e não necessariamente refletem a real necessidade da população.

Quando questionados sobre a falta de algum atendimento de especialidades médica, alguns relataram sentirem falta de algumas e/ou necessidade do aumento da oferta das especialidades já oferecidas pelo município, como por exemplo endocrinologista, psicólogos e psiquiatras:

“Sinto falta dos atendimentos que eu necessito, que é endocrinologista, eu estou na fila para um psicólogo e para um psiquiatra faz meses [...] então isso quer dizer que tem uma redução de profissionais na área, então eu sinto falta disso, de endocrinologista, de dentista que é muito importante e não tem o atendimento aqui no posto e eu acho que é importante ter”. (participante 10)

“Com certeza não é fácil, principalmente se for para o psicólogo. Tendo em vista até que no estágio pude acompanhar que a fila era muito grande, então pelo menos pra essa questão de atendimento psicológico tá bem difícil, então sobre outras especialidades e outras demandas eu nunca precisei, então não sei dizer como funciona”. (participante 02)

É importante evidenciar que mesmo após 30 anos da implementação do Sistema Único de Saúde e dos avanços adquiridos até os dias atuais, esse sistema que em sua base visa à promoção, prevenção e recuperação da saúde de forma integral, universal, equânime e igualitária, bem como afirma que à saúde é direito de todos e dever do Estado, encontra alguns desafios, sobretudo no que diz respeito ao acesso da população aos serviços de saúde. Entre os problemas ratificam-se aqueles relacionados à oferta e à demanda dos serviços, como podemos observar nas falas acima. O que é ofertado nos serviços é insuficiente diante da alta demanda e boa parte da população acaba ficando desassistida.

Como citado acima, o acesso à saúde é um direito garantido por lei, o qual deve ser livre de qualquer tipo de discriminação e/ou preconceito, atendendo as demandas da população de forma integral, igualitária e equânime. A criação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, teve como objetivo combater o preconceito e à discriminação nos serviços de saúde, além ampliar o acesso a esses serviços, garantindo à essas pessoas um acesso de qualidade, respeito e inclusão. No entanto, muitos estudos afirmam que essa não é a realidade da população LGBT ao acessarem os serviços de saúde, os quais se deparam com preconceito, discriminação, estigma, violência, profissionais despreparados para atender suas demandas, dificuldades diante do uso do nome social, relação da população LGBT com IST's, dentre outras barreiras de acesso. A exclusão social e a invisibilidade dessa população possui um grande impacto na adesão e/ou procura dos serviços de saúde, favorece o alto nível de adoecimento mental da população LGBT e a procura por serviços clandestinos. A fala a seguir destaca a necessidade de respeito, não só nas unidades de saúde, mas em todos os âmbitos sociais, trazendo também

em sua fala os impactos que o preconceito causa na sua vida diária pelo simples fato de ser quem é.

“[...] ninguém tem nada a ver com a sexualidade do outro, muitas pessoas acham que a pessoa é assim porque quer, tipo eu nasci e escolhi sofrer preconceito, ser destrutada [...], até a gente se olhar e falar que não quer escutar aquilo de fulano e de beltrano, a gente vai sofrendo, até o dia da gente bater o pé e dizer não, o que falarem pra mim agora não me serve de nada, então assim, é demora um pouco, mas imagina ai, você se conhecer assim, você se denominar assim, você não vai mais escutar aquilo e não lhe serve, demora um pouquinho né, então por isso que eu falo, o respeito é uma das coisas que tem que ser em primeiro lugar, não só na saúde, mas em todo lugar, em todo lugar mesmo”. (participante 010)

A APS deveria ser a primeira porta de entrada aos serviços públicos de saúde e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção do SUS, à qual deveria ser desenvolvida com o maior grau de descentralização, garantindo a qualidade dos serviços ofertados (BRASIL, 2022). O planejamento territorial é de fundamental importância para a garantia do bom funcionamento da APS, pois uma população adscrita e um território definido facilita o desenvolvimento de ações que contemplem as necessidades da população (FARIA, 2013). A não realização do planejamento territorial acaba culminando nas situações descritas abaixo pelo entrevistado 01:

“Ir muito cedo para tentar marcar uma consulta é um ponto que inclusive faz com que muitas pessoas deixem de buscar o serviço de saúde que é ofertado nas unidades básicas, por conta dessa metodologia que durante anos na verdade entrou em um processo de tradicionalismo, de achar que tem que ir 5 horas da manhã mesmo porque eu sei que o serviço de saúde só consegue fazer essas anotações esse horário. Mas isso não é bom nem para a população, nem especificamente para o próprio funcionário, funcionários da unidade. Então de repente criar metodologias né a respeito que seja uma das opções que eu daria para as equipes de saúde da atenção básica daqui do município de Senhor do Bonfim”. (participante 01)

O revelado na fala acima aponta aspectos que podem estar associados à fragilidade ou ausência no planejamento territorial que conseqüentemente colabora com uma oferta menor que a demanda. Em conformidade com Faria (2013), uma porta de entrada mal planejada compromete a entrada, de um lado, e a coordenação do fluxo, de outro lado.

Frente ao exposto até aqui é válido refletir e agir sobre responsabilidades. Cabe aos gestores articular meios de ampliar a acessibilidade da população aos serviços de saúde e criar estratégias de gestão da demanda. O fortalecimento da participação social, por exemplo, poderia possibilitar a criação de caminhos possíveis. Camargo e Castanheira (2020) abordam em seu estudo uma estratégia criada por profissionais de uma Unidade Básica de Saúde de São Bernardo do Campo, o acolhimento por equipe (AE), que visa acolher os usuários e ouvir suas demandas, se o paciente procura à unidade e não possui consulta agendada, ele será encaminhado para o AE, caso esteja fora do horário de funcionamento o usuário será encaminhado para o acolhimento geral. Nesta metodologia de acolhimento, os profissionais organizam suas agendas de atendimentos, visando aumentar a oferta de consultas do dia através do AE.

O exercício da participação social retira a população do lugar de passividade nessa relação. A plena atuação nos conselhos municipais de saúde, os quais devem ser abertos e divulgados para a sociedade, é possível dialogar, entender e indagar sobre seus anseios e necessidades em relação aos serviços de saúde, com a finalidade de melhorar o acesso aos serviços ofertados, dando sentido aos princípios da igualdade, liberdade, diversidade e solidariedade (BRASIL, 2013). A gestão local tem o dever de apresentar um plano de saúde a cada 4 anos, o qual deve conter as ações e os objetivos que devem ser alcançados durante esse período. Nesse plano é salutar existir o incentivo à participação social no que envolve a discussão e elaboração desse plano, afinal é um momento em que poderá elencar as necessidades, especificidades e anseios sobre as políticas públicas de saúde que serão traçadas e mais que participar, à população deve estar munida de conhecimento sobre seus direitos. Uma sociedade civil ativa, organizada e participante diante das decisões tomadas pelos gestores municipais contribui com a formulação de projetos que beneficiam à população de forma direta, uma vez que, esses projetos serão pautados com base nas necessidades e especificidades expostas pela população (BRASIL, 2013).

O preconceito, a discriminação e o estigma são as principais barreiras de acesso à saúde que a população LGBT tem que enfrentar no dia a dia, o que culmina no afastamento dessas pessoas dos serviços de saúde e/ou quando os procuram. Em consequência acabam omitindo informações sobre a sua orientação sexual por medo de não serem bem acolhidos e atendidos

dentro dos serviços. Em acréscimo a tudo isso, essas barreiras também predisõem essas pessoas ao adoecimento psíquico, uso abusivo de drogas e/ou medicações de forma desordenadas, colocando em risco a sua vida. Diante de tudo que foi exposto, ainda se tem a necessidade de uma maior sensibilização de grande parte da população acerca das demandas que envolvem a população LGBT.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou evidenciar como ocorre o acesso da população LGBT nos serviços de atenção básica do município de Senhor do Bonfim, Bahia. A partir das dimensões analíticas constatou-se que o acesso é permeado por preconceito, discriminação, estigma e pela marcante fragilidade na abordagem, por parte dos profissionais, sobre questões relacionadas à gênero e sexualidade. Isso contribui para o afastamento da população dos serviços de saúde.

Na dimensão simbólica fica bastante evidente como os padrões sociais, sobretudo os heteronormativos e cisnormativos, interferem no atendimento prestado e, conseqüentemente, no acesso das pessoas LGBTs aos serviços. Na dimensão técnica, as pessoas entrevistadas relatam dificuldades em relação ao horário de funcionamento dos serviços, o que também influencia no grau de acesso ao serviço em que a pessoa está vinculada, bem como apontam a ação do estigma associado à pessoas LGBT e como isso reflete no acesso. Na dimensão política está bastante destacada as nuances relacionadas à participação popular, desde a percepção de inexistência de incentivo governamental, dificuldade de engajamento e até o reconhecimento da pouca proatividade por parte da própria população. A dimensão econômica, por sua vez, demarca fortemente problemáticas relativas à oferta e demanda e como interferem no acesso das pessoas LGBTs.

Partindo das dimensões adotadas na análise fica demarcado o sentimento de exclusão, de falta de acolhimento, sensação de desrespeito, omissão e indiferença por parte dos profissionais da assistência.

A partir da realidade pesquisada fica evidente também que ainda que haja políticas públicas específicas, as quais visam um acesso livre de qualquer forma de preconceito e estigma, isso não está efetivamente garantido. A lógica social existente em nossa sociedade também interfere nas práticas profissionais implementadas.

Diante do exposto, podemos constatar que o SUS enfrenta alguns desafios para que se atinja o objetivo proposto pelo sistema, sobretudo no que diz respeito ao acesso da população LGBT aos serviços de saúde. Elenca-se, por fim, que este estudo é uma evidência necessária,

pois demonstra resultados que podem colaborar com o melhor funcionamento dos serviços de saúde, sobretudo no que se refere ao acesso da população LGBT.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M; ALMEIDA, M. Acesso aos serviços de tecnologias no sistema único de saúde: abordagens teóricas e práticas. **UEFS Editora**, Feira de Santana, 2014. 358 p.:il.

BELÉM, J. et al. Atenção à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis na estratégia de saúde da família. **Revista baiana de enfermagem**, 2018;32:e26475. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/06b1/ae4fac9455576bc85413d6ed9d5f74278bde.pdf>. Acesso em: 07 de nov. de 2022.

BRASIL. Portaria nº **2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 13 de jul. 2022.

BRASIL. Fundo Nacional de Saúde. **Confira a atualização das notas técnicas sobre indicadores de pagamento por desempenho do Previne Brasil para 2022**. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/confira-a-Atualizacao-das-notas-tecnicas-sobre-indicadores-de-pagamento-por-desempenho-do-previne-brasil-para-2022/>. Acesso em: 13 de jul. 2022.

BRASIL. Lei nº **8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm. Acesso em: 24/08/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. Secretaria-Executiva, departamento de apoio à descentralização. Ed. 2. Brasília, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf. Acesso em: 24/08/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é Atenção Primária?**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília-DF, 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoque>. Acesso em: 09 de out. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselhos de saúde : a responsabilidade do controle social democrático do SUS**. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpegclclefindmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf. Acesso em: 12 de out. 2022.

CAMARGO, D. S.; CASTANHEIRA, E. R. L. Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS). . **Interface (Botucatu)**. 24(Supl. 1): e190600. ISSN 1807-5762. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/WYcC7Q6SfbxJtZ3tpXXJjNy/?lang=pt>. Acesso em: 10 de out. de 2022.

FARIA, R.M. Os desiguais limites da porta de entrada do sistema único de saúde (SUS) em Pouso Alegre-MG, Brasil. **RA'E GA - O Espaço Geográfico em Análise**. V.29, p.135-156, Curitiba, dez/2013. ISSN: 2177-2738. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/269735223_OS_DESIGUAIS_LIMITES_DA_PORTA_DE_ENTRADA_DO_SISTEMA_UNICO_DE_SAUDE_SUS_EM_POUSO_ALEGRE-MG_BRASIL. Acesso em: 09 de out. de 2022.

FERREIRA, B. *et al.* Diversidade de gênero e o acesso ao sistema único de saúde. **Rev. Bras. Promoção de Saúde**. Fortaleza. 31(1):1-10, jan./mar., 2018.

GOMES, R. *et al.* Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1997-2005, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rWF4kWq4ShjdXGghXY7BFwt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 07 de nov. de 2022.

GOUVÊA, L. F. ; SOUZA, L. L. Saúde e população LGBTQIA+: desafios e perspectivas da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. **Revista Periódicus**. n. 16. v. 3. p. 23-42, 2021. ISSN: 2358-0844.

GUIMARÃES, R.C.P.; LORENZO, C.F.G.; MENDONÇA, A.V.M. Patologização e invisibilidade: reconhecimento das demandas e acolhimento da população LGBT na atenção básica. **Tempus actas de saúde colet**, Brasília, 14(2), 137-153 jun, 2020. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v14i2.2721>

Harzheim, Erno “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2020, v. 25, n. 4 [Acessado 24 Maio 2022], pp. 1189-1196. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01552020>>. Epub 06 Abr 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01552020>.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. saúde coletiva**, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NCd8MxwvT6MrXDdHtMCrps/?lang=pt>. Acesso em: 12 de out. 2022.

OLIVEIRA, W. S. Minorias sexuais e de gênero: Diversidade e adversidade. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 05, Ed. 04, Vol. 02, pp. 137-164, 2020. ISSN: 2448-0959. DOI:[10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/minorias-sexuais-e-de-genero](https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/minorias-sexuais-e-de-genero).

PESSOA, B; GOUVEIA, E; CORREIA, I. Funcionamento 24 horas para Unidades de Saúde da Família: uma solução para ampliação de acesso? Um ensaio sobre as “Upinhas” do Recife. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, 2017. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1529](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1529).

ROGES, AL; Vasconcelos, EMR; Araújo, EC. Necessidades no setor da saúde relacionadas à população LGBT lésbicas, gays, bissexuais, travestis. **J Nurs UFPE**, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10597>. Acesso em: 07 de nov. de 2022.

SILVA, C. R. et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciênc. saúde colet**, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n4/1109-1120/>. Acesso em: 12 de out. 2022.

SILVA, M.J.S; SCHRAIBER, L.B.; MOTA, A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29(1), e290102, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2019.v29n1/e290102/pt>. Acesso em: 27 de out. 2022.

APÊNDICE A – TCLE



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO CAMPUS VII COLEGIADO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTA PESQUISA SEGUIRÁ OS CRITÉRIOS DA ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS CONFORME RESOLUÇÃO Nº 466/12 DO
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome do Participante: _____

Documento de Identidade nº: _____ Sexo: F () M ()

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Endereço: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Telefone: (____) _____ / (____) _____ /

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA:

- TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:** Acesso da população LGBT aos serviços de saúde em um município do interior baiano
- PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL:** Simone Santana da Silva
Cargo/Função: Professora assistente/ orientadora

III - EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PARTICIPANTE SOBRE A PESQUISA:

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa: “Acesso da população LGBT aos serviços de saúde em um município do interior baiano”, sob a responsabilidade da pesquisadora Simone Santana da Silva, docente da Universidade do Estado da Bahia, que tem como objetivo: analisar o acesso da população LGBT nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Senhor do Bonfim, Bahia. A realização desta pesquisa trará ou poderá trazer benefícios no que inclui a melhoria do acesso ou da qualidade do acesso da população LGBT nos serviços de atenção básica do município. Além disso, poderá colaborar para desconstrução do preconceito da população brasileira em relação aos LGBTs. Outro benefício possível é o estabelecimento de uma relação entre a universidade e a gestão municipal no que envolve a realização de atividades de educação em saúde sobre a temática. Poderá também contribuir para

construção de conhecimentos na área da enfermagem especializada em saúde da população LGBT, através do compartilhamento de experiências e vivências dos usuários dos serviços e até contribuir para o aprofundamento dos estudos da “Liga de Estudo de Gênero e Sexualidade” da Universidade do Estado da Bahia –UNEB Campus VII. Por fim, entre os benefícios está a possibilidade de contribuir na realização de pesquisas futuras sobre a população LGBT. Caso aceite, o(a) Senhor(a) será convidado(a) a participar de uma entrevista que será baseada em um roteiro de entrevista semiestruturado, o qual contém alguns temas relacionados ao tema acesso aos serviços de Atenção Básica e a relação com os profissionais. A entrevista, após a autorização do(a) senhor(a), será gravada, em formato de áudio, pela aluna Jaciane Ferreira dos Santos, do curso de graduação em enfermagem. Os participantes serão incluídos na pesquisa por meio da metodologia “Bola de Neve”, que consiste num processo de indicação de pessoas que façam parte do grupo de indivíduos da pesquisa, ou seja, pessoas LGBT’s. Essa estratégia metodológica ocorrerá da seguinte maneira: a pesquisadora convidará aleatoriamente uma pessoa que se declare LGBT e que faça parte da comunidade acadêmica da UNEB. Esta pessoa será o participante da onda zero da pesquisa, ou seja, esta pessoa, após participar da entrevista, irá indicar alguma outra pessoa do seu grupo de identificação/amigos que faça parte da população alvo deste estudo. A pessoa indicada será, então, convidada a participar. Ela, por sua vez, será entrevistada e indicará, conseqüentemente, outra pessoa conhecida. Esse processo de indicações se repetirá até que a pesquisadora identifique que ocorreu a saturação das informações por repetição. A análise dos dados será realizada a partir da análise do conteúdo das falas de todas as pessoas que aceitarem participar do estudo. Todo material gravado será transcrito para que se possa realizar a leitura e separação dos temas para organização da discussão. Importante salientar que a metodologia de inclusão dos participantes não interfere na confidencialidade das informações obtidas durante as entrevistas. Para minimizar a possibilidade de exposição à riscos, durante a entrevista, caso o(a) senhor(a) se sinta desconfortável, a pesquisadora fará uma pausa, questionará sobre seu desejo de interromper a entrevista ou sobre a indicação de algo que possa ser feito para amenizar o incômodo. Assim, será garantido o respeito às suas manifestações emocionais, inclusive, o(a) senhor(a) poderá optar por desistir da participação na pesquisa ou remarcar a entrevista para um dia oportuno. Se porventura o(a) senhor(a) necessitar de suporte psicológico, em decorrência das questões abordadas no estudo, a pesquisadora direcionará para serviço de plantão psicológico. De todo modo, a sua participação é voluntária, não havendo nenhum gasto ou ganho financeiro relacionado a sua participação no estudo. Ressaltamos que sua identidade será tratada com sigilo e, portanto, o Sr(a) não será identificado(a). Caso aceite o(a) senhor(a) poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar sua autorização. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Quaisquer dúvidas que o (a) senhor (a) apresentar serão esclarecidas pela pesquisadora e o (a) Sr (a) caso queira poderá entrar em contato também com o Comitê de ética da Universidade do Estado da Bahia. Esclareço ainda que de acordo com as leis brasileira o Sr(a) tem direito a indenização caso seja prejudicado por esta pesquisa. O(a) senhor(a) receberá uma via deste termo, a qual estará assinada e rubricada em todas as páginas, na qual consta o contato dos pesquisadores, que poderão tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE DÚVIDAS

PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: Simone Santana da Silva

Endereço: Rodovia Lomanto Jr, Br 407 Km 127, s/n – Barbosa Santos, Sr. do Bonfim- BA,

48970-000 **Telefone:** (75)9117-9100 **E-mail:** sisantana@uneb.br

Comitê de Ética em Pesquisa- CEP/UNEB Avenida Engenheiro Oscar Pontes s/n, antigo prédio da Petrobras 2º andar, sala 23, Água de Meninos, Salvador- BA. CEP: 40460-120. Tel.: (71) 3312-3420, (71) 3312-5057, (71) 3312-3393 ramal 250, e-mail: cepuneb@uneb.br

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP- End: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte CEP: 70719-040, Brasília-DF

V. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Após ter sido devidamente esclarecido pelo pesquisador(a) sobre os objetivos benefícios da pesquisa e riscos de minha participação na pesquisa “Acesso da população LGBT aos serviços de saúde em um município do interior baiano”, e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar sob livre e espontânea vontade, como voluntário consinto que os resultados obtidos sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos desde que a minha identificação não seja realizada e assinarei este documento em duas vias sendo uma destinada ao pesquisador e outra a mim.

_____, _____ de _____ de _____.

Participante da pesquisa/responsável legal



Jaciane Ferreira dos Santos
(discente/orientanda)

Simone Santana da Silvia
(docente/orientadora)

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Dados de Identificação:

Código da entrevista: _____ Idade: _____ Sexo biológico: _____

Identidade de gênero: _____

Orientação sexual: _____

Escolaridade: _____

Possui plano privado de saúde? _____

Possui vínculo (s) empregatício (s): _____ Qual (is)? _____

2. Roteiro temático:

2.1 acesso com qualidade aos serviços de saúde

Fale como o Sr (a) é atendido na recepção da Unidade de Saúde (tempo de espera, condições do ambiente, satisfação no atendimento);

Fale sobre os serviços de saúde que são ofertados na unidade de saúde: número de vagas, tipo de atendimento, consultas agendadas ou não, critério de marcação, qualidade do atendimento;

Fale sobre a sua relação com os trabalhadores de saúde na Unidade. No momento da consulta quem define o procedimento a ser realizado? Como é definido (pelo material disponível; sua necessidade; sua vontade; seu desejo, outros);

Você tem seus anseios atendidos durante a consulta?

O Sr (a) já foi desrespeitado durante uma consulta, seja pelo fato de não respeitarem o seu nome social, sua identidade de gênero, a forma como se veste ou outro motivo?

Como o Sr (a) chega até a Unidade de Saúde, a pé, de ônibus, transporte próprio... O Sr (a) acha a Unidade bem localizada?

Comente como os trabalhadores de saúde atendem as suas necessidades e como você participa (ou gostaria de participar) da elaboração de decisões para definir prioridades e/ou necessidades; (Destaque para a equipe de enfermagem)

O Sr (a) tem facilidade de acesso quando procura uma unidade de saúde durante o dia, noite e nos finais de semana? Cite as Unidades que tem maior facilidade de acesso.

Durante o período de funcionamento das unidades de saúde existe um número de telefone para marcar consultas e/ou atendimento ou pedir informações?

Quando o Sr (a) precisa do serviço de saúde tem que deixar de trabalhar ou perder o seu dia de trabalho?

Nas suas consultas mais recentes (último mês) o Sr. (a) teve a alguma dificuldade em ter acesso a todos os medicamentos que precisava?

Quando o Sr (a) precisa ser encaminhado a um serviço de atendimento de especialidade médica, ou para fazer exames, consegue o atendimento. Quanto tempo demora para ser atendido?

Na UBS que você frequenta existe um dia específico para o atendimento da população LGBT?

O Sr (a) já precisou buscar atendimento clandestino, por falta de atendimento ou dificuldade de acesso aos serviços prestados nas unidades de saúde do local onde reside?

O SUS é um sistema de saúde equânime, integral e universal. Conhecendo essas três diretrizes, o Sr (a) considera que as mesmas estão sendo postas em prática no que se diz respeito ao atendimento à população LGBT?

A PNSI-LGBT traz como objetivo geral que o atendimento à população LGBT deve ocorrer livre de qualquer discriminação e preconceito. O Sr (a) considera que na prática acontece o que se é posto na PNSI-LGBT?

2.2 Relações estabelecidas entre os usuários, trabalhadores de saúde e gestores:

Você já foi atendido em alguma UBS? Se sim como foi a sua experiência?

Fale sobre as relações entre as pessoas que atuam na Unidade e a relação da equipe com os usuários e seus familiares;

Você participa de algum Conselho de Saúde. O Conselho discute e encaminha os problemas de acesso aos usuários aos gestores municipais? O Sr (a) poderia falar como se dá esta participação.

A UBS que você frequenta, implementou a PNSI-LGBT?

Você considera o atendimento prestado pela equipe eficaz ou não atende as suas necessidades?

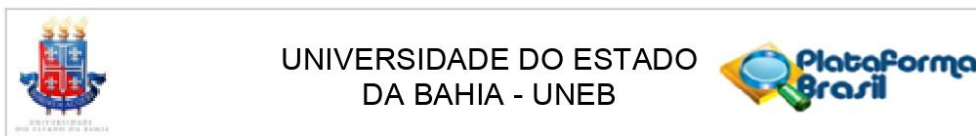
Você possui uma boa relação com a equipe da UBS? Já viveu alguma situação que entendeu como preconceituosa?

Comente sobre ações assistenciais e de educação voltadas para a população LGBT

Você considera que os projetos e políticas implementados até os dias atuais surtiram algum efeito? Se sim cite alguns, se não por que você acha que estes não funcionam adequadamente?

Como cidadão (ã) o que você acha que deve melhorar no atendimento à população LGBT?

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acesso da População LGBT aos Serviços de Atenção Básica à Saúde em um Município do Interior Baiano.

Pesquisador: SIMONE SANTANA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 44480920.7.0000.0057

Instituição Proponente: Universidade do Estado da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.840.544

Apresentação do Projeto:

O estudo busca analisar como ocorre o acesso da população LGBT no âmbito da atenção básica em Senhor do Bonfim, Bahia. Para isso, será desenvolvido um estudo qualitativo a partir de entrevistas com pessoas lgbts residentes em Senhor do Bonfim – Ba. Visa contribuir para a sensibilização da sociedade no que envolve garantia de direitos, bem como ampliar o debate na região sobre acesso aos serviços por grupos vulnerados.

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário: Analisar o acesso da população LGBT nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Senhor do Bonfim, Bahia.

Objetivo Secundário: Discutir como se dá o acesso da população LGBT aos serviços de atenção básica à saúde no município de Senhor do Bonfim, Bahia".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos: Para minimizar os riscos relacionados ao preconceito, estigma, medo de exposição ou outros, a pesquisadora garantirá a interrupção da entrevista, questionará sobre o desejo do participante de interromper a entrevista ou sobre a indicação de algo que possa ser feito para amenizar o incômodo. Assim, será garantido o respeito às suas manifestações emocionais, inclusive, a pessoa poderá optar por desistir da participação na pesquisa ou remarcar a entrevista

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555

Bairro: Cabula

CEP: 41.195-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3117-2399

Fax: (71)3117-2399

E-mail: cepuneb@uneb.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DA BAHIA - UNEB



Continuação do Parecer: 4.840.544

para um dia oportuno. Se necessitar de suporte psicológico, em decorrência das questões abordadas no estudo, a pesquisadora direcionará para serviço de plantão psicológico.

Benefícios: A realização desta pesquisa trará ou poderá trazer benefícios no que inclui a melhoria do acesso ou da qualidade do acesso da população LGBT nos serviços de atenção básica do município. Além disso, poderá colaborar para desconstrução do preconceito da população brasileira em relação aos LGBTs. Outro benefício possível é o estabelecimento de uma relação entre a universidade e a gestão municipal no que envolve a realização de atividades de educação em saúde sobre a temática. Poderá também contribuir para construção de conhecimentos na área da enfermagem especializada em saúde da população LGBT, através do compartilhamento de experiências e vivências dos usuários dos serviços e até contribuir para o aprofundamento dos estudos da "Liga de Estudo de Gênero e Sexualidade" da Universidade do Estado da Bahia –UNEB Campus VII. Por fim, entre os benefícios está a possibilidade de contribuir na realização de pesquisas futuras sobre a população LGBT".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e exequível.

A metodologia proposta bem como os critérios de inclusão e exclusão e cronograma são compatíveis com os objetivos propostos no projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de autorização da instituição proponente: Em conformidade

Termo de autorização da instituição coparticipante: Em conformidade

Termo de confidencialidade: Em conformidade

Termo de compromisso do pesquisador: Em conformidade

TCLE: Apresentado dentro da eticidade

Folha de rosto: Em conformidade

Recomendações:

Recomendamos ao pesquisador atenção aos prazos de encaminhamento dos relatórios parcial e/ou final. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555
Bairro: Cabula **CEP:** 41.195-001
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3117-2399 **Fax:** (71)3117-2399 **E-mail:** cepuneb@uneb.br



Continuação do Parecer: 4.840.544

APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos participantes, respeitando os princípios da autonomia, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Considerações Finais a critério do CEP:

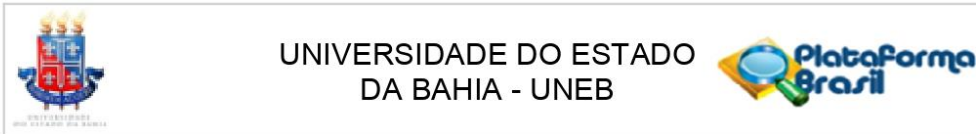
Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos sujeitos da pesquisa tendo respeitado os princípios da autonomia dos participantes da pesquisa, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1643363.pdf	01/07/2021 10:54:50		Aceito
Outros	Carta_CEP_UNEB.pdf	28/05/2021 16:04:01	SIMONE SANTANA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	tccfinal_alterado.pdf	26/04/2021 18:02:35	SIMONE SANTANA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_alterado.pdf	26/04/2021 17:58:38	SIMONE SANTANA DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoDeConfidencialidade.pdf	10/03/2021 08:49:55	SIMONE SANTANA DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODECOMPROMISSODOPEQUISADOR.pdf	10/03/2021 08:48:29	SIMONE SANTANA DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAOINSTITUCIONALDAPROPONENTE.pdf	10/03/2021 08:46:51	SIMONE SANTANA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOASSINADA.pdf	19/12/2020 20:00:33	JACIANE FERREIRA DOS SANTOS	Aceito
Outros	CARTEANUENCIAPARA AUTORIZACAO DA PESQUISA.pdf	18/12/2020 16:28:21	JACIANE FERREIRA DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555
Bairro: Cabula **CEP:** 41.195-001
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3117-2399 **Fax:** (71)3117-2399 **E-mail:** cepuneb@uneb.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DA BAHIA - UNEB

Continuação do Parecer: 4.840.544

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 12 de Julho de 2021

Assinado por:
Aderval Nascimento Brito
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555
Bairro: Cabula **CEP:** 41.195-001
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3117-2399 **Fax:** (71)3117-2399 **E-mail:** cepuneb@uneb.br

ANEXO B – NORMAS DA REVISTA

Instruções para encaminhamento de textos:

1. O processo de submissão é feito apenas online, no sistema *ScholarOne Manuscripts*, no endereço <http://mc04.manuscriptcentral.com/physics-scielo>. É necessário se cadastrar no sistema, fazer o *login*, acessar o "*Author Center*" e dar início ao processo de submissão. Todos os autores dos artigos aprovados para publicação deverão, obrigatoriamente, associar seu número de registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID, <https://orcid.org/>) ao seu perfil no ScholarOne e informá-lo na declaração de autoria (ver modelo adiante).

2. Embora *Physis* seja mantida por uma instituição pública, a verba atualmente destinada à revista não tem sido suficiente para sua manutenção. Assim, a partir de 1º de janeiro de 2020, será cobrada uma taxa de publicação, como forma de garantir a continuidade do periódico. **O valor dessa taxa é de R\$ 600,00 (seiscentos reais) por artigo aprovado, ou seja, na submissão o autor não pagará a taxa, apenas e exclusivamente se o artigo for aceito para publicação. O valor para publicação de textos nas demais seções de *Physis* será de R\$ 200,00 (duzentos reais).** Será fornecido aos autores comprovante do pagamento da taxa. Após aprovação do artigo, os autores serão orientados, por e-mail, sobre como proceder quanto ao pagamento da taxa. Solicitações de dispensa de pagamento da taxa de publicação, devidamente justificadas, deverão ser encaminhadas à Editoria da revista, que irá analisá-las.

3. Os artigos devem ser digitados em *Word* ou RTF, fonte Arial ou Times New Roman 12, respeitando-se o número máximo de palavras definido por cada seção, que compreende corpo do texto, notas e referências. Resumos são considerados separadamente. **O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria;** os dados dos autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão e na declaração de autoria (item 11, adiante)..

4. Os estudos que envolvam a participação de seres humanos deverão incluir **a informação referente à aprovação por comitê de ética** na pesquisa com seres humanos, conforme Resoluções do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Os autores devem indicar se **a pesquisa é financiada**, se **é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado** e se há **conflitos de interesse** envolvidos na mesma. Informações sobre financiamento devem constar no item "**Agradecimentos**", ao final do artigo ou em nota de fim.

5. *Physis* incentiva o depósito de manuscritos em plataformas preprints. Caso ocorra o depósito, é necessário que os autores notifiquem aos editores utilizando o campo "**Cover Letter**" inserindo o link (URL) e o número do DOI do manuscrito aceito pela plataforma

preprint. No que concerne aos artigos que já foram divulgados como preprints, a avaliação ocorrerá de forma simples cega, tendo em vista que será possível consultar os nomes dos autores do texto.

6. Os artigos devem ser escritos em português (preferencialmente), inglês ou espanhol. A Editoria reserva-se o direito de efetuar alterações nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, preservando, no entanto, estilo e conteúdo. Eventualmente, serão aceitos artigos traduzidos, já publicados em outro idioma, que, pela sua relevância, possam merecer maior divulgação em língua portuguesa. **Os textos são de responsabilidade dos autores**, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.

7. O resumo do artigo e as palavras-chave em português devem ser incluídos nas etapas indicadas do processo de submissão. Resumo e palavras-chave em inglês devem ser incluídos no corpo do artigo, após as referências (somente nas seções de artigos originais por demanda livre e temáticos). Os resumos não poderão ultrapassar **200 palavras**, devendo destacar o objetivo principal, os métodos básicos adotados, os resultados mais relevantes e as principais conclusões do artigo. Devem ser incluídas de **3 a 5 palavras-chave em português e em inglês**. O título completo do artigo também deverá ser traduzido. A revista poderá rever ou refazer as traduções.

8. Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, com legenda e fonte Arial ou Times New Roman 10. Tabelas devem ser produzidas em *Word*. **Todas as ilustrações devem estar inseridas no corpo do artigo**, mas aquelas produzidas em formato que não seja Word deverão ser encaminhadas em arquivos separados também, e serão inseridas no sistema como "*image*" ou "*figure*", com respectivas legendas e numeração.

9. As notas, numeradas sequencialmente em algarismos arábicos, devem ser colocadas no final do texto, após as referências, com fonte tamanho 10. **As notas devem ser exclusivamente explicativas, escritas da forma mais sucinta possível**. Não há restrições quanto ao número de notas.

10. **As referências devem seguir as normas da ABNT (NBR 6023: 2018)**. No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos do número da página no caso de citações. Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética. **Os autores são responsáveis pela exatidão das referências**, assim como por sua correta citação no texto. No caso de usar algum

software de gerenciamento de referências (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

11. Tendo em vista o crescimento no número de coautores em muitos artigos encaminhados a *Physis*, **o número máximo de autores está limitado a quatro**, e só com justificativas excepcionais será aceito número maior. Além disso, será avaliada com bastante rigor a contribuição efetiva de cada autor. A Editoria se reserva o direito de recusar artigos cujos autores não prestem esclarecimentos satisfatórios sobre este item, e/ou solicitar a exclusão de participantes sem contribuição substancial. As responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do artigo deverão ser indicadas na "Declaração de responsabilidade" (vide modelo), conforme os critérios do *International Committee of Medical Journal Editors*, que determina que o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada a: (1) Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; (2) Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; (3) Aprovação final da versão a ser publicada; (4) Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. A declaração, assinada por todos os autores, deverá ser digitalizada e encaminhada como documento suplementar ("*supplemental file not for review*"). Poderá ser incluído no final do corpo do artigo ou como nota de fim um item de "Agradecimentos", caso seja necessário citar instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de coautoria. Não será admitido o acréscimo de autores após a submissão, e a retirada de algum dos nomes apontados como autor só poderá ser feita caso diretamente determinada pela editoria em função do não atendimento aos critérios de atribuição de autoria.

12. Os trabalhos publicados em *Physis* estão registrados sob a licença ***Creative Commons Atribuição 3.0 Brasil (CC-BY 3.0 BR)***. A declaração de responsabilidade, cujo modelo se encontra ao final destas instruções, deverá ser assinada por todos os autores, digitalizada e inserida no sistema, como "*supplemental file not for review*", de modo que os avaliadores não identifiquem o(s) autor(es) do artigo. Quaisquer **outros comentários ou observações encaminhados aos editores** deverão ser inseridos no campo "*Cover letter*".

13. Conforme orientação da SciELO, a identificação da afiliação de cada autor deverá restringir-se a nomes de entidades institucionais, cidade, estado e país. O endereço eletrônico poderá ser informado. Os nomes e endereços informados serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

14. Não serão aceitos trabalhos que não atendam às normas fixadas, mesmo que eles tenham sido aprovados no mérito (pelos pareceristas). Os editores se reservam o direito de solicitar que os autores adequem o artigo às normas da revista, ou mesmo descartar o artigo, sem nenhuma outra avaliação. Quaisquer outros comentários ou observações poderão ser encaminhados no campo "*Cover letter*".

15. Em caso de artigo já aceito para publicação, será possível publicá-lo também em inglês ou espanhol, se for de interesse do autor. No entanto, a tradução deverá ser feita por empresa qualificada (ou recomendada pela Editoria de *Physis*), e os custos de tradução correrão por conta do autor. As versões em português e/ou espanhol ou inglês de cada artigo só poderão ser publicadas no mesmo volume e número da Revista e serão identificadas com o mesmo DOI.

16. Todo conteúdo publicado nos artigos e resenhas é de inteira responsabilidade dos autores.

17. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Editorial.