

**“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”**

**Faculdade de Ciências e Letras  
Campus de Araraquara – SP**

ISABELA VIRGINIA PASQUINI BORGES DE OLIVEIRA

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: o elo entre os  
estigmatizados e o acesso à saúde**



ARARAQUARA – S.P.  
2017

ISABELA VIRGINIA PASQUINI BORGES DE OLIVEIRA

## AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: o elo entre os estigmatizados e o acesso à saúde

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Sexual da Faculdade de Ciências e Letras – Unesp/Araraquara, como requisito para obtenção do título Mestre em Educação Sexual.

**Linha de pesquisa:** Desenvolvimento, sexualidade e diversidade na formação de professores

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fátima Elisabeth Denari

ARARAQUARA – S.P.  
2017

Oliveira, Isabela Virginia Pasquini Borges de  
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: o elo entre os  
estigmatizados e o acesso à saúde / Isabela Virginia  
Pasquini Borges de Oliveira – 2017  
135 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação  
Sexual) – Universidade Estadual Paulista "Júlio de  
Mesquita Filho", Faculdade de Ciências e Letras  
(Campus Araraquara)

Orientador: Fátima Elisabeth Denari

1. Educação Sexual. 2. População LGBT. 3.  
Preconceito.  
4. Grupo Focal. 5. Agente Comunitário de Saúde. I.  
Título.

Ficha catalográfica elaborada pelo sistema automatizado  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

ISABELA VIRGINIA PASQUINI BORGES DE OLIVEIRA

## AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: o elo entre os estigmatizados e o acesso à saúde

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Sexual da Faculdade de Ciências e Letras – Unesp/Araraquara, como requisito para obtenção do título Mestre em Educação Sexual.

**Linha de pesquisa:** Desenvolvimento, sexualidade e diversidade na formação de professores

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fátima Elisabeth Denari

Data da Defesa: 24/02/2017

### **MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA:**

---

**Presidente e Orientador:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fátima Elisabeth Denari  
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar/São Carlos

---

**Membro Titular:** Prof. Dr. Fábio Tadeu Reina  
Centro Universitário de Araraquara/UNIARA/Araraquara

---

**Membro Titular:** Prof. Dr. Everton Luiz Oliveira  
Centro Universitário de Bebedouro/FAFIBE/Bebedouro

**Local:** Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Ciências e Letras  
UNESP – Campus de Araraquara

**Ao meu esposo Fernando e ao meu filho Felipe  
por me dividirem com os livros.**

## AGRADECIMENTOS

A Deus e a Nossa Senhora Aparecida por me darem forças quando as noites eram mais escuras.

Ao meu esposo Fernando pelo incentivo, desde o início, por estar sempre ao meu lado em todos os momentos, nas horas de alegria, choro, preocupação. TE AMO

Ao meu filho Felipe pela capacidade de entender o “trabalho muito importante da mamãe” e pelas horas em que não pude te dar a atenção que merecia. A mamãe te ama.

À minha família, aos meus pais Emílio e Lúcia, minha irmã Bianca pelo apoio e preocupação.

À UNESP pela oportunidade do conhecimento e aprofundamento em uma área que tanto me fascina.

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fátima Elisabeth Denari pelos ensinamentos valiosos, por abrir as portas da sua casa e me receber com tanto carinho. No dia da entrevista você me perguntou: de onde você me conhece? Respondi: eu não te conheço mas segui o que meu coração mandou. Tenho certeza que ele me mandou para a pessoa certa. Muito obrigada, você sempre estará em meu coração.

Ao Prof. Dr. Fábio Tadeu Reina pela disponibilidade e carinho em participar da qualificação e defesa, suas pontuações foram extremamente importantes para o aprimoramento da pesquisa.

Ao Prof. Dr. Everton Luiz de Oliveira pela disponibilidade em participar da defesa, pelo carinho com que aceitou mesmo em curto espaço de tempo.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Cristina Argenti Perez pelo carinho e tranquilidade na qualificação e pelos ensinamentos quando frequentei a sua disciplina.

Ao Prof. Dr. Paulo Rennes Marçal Ribeiro pelo empenho e desbravamento na criação de um Mestrado Profissional inédito no Brasil

A todos os professores da Pós-graduação em Educação Sexual nas suas mais diversas áreas que me abriram novos horizontes.

A todos os alunos e amigos que fiz sempre compartilhando as angústias, saberes, dúvidas e alegrias.

À bibliotecária Elaine M. Teixeira Batista pelas orientações em todos os momentos solicitados.

A todos os funcionários da Pós-graduação pela competência, ajuda e orientações.

À Prefeitura Municipal de Araraquara/Secretaria Municipal de Saúde pela dispensa e liberação para que esta pesquisa fosse realizada.

Aos queridos Agentes Comunitários de Saúde que participaram, pela confiança depositada, pelo carinho e principalmente pela amizade com que sempre me receberam. Sem vocês este sonho não seria possível.

A todos os funcionários da Unidade de Saúde da Família Parque Residencial São Paulo, principalmente a Equipe I por suprir a minha ausência e entender as minhas dificuldades. Vocês foram o suporte para o meu êxito.

Por fim, muito obrigada a todos que de alguma maneira participaram e contribuíram para esta realização. Agradeço imensamente!!!!

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

(Florence Nightingale)

## RESUMO

A população LGBT tem dificuldade em buscar atendimentos de saúde, principalmente, pela falta de Políticas Públicas específicas e pelo despreparo dos profissionais que os atendem. A Atenção Básica deveria ser a porta de entrada tanto para atendimentos mais prevalentes quanto para demandas especializadas. Dentro dela insere-se a Estratégia de Saúde da Família que tem por fundamento aproximar a população dos serviços de saúde disponíveis. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o profissional responsável por facilitar este encontro. No seu território de atuação ele conhece a fundo seus pacientes não apenas nas questões relativas a saúde, mas também nas questões sociais, econômicas, religiosas, entre outras. O vínculo estabelecido entre profissional/paciente é o precursor para a adesão aos atendimentos. Assim sendo este profissional seria o facilitador para que a população LGBT encontre espaço na busca pelos serviços de saúde. Esta pesquisa teve como objetivos investigar como os ACS realizam atendimentos ao grupo LGBT; elaborar uma proposta de intervenção por meio de Grupos Focais (GF) com o conteúdo pertinente sobre esta população estigmatizada e avaliar de que forma a pesquisa influenciou a prática profissional destes ACS. Os sujeitos da pesquisa foram 12 Agentes Comunitários de Saúde que trabalham em uma Unidade de Saúde da Família na região periférica de uma cidade no interior de São Paulo. O método utilizado foi uma entrevista individual semiestruturada, sendo que as entrevistas forneceram subsídios para a elaboração de Grupos Focais com a finalidade de sensibilizar os ACS no atendimento à população LGBT. Constatou-se que os profissionais não se sentiam seguros no atendimento à população LGBT, porém demonstraram interesse quando a temática lhes foi apresentada. Por meio do último GF, realizado nove meses depois dos outros, os ACS puderam relatar situações reais de atendimento humanizado a população LGBT, e de como o conhecimento adquirido foi essencial para fazê-los mais seguros quando se depararam com essa população na busca por atendimentos.

**Palavras-chave:** Educação Sexual. População LGBT. Preconceito. Grupo focal. Agente Comunitário de Saúde.

## ABSTRACT

The LGBT population has difficulty in seeking health care, mainly due to the lack of specific Public Policies and the lack of preparation of the professionals that attend them. Primary Care should be the gateway to both more prevalent care and specialized demands. Within it is inserted the Family Health Strategy, whose purpose is to bring the population closer to the available health services. The Community Health Agent is the professional responsible for facilitating this meeting. In his territory, he knows his patients thoroughly, not only in matters related to health, but also in social, economic and religious matters, among others. The established link between professional patient is the precursor for adherence to care. Thus, this professional would be the facilitator for the LGBT population to find space in the search for health services. The objective of this research was to investigate how Community Health Agents perform care for the LGBT group. To elaborate a proposal of intervention through Focal Groups with the pertinent content on this stigmatized population and to evaluate how the research influenced the professional practice of these Community Health Agents. The subjects of the research were 12 Community Health Agents working in a Family Health Unit in the peripheral region of a city in the interior of São Paulo. The method used was a semi-structured individual interview, and the interviews provided support for the elaboration of Focus Groups with the purpose of sensitizing the Community Health Agents in the care of the LGBT population. It was verified that the professionals did not feel safe in serving the LGBT population, but they showed interest when the theme was presented to them. Through the last Focus Groups, conducted nine months after the others, Community Health Agents were able to report real situations of humanized care to the LGBT population, and how the knowledge acquired was essential to make them safer when they encountered this population in the search for care.

**Keywords:** Sexual Education. LGBT population. Prejudice. Focus group. Community Health Agent.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Praia.....	117
<b>Figura 2</b> – Família .....	117
<b>Figura 3</b> – Pessoa degustando um lanche .....	118
<b>Figura 4</b> – Grupo de pessoas praticando atividade física .....	118
<b>Figura 5</b> – Crianças brincando .....	119
<b>Figura 6</b> – Mulher se maquiando .....	119
<b>Figura 7</b> – Pôr do sol .....	120
<b>Figura 8</b> – Animais de estimação .....	120
<b>Figura 9</b> – Thammy Miranda .....	123
<b>Figura 10</b> – Thammy Miranda .....	123
<b>Figura 11</b> – Ariadna Arantes .....	124
<b>Figura 12</b> – Marcelo Tas e Luc .....	124
<b>Figura 13</b> – Casal transexual .....	124
<b>Figura 14</b> – Homem transexual “grávido” .....	124
<b>Figura 15</b> – Nany People .....	125
<b>Figura 16</b> – Rogéria .....	125
<b>Figura 17</b> – Laerte Coutinho .....	126
<b>Figura 18</b> – Laerte Coutinho .....	126
<b>Figura 19</b> – Dicésar .....	127
<b>Figura 20</b> – Lady Gaga .....	128
<b>Figura 21</b> – Natalie Portman .....	128

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Estudos sobre atendimentos à saúde para a população LGBT .....	21
<b>Quadro 2</b> – Roteiro de questões .....	62
<b>Quadro 3</b> – Bloco 2: Entendimento sobre Identidade de Gênero .....	65
<b>Quadro 4</b> – Bloco 3: Dificuldades no atendimento ou no trato a população quando o assunto é: sexualidade .....	74
<b>Quadro 5</b> – Bloco 4: Informações dos participantes sobre sexualidade .....	77
<b>Quadro 6</b> – Mitos a respeito da homossexualidade e Transexualidade .....	93
<b>Quadro 7</b> – Avaliação dos participantes sobre o conteúdo apresentado .....	96
<b>Quadro 8</b> – Avaliação de seguimento .....	98

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Características dos participantes .....	59
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ABGLT** Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

**ABS** Atenção Básica de Saúde

**ACS** Agente Comunitário de Saúde

**CID** Código Internacional de Doenças

**CNES** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

**CRAS** Centro de Referência de Assistência Social

**CRJA** Centro de Referência do Jovem e Adolescente

**CTA** Centro de Testagem e Aconselhamento

**DM** Diabetes Mellitus

**DST/HIV/Aids** Doença Sexualmente Transmissível/ Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome

**ESF** Estratégia de Saúde da Família

**EV** Endovenoso

**GF** Grupo Focal

**GLBT** Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais

**HAS** Hipertensão Arterial Sistêmica

**HIV** Human Immunodeficiency Virus

**HPV** Human Papiloma Virus

**IM** Intramuscular

**LGBT** Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

**OMS** Organização Mundial de Saúde

**PACS** Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PCN** Parâmetros Curriculares Nacionais

**PMAQ** Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade

**PNAB** Política Nacional de Atenção Básica

**PSE** Programa Saúde na Escola

**PSF** Programa de Saúde da Família

**SC** Subcutânea

**SUS** Sistema Único de Saúde

**TCLE** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**USF** Unidade de Saúde da Família

**VD** Visita Domiciliar

**VO** Via Oral

## SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>2. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>3. SEXUALIDADE E A SAÚDE .....</b>	<b>26</b>
<b>4. O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SUA ATUAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA .....</b>	<b>34</b>
<b>5. OS ESTIGMATIZADOS E O ACESSO À SAÚDE .....</b>	<b>44</b>
<b>6. OBJETIVOS .....</b>	<b>54</b>
<b>6.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>54</b>
<b>6.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>54</b>
<b>7. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA .....</b>	<b>55</b>
<b>7.1 Local .....</b>	<b>57</b>
<b>7.2 Participantes .....</b>	<b>58</b>
<b>7.3 Procedimentos Éticos .....</b>	<b>61</b>
<b>7.4 Procedimento para coleta de dados .....</b>	<b>61</b>
<b>7.5 Procedimento para análise dos dados .....</b>	<b>62</b>
<b>8. ANALISANDO E DISCUTINDO OS DADOS APRESENTADOS.....</b>	<b>64</b>
<b>8.1 Bloco 2: Entendimento sobre Orientação Sexual e Identidade de Gênero .....</b>	<b>64</b>
<b>8.1.1 Heterossexualidade (Pessoa Heterossexual) .....</b>	<b>68</b>
<b>8.1.2 Homossexualidade (Pessoa Homossexual) .....</b>	<b>69</b>
<b>8.1.3 Bissexualidade (Pessoa Bissexual) .....</b>	<b>70</b>
<b>8.1.4 Transexualidade (Pessoa Transexual) .....</b>	<b>70</b>
<b>8.1.5 Nome Social .....</b>	<b>71</b>
<b>8.2 Bloco 3: Dificuldades no atendimento ou no trato a população quando o assunto é: sexualidade .....</b>	<b>74</b>
<b>8.3 Bloco 4: Informações dos participantes sobre sexualidade .....</b>	<b>77</b>
<b>9. GRUPO FOCAL .....</b>	<b>83</b>
<b>9.1 Recursos .....</b>	<b>83</b>
<b>9.2 Número de participantes, quantidade de grupos e duração .....</b>	<b>84</b>
<b>9.3 1º Encontro do Grupo Focal .....</b>	<b>86</b>
<b>9.4 2º Encontro do Grupo Focal .....</b>	<b>89</b>
<b>9.5 3º Encontro do Grupo Focal .....</b>	<b>92</b>

<b>9.6 4º Encontro do Grupo Focal .....</b>	<b>95</b>
<b>9.7 5º Encontro do Grupo Focal .....</b>	<b>98</b>
<b>10. COMENTÁRIOS FINAIS .....</b>	<b>102</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>104</b>
<b>APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA .....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>114</b>
<b>APÊNDICE C – DIAS DE REALIZAÇÃO DOS GF E RELAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....</b>	<b>116</b>
<b>APÊNDICE D – SLIDES APRESENTADOS NOS GRUPOS FOCALIS .....</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICE E – AVALIAÇÃO DOS ACS SOBRE O CONTEÚDO PROPOSTO .....</b>	<b>134</b>
<b>ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS .....</b>	<b>135</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

Questões que permeiam a sexualidade sempre apareceram na minha formação como se intuissem o meu interesse pelo assunto. Ainda criança, quando cursava o Ensino Fundamental em uma Escola Rural no interior de São Paulo, fui apresentada ao conteúdo por uma Professora de Ciências que, dentre todas as suas limitações, inseriu conteúdos pertinentes à Educação Sexual durante suas aulas. Interessei-me tanto pelos assuntos que várias de suas falas ainda estão presentes em minha memória.

Cursei o Ensino Médio e Técnico em uma época que o conteúdo de um curso Técnico Profissionalizante era inserido juntamente com as matérias obrigatórias (português, matemática, entre outras), sendo assim concluí o Ensino Médio e também o Técnico em Enfermagem, simultaneamente. Durante esse tempo, novamente, os assuntos relativos a sexualidade sempre me escolhia como em feiras, apresentações, seminários, talvez pelo fato de eu não sentir qualquer tipo de constrangimento em falar sobre o assunto.

Ingressei na Graduação em Enfermagem, no ano de 2001. Mantive meus interesses, principalmente na Feira de Cursos que acontece anualmente na Universidade, e a mesa com os materiais sobre sexualidade eram meu interesse. Como confirmação disso meu Trabalho de Conclusão de Curso foi realizado com a temática “Gravidez na Adolescência”.

Já no mercado de trabalho atuei por 4 anos na área hospitalar. Fui aprovada em concurso público para compor o quadro de servidores da Secretaria de Saúde da Prefeitura do Município de Araraquara, tendo como primeiro local de trabalho o Centro de Referência do Jovem e Adolescente (CRJA) e no decorrer desta atuação fui convidada a participar da Capacitação para Testagem Rápida de HIV. A partir desta qualificação passei a compor a Equipe do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e atuei em vários eventos e locais de maior vulnerabilidade para a transmissão das DST/HIV/Aids. Esse período foi de muito aprendizado e satisfação

atendendo a população com vulnerabilidade e promovendo a saúde em locais pouco convencionais, por exemplo: vias públicas onde se reuniam travestis, casas de prostituição, ensaios de escolas de samba, entre outros.

Durante esse tempo no CTA surgiu a oportunidade de trabalhar na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Aprovada em processo seletivo interno passei a integrar uma Equipe de ESF. A Equipe cresceu junta já que a maioria dos funcionários chegaram quase que concomitantemente. Trabalhar próximo à população é incentivador, a ESF prevê que atendamos uma população específica de um determinado território, sendo assim, conseguimos criar um vínculo com essa população e principalmente uma relação de confiança. Dentre os profissionais que atuam nessa Equipe estão os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que fazem um trabalho fantástico, conhecem detalhes de sua microárea e as pessoas que ali residem, conseguem identificar os problemas nas diversas esferas e propor soluções.

Trabalhando no dia a dia com esses profissionais percebi a necessidade do enfoque nas questões relativas à sexualidade, pautada na relação de vínculo-confiança muito forte com seus pacientes e estes costumam confidenciar algumas situações com os ACS. A população estigmatizada (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) com a qual me propus a focar não chega a ter acesso a saúde pelo medo do preconceito e despreparo dos profissionais no acolhimento. Assim sendo, se os ACS são aqueles que estão mais próximos da população estes seriam o elo perfeito para o acesso e continuidade nos atendimentos de saúde de uma população que tem dificuldade em conseguir uma recepção mais humanizada nos mais diversos locais. A temática da minha pesquisa surgiu da necessidade de capacitar, orientar os profissionais de saúde que são mais acessíveis, no caso os ACS, com a finalidade de que a população estigmatizada sinta confiança em ser atendida em uma Unidade de Saúde da Família (USF) nas suas mais variadas demandas e não apenas com o enfoque na sexualidade, como acontece na maioria dos casos.

## 2 INTRODUÇÃO

Todos buscamos por saúde, a vida da maioria das pessoas está direcionada para a criação de mecanismos que proporcionem saúde como: alimentação, atividade física, medicamentos e outros mais que variam em terapias preventivas, curativas, alternativas, populares, entre outras. Mas o que é a tão almejada saúde? Dentre as definições mais lembradas está a da Organização Mundial de Saúde (OMS) (1946) “ o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença” (p. 01). A lei 8.080/1990 que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (p.01), foi aquela que regulamentou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em seu Artigo 3º diz que:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Brasil, 1990, p.01).

A saúde está diretamente ligada às condições físicas de cada pessoa (doenças crônicas, prática de atividade física, alimentação, entre outras) suas condições sociais (habitação, renda, trabalho, educação, entre outras), e as condições mentais (autoestima, motivação, otimismo, entre outras). Tendo em vista essa definição, o atendimento de saúde deve levar em conta as características individuais de cada paciente, ou seja, é preciso um plano de atendimento personalizado para atender as diferentes demandas que chegam aos serviços de saúde, sejam eles público ou privado.

Em relação ao serviço público, a criação do SUS em 1990 garantiu todo e qualquer acesso da população aos atendimentos de saúde. A Atenção Básica instituída por meio dessa criação funciona como alicerce fundamental do Sistema, sendo a porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde.

Conforme a definição do Ministério da Saúde podemos entender a Atenção Básica como:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (Ministério da Saúde, 2012, p. 21)

A criação do SUS garantiu acesso integral da população aos serviços de saúde, porém podemos questionar: tal acesso é garantido a todos? Existe algum grupo que não está contemplado nesses atendimentos? A resposta é sim e a partir de uma breve revisão na literatura encontramos vários trabalhos que apontam a dificuldade do grupo composto por lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) de se sentir acolhido e ter suas demandas assistidas nas mais variadas instâncias do serviço público de saúde. A seguir o Quadro 1 apresenta esses estudos:

**Quadro 1:** Estudos sobre atendimentos à saúde para a população LGBT

<b>Autor e Ano</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivos</b>
1.Araújo, Saraiva, Galvão e Albuquerque, 2006	Relação Usuária-Profissional de Saúde: Experiência de uma Mulher Homossexual em uma Unidade de Saúde de Referência de Fortaleza	Descrever a experiência vivenciada por uma mulher homossexual atendida em uma unidade de saúde.

2. Arán, Murta e Lionço, 2007	Transexualidade e saúde pública no Brasil	Discutir a transexualidade no contexto das políticas de saúde pública no Brasil.
3. Lionço, 2008	Que Direitos à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade	Problematizar a pertinência de uma política de saúde para a população de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT
4. Barbosa e Facchini, 2009	Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil	Investigar a relação entre adoção de cuidados à saúde entre mulheres que fazem sexo com mulheres e as representações relativas a gênero, sexualidade e ao corpo.
5. Ferraz e Kraiczky, 2010	Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS	Consiste numa reflexão acerca da incorporação da dimensão de gênero nas políticas de saúde pública.
6. Luiz, 2011	Saúde para pessoas LGBT	Fazer uma análise crítica quanto as demandas da população LGBT nos serviços de saúde.
7. Mello, Perilo, Braz e Pedrosa, 2011	Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade.	Análise das políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT no Brasil, a partir de entrevistas com gestoras governamentais e com integrantes da sociedade civil organizada, além da análise crítica de planos, programas e outros documentos de referência
8. Cardoso e Ferro, 2012	Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão	Contribuir para a reflexão sobre alguns dos fatores que podem interferir de maneira substancial no processo de saúde da população LGBT.
9. Mello, Avelar e Maroja, 2012	Por onde andam as Políticas Públicas para a População LGBT no Brasil	Refletir sobre a efetividade dos planos, programas e conferências produzidos e realizados pelo governo federal no processo de construção de políticas públicas para a população LGBT no Brasil.
10. Albuquerque, Garcia, Alves, Queiroz e Adami, 2013	Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil	Evidenciar, através das produções científicas presentes no Brasil, a existência e a atuação das políticas públicas especificamente direcionadas às necessidades de saúde da população homossexual brasileira.

Fonte: Elaboração Própria

Em sua maioria, os autores apontam duas razões principais como responsáveis por essa lacuna no atendimento público ao grupo LGBT: a falta de Políticas Públicas específicas e o

despreparo dos profissionais de saúde no acolhimento/atendimento à população. Mello, Perillo, Braz e Pedrosa (2011) relatam que

No campo próprio à saúde da população LGBT, é necessário que os princípios de universalidade, integralidade e equidade constitutivos do SUS sejam materializados em políticas públicas que promovam o enfrentamento das consequências excludentes da homofobia e da heteronormatividade, que levam profissionais de saúde a atenderem todos os usuários dos serviços públicos e privados como se fossem heterossexuais, conformados às normas de gênero, o que gera situações graves de discriminação e preconceito contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. (p. 8)

Em qualquer atendimento de saúde o acolhimento é a primeira recepção que o paciente recebe do profissional, a escuta qualificada torna este momento não apenas uma conversa informal, mas um espaço de orientação e resolução de demandas apresentadas, sejam elas simples ou complexas. Segundo Luiz (2011)

Em todos os espaços de atendimento na área da saúde, o momento do acolhimento é fundamental. É a hora da primeira impressão e o serviço de saúde precisa ser delicado neste inicial abraço ao seu usuário. E neste momento, o profissional precisa estar isento de juízos de valor e despido de preconceitos. (p. 25)

A busca da população por esse acolhimento se dá, principalmente, pela Atenção Básica de Saúde (ABS). Esta atenção básica deveria ser o serviço de saúde mais próximo da casa das pessoas e a via de acesso obrigatória para os outros atendimentos da Rede. Ela é o alicerce do

SUS e responsável pela maioria dos atendimentos realizados no território nacional. Em 1994 houve uma reorganização no funcionamento da Atenção Básica e foi criada a Estratégia de Saúde da Família com diretrizes mais estruturadas, equipe específica e número determinado de pessoas assistidas. A Estratégia de Saúde da Família tem como objetivos: melhorar a resolutividade dos casos (cerca de 85% dos atendimentos são resolvidos na Unidade e não necessitam de encaminhamento a especialidade), minimizar a ação da Medicina Curativa focada na cura de agravos já instalados e maximizar a Medicina Preventiva e Promotora de Saúde atingindo importante relação custo-efetividade (a Equipe mínima formada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde com jornada de trabalho estendida são capazes de suprir a demanda do território). (Ministério da Saúde, 2012, p. 54). De acordo com o Viana e Poz (2005)

O Programa de Saúde da Família foi concebido a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, sobre o tema Saúde da Família, convocada pelo Gabinete do Ministro da Saúde (Dr. Henrique Santillo). Essa reunião foi a resposta do ministério a uma demanda de secretários municipais de saúde que queriam apoio financeiro para efetuar mudanças na forma de operação da rede básica de saúde. (p. 232)

Dentro da Equipe cada profissional tem uma função bem definida e cabe ao ACS visitar os domicílios dos pacientes com regularidade, de acordo com a vulnerabilidade de cada um deles, sendo a média de uma visita/família/mês. (Ministério da Saúde, 2012, p. 49). A visita domiciliar (VD) de acompanhamento visa identificar agravos de saúde, bem como antecipar sua progressão, orientar as famílias sobre os acompanhamentos de saúde, saneamento básico, cuidados específicos com hipertensos, diabéticos, crianças, gestantes, entre outros. Nesta visita, além das orientações pertinentes à saúde, os ACS visualizam e orientam demandas sociais,

econômicas, moradia, entre outras e fazem a interligação em rede com outros serviços assistenciais, por exemplo o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do bairro.

Em suma, o ACS visita os domicílios em média uma vez ao mês. Em algumas situações a visita pode se tornar mais frequente e o ACS fica mais presente nos domicílios, visto o estabelecimento de um vínculo afetivo e de confiança entre estes e os moradores. Por sua vez, os moradores buscam por aconselhamento, atenção e carinho por parte do ACS. A base para essa relação de confiança é o vínculo criado entre profissional e paciente, que favorece a interação entre as partes envolvidas, conforme descrita por Schimith e Lima (2004) “o vínculo entre profissional/paciente estimula a autonomia e a cidadania, promovendo sua participação durante a prestação de serviço” (p. 1487). No entanto, no que se refere a população LGBT tal vínculo, na maioria das vezes não se estabelece, principalmente quando se tem por perspectiva o insuficiente conhecimento técnico dos ACS a respeito das problemáticas que afeta esse segmento. Podem-se pressupor que alguns fatores influenciam a pouca procura, como por exemplo, o medo e a desconfiança por parte da população LGBT além do preconceito do qual se tornam alvo. Diante dos fatos surgem os questionamentos: Quais os conhecimentos que os ACS têm sobre sexualidade e educação sexual? É possível propiciar mecanismos de sensibilização com estes profissionais para um acolhimento/atendimento humanizado com os grupos estigmatizados (LGBT)? Por quais motivos essa população não tem acesso aos serviços de saúde?

Buscando respostas a estas questões esta pesquisa teve como objetivo geral investigar junto aos ACS os seus entendimentos e conhecimento sobre sexualidade e educação sexual e como os mesmos (ACS) realizam atendimentos a população LGBT. E ainda, elaborar uma proposta de intervenção por meio de Grupos Focais com o conteúdo pertinente sobre esta população estigmatizada.

### 3 SEXUALIDADE E A SAÚDE

A sexualidade é a expressão dos corpos, dos costumes, é a maneira pela qual nos comportamos, nos vestimos e nos mostramos ao mundo. Envolve questões biológicas, comportamentais de todas as pessoas, e principalmente é caracterizada pelo meio em que esta pessoa está inserida, sua religião, sua localização no mundo. Para Denari (2002) “A sexualidade pressupõe, pois, formas de sentir, pensar e agir, típicas condutas humanas: como homens e mulheres veem o mundo e a como este vê homens e mulheres, interagindo, entendendo a realidade, imprimindo a esta uma marca, um significado”. (p. 02)

Para Luiz (2011) “a sexualidade é, em grande parte, construída socialmente e, portanto, inculcada nas pessoas principalmente a partir da junção de quatro itens: identidade biológica, identidade de gênero, orientação sexual e práticas sexuais”. (p. 27)

A seguir, uma breve definição de sexualidade de acordo com Luiz (2011)

- **Identidade biológica:** é definida pelo sexo biológico do nascimento e classificada de forma binária homem/mulher, masculino/feminino, macho/fêmea. Nesta discussão inclui-se o intersexo (genitália ambígua).
- **Identidade de gênero:** ela é autodeterminada, é aquilo que acreditamos ser.
- **Orientação sexual:** desejo afetivo-sexual de um sujeito em face do outro, sendo dividida em três: heterossexuais, homossexuais e bissexuais.
- **Práticas sexuais:** é o comportamento sexual que cada indivíduo pratica, que nem sempre combina com a identidade de gênero.

De acordo com os Princípios de Yogyakarta<sup>1</sup> (2006) a orientação sexual é definida “como uma referência à capacidade de cada pessoa a ter uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou ambos” (p.7). A identidade de gênero, de acordo com estes mesmos princípios é definida como:

Profundamente sentida experiência interna e individual do gênero de cada pessoa, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo o senso pessoal do corpo – que pode envolver, por livre escolha, modificação da aparência ou função corporal por meios médicos, cirúrgicos ou outros – e outras expressões de gênero, inclusive vestimenta, modo de falar e maneirismos. (Princípios de Yogyakarta, 2006, p. 7)

Diante disto, insere-se o termo Diversidade Sexual, traduzido pelos mais variados comportamentos sexuais, orientações e identidade de gênero que compõem a natureza humana. A palavra diversidade, de acordo com o dicionário Houaiss (2009) é definida como “qualidade daquilo que é diverso, diferente, variado, variedade, conjunto variado, multiplicidade” (p. 701). Para Denari (2010) “a diversidade nos referencia a cada um, como um ser original e por isto mesmo, em sociedade, formamos grupos diferentes, apresentamos motivações diferentes, termos opiniões e entendimentos diferentes” (p.1). Diversidade quer dizer vários, múltiplos, por isso o termo diversidade sexual diz respeito a como as pessoas manifestam a sua sexualidade, saindo do sistema binário masculino/feminino, homem/mulher e abrindo espaço para a

---

<sup>1</sup> Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Tratam de um amplo espectro de normas de direitos humanos e de sua aplicação a questões de orientação sexual e identidade de gênero. Afirmam a obrigação primária dos Estados de implementarem os direitos humanos. Foi desenvolvido por 29 especialistas de 25 países em uma reunião que aconteceu na Universidade Gadjah Mada, em Yogyakarta, Indonésia, entre os dias 6 e 9 de novembro de 2006. (Princípios de Yogyakarta, 2006)

representação das outras manifestações desta sexualidade: homossexual, bissexual, transexual. No Brasil a diversidade sexual começou a se manifestar por meio de organizações que buscam a igualdade na legislação de uma maneira em geral, o combate à discriminação e violência, entre outras reivindicações. A partir desta posição o grupo se auto denomina LGBT<sup>2</sup> que é a sigla utilizada para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, conforme a citação:

Em 1995, ocorre a fundação da primeira e maior rede de organizações LGBT brasileiras, a ABGLT (Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis), que reúne cerca de 200 organizações espalhadas por todo o Brasil, sendo considerada a maior rede LGBT na América Latina. Além de um investimento sistemático de esforços no combate à Aids e variadas articulações com órgãos públicos, a ABGLT promove uma série de ações no âmbito legislativo e judicial, orientadas para acabar com diferentes formas de discriminação e violência contra a população LGBT. (Facchini, 2011, p.16)

A sigla LGBT diz respeito a cada grupo específico de acordo com a sua orientação sexual e identidade de gênero e de acordo com o Ministério da Saúde (2010) entende-se por:

- **L (lésbica):** é o termo utilizado para designar mulheres que tem desejos e/ou práticas sexuais e relacionamentos exclusivamente com outras mulheres.

---

<sup>2</sup> A sigla que identifica do grupo passou por várias alterações no decorrer da história, porém a utilizada atualmente – LGBT, foi definida na Conferência Nacional GLBT em 2008, que aconteceu em Brasília – DF. (Facchini, 2011)

- **G (gay):** palavra originária da língua inglesa utilizada para definir os homens que tem desejos e/ou práticas sexuais e relacionamentos exclusivamente com pessoas do seu mesmo sexo.

- **B (bissexual):** refere as pessoas cujo desejo sexual tem como objeto pessoas de ambos os sexos.

- **T (travestis):** são pessoas que sustentam em sua identidade de gênero a referência tanto à masculinidade quanto à feminilidade. A característica marcante da travesti é que reivindica a androginia, e não apenas o reconhecimento social no gênero feminino, distinto daquele atribuído no nascimento. A travesti se apresenta como mulher, sustentando uma identidade de gênero feminina, mas podem vir a assumir práticas sexuais masculinas, por exemplo. A travesti é um homem no sentido anatomofisiológico, mas relaciona com o mundo como mulher: seu corpo é moldado com formas femininas (por meio do uso de hormônios, feminilizantes e/ou aplicações de silicone). Elas rompem com as “normas” ao não quererem estar dentro de um gênero masculino nem feminino, para elas isso não é importante. O importante é assumir a sua travestilidade dentro do seu contexto social e profissional, a travesti não é masculino nem feminino: é travesti.

- **T (transexuais):** são pessoas cuja identidade de gênero é oposta ao sexo biológico. A pessoa é psicologicamente de um sexo e anatomicamente de outro. No caso das mulheres transexuais, elas se consideram como sendo do sexo feminino embora tenham nascido com órgãos genitais masculinos, no caso de homens transexuais, eles se consideram do sexo masculino, ainda que apresentem anatomicamente órgãos genitais femininos. A transexualidade também pode, eventualmente, contribuir para que o indivíduo busque alterar cirurgicamente seus genitais para que possam ter

correspondência estética e funcional à vivência psicoemocional da sua identidade de gênero. (Ministério da Saúde, 2010, p. 80)

Apesar de cada grupo possuir características próprias, ainda assim são confundidos entre si. Diante disto Luiz (2011) faz o seguinte questionamento: o que torna lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais uma população? O que nos une? E ela mesma responde: “o que nos une é o sofrimento mental causado pelo preconceito, pela discriminação, pela violência psicológica que sofrem e, depois, pelo sofrimento causado pela violência física”. (p. 27)

Para o entendimento do assunto é necessário se falar dessa sexualidade, que sempre fez parte da natureza humana, porém falar dela nunca foi fácil. A recriminação sobre o tema é intrínseca à sociedade, bem como nas escolas e nas famílias. Portanto, a negação da sexualidade faz com que o assunto seja abordado de maneira velada, quase que inexistente e passa a ser algo proibido, conforme evidenciado por Foucault (1988) “se o sexo é reprimido, isto é, fadado à proibição, a inexistência e ao mutismo, o simples fato de falar dele e de sua repressão possui como que um ar de transgressão deliberada” (p.12)

Para Figueiró (2009) “todos somos frutos de uma sociedade repressora em relação a sexualidade, no qual ainda perduram associações do sexo com ideias de pecado, de feio e de proibido, ou, por outro lado, com ideias de promiscuidade e de imoralidade” (p. 141). Essa repressão interfere em como as pessoas falam de sexualidade. A dificuldade em falar sobre o tema poderia ser resolvida se no processo de educação as crianças passassem pelo aprendizado e reflexões sobre a sua sexualidade e a do próximo, por isso a introdução da Educação Sexual de maneira transversal nas escolas é urgente para a mudança deste contexto, para Warschauer (2001) “ a aprendizagem é um processo criativo de auto-organização através do qual a pessoa

amplia seus recursos, podendo enfrentar melhor os desafios e obstáculos com que depara”. (p. 133)

Esta Educação Sexual precisa ser abordada também nas famílias, além do espaço escolar, pois são estes os espaços que desempenham papel fundamental nas concepções de cidadania e moralidade do aluno. É nestes ambientes que estudantes formam seus valores morais que carregarão para a vida adulta, assim sendo tanto a família quanto a escola precisam falar abertamente sobre sexualidade. Para Perez (2012) é possível identificar a importância dessas instituições na formação do aluno/cidadão “Como produtos sociais, família e escola tendem a desempenhar práticas de regulação social, uma vez que normatizam os fenômenos da sociedade, no sentido de oferecerem interpretações da realidade, incorporados por meio de atitudes, valores, crenças, costumes, interesses e sentimentos”. (p. 12).

De acordo com os Parâmetro Curriculares Nacionais (PCN) a Educação Sexual deve ser introduzida durante o ensino escolar de maneira transversal, isto significa que em todas as disciplinas deve haver espaço para abordar os temas

A educação sexual na escola deve ser um processo intencional, planejado e organizado que vise proporcionar ao aluno uma formação que envolva conhecimento, reflexão e questionamento, mudanças de atitudes, concepções e valores, produção e desenvolvimento de uma cidadania ativa, e instrumentalização para o combate à homofobia e a discriminação de gênero. (Maia e Ribeiro, 2011, p. 77)

Quando se fala em Educação Sexual se pensa apenas nas áreas que lidam com a saúde ou como alvo de distúrbios, tal como fora considerada em muitas ciências (Medicina, Psicologia, Exatas). Para Ribeiro (2009)

Hoje, várias ciências ou disciplinas ocupam-se da sexualidade, ou, em outras palavras, o estudo da sexualidade humana necessita de conhecimento de várias disciplinas ou ciências, as quais lhe dão um caráter essencialmente interdisciplinar, a partir destes diferentes olhares que se completam: Antropologia, Psicologia/Psicanálise, Sociologia, Medicina, Biologia/Química, História, Filosofia (Ética sexual, moral sexual), Teologia e Educação/Pedagogia. (p. 130)

A repressão da sexualidade não afeta apenas o comportamento social das pessoas, mas também a sua trajetória profissional. É fato que profissões ligadas as áreas da saúde tendem a vivenciar situações cotidianas da sexualidade humana, e nem sempre sabem como agir.

Destaca-se que raramente os educadores incluem a sexualidade humana como tema de debate, mesmo quando se trata de cursos da área da saúde, como é o caso da enfermagem. A discussão sobre essa temática, quando mantida velada, por meio do silêncio e de pequenas interdições, pode fazer com que o vivido, relacionado à sexualidade na formação, seja algo permeado pelo constrangimento, dúvidas e dificuldades. (Sehnem, Ressel, Pedro, Budó e Silva, 2013, p.01)

O fato do profissional também não ter tido Educação Sexual no currículo escolar, cria e acentua a sua dificuldade em falar com seus atendidos sobre os assuntos. Porém em algumas situações, os questionamentos e orientações sobre sexualidade interferem diretamente na conduta do paciente, por exemplo: uma pessoa com orientação sexual homossexual não

necessita de fornecimentos de medicamentos/intervenções para planejamento familiar. Para Dessunti, Soubhia e Alves (2009)

A qualidade da atenção à saúde está diretamente relacionada à formação recebida pelos profissionais que compõem a equipe de saúde. Esta deve estar preparada para assegurar uma assistência que considere a ética como princípio fundamental à convivência humana, especialmente no ambiente de trabalho. A questão da diversidade sexual deve fazer parte da formação de recursos humanos, na tentativa de vencer preconceitos “amargados” em nossa sociedade. Observa-se, entretanto, que muitos profissionais das áreas da saúde e da educação precisam vencer seus próprios preconceitos para melhor atender a gays, lésbicas, bissexuais e transexuais, ou seja, a população LGBT. (p. 59)

## 4 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SUA ATUAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu por meio da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. O SUS prevê acesso de toda a população nacional aos serviços de saúde, nas mais variadas instâncias. Em sua redação a lei orienta a União, os Estados e os Municípios como todo este processo deve acontecer e norteia diretrizes e princípios a serem seguidos. Dentre os principais pode-se destacar:

- **Universalidade:** a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. A União, os Estados e os Municípios devem garantir o acesso à saúde.
- **Integralidade:** a atenção a saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de cada pessoa ou grupo de pessoas e mesmo grupos minoritários devem ter os atendimentos necessários nas suas especificidades.
- **Equidade:** todos são iguais perante o SUS. Esse princípio determina que reduzir as disparidades sociais e regionais também faz parte de ações de saúde.
- **Participação da Comunidade:** através dos Conselhos Gestores e Conferências de Saúde (Municipais, Estaduais e Federais).
- **Descentralização:** a responsabilidade sobre a saúde deve ser distribuída entre os Municípios, Estados e a União. Tendo como objetivos a prestação de serviço de qualidade e favorecimento do acesso aos atendimentos. (Ministério da Saúde, 1990)

Estes princípios deixam claro que toda a população tem direito amplo e irrestrito aos diversos serviços de saúde e estes devem atender e suprir todas as demandas que fizerem necessárias. Assim como todas as leis, a Lei 8.080 também não faz menção a privilegiar ou não uma ou outra categoria, como raça, cor, religião e/ou orientação sexual.

O SUS pressupõe que o atendimento prestado deve ser o mais descentralizado possível, precisa estar ao alcance dos atendidos, bem como estar próximo a casa das pessoas e garantir a facilidade deste acesso. Em 21 de outubro de 2011 é aprovada a Portaria nº 2.488 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A Atenção Básica orienta-se pelos princípios do SUS, porém segue princípios e diretrizes próprios, conforme descrito no Manual da PNAB de 2012:

- I – Ter território adscrito que permita o planejamento das ações que serão desenvolvidas de acordo com a situação da população pertencente.
- II – Viabilizar o acesso da população dentro do princípio de universalidade do SUS, da rede de atenção, proporcionando acolhimento, escuta qualificada, resposta positiva mesmo que este usuário necessite de encaminhamento para outros pontos de referência.
- III – Criação e fortalecimento do vínculo entre o usuário e o profissional de saúde que permita uma relação de confiança mútua e longevidade da relação clínica.
- IV – Os serviços devem absorver os usuários na sua integralidade e coordenar as demandas dentro do processo de trabalho: ações programadas, demanda espontânea, promoção à saúde, prevenção de agravos, entre outras.
- V – Incentivar a participação popular nas ações realizadas bem como nas ações de melhoria da autonomia e autocuidado. (Ministério da Saúde, 2012, p.22)

Dentro da Atenção Básica insere-se o Programa de Saúde da Família que se origina em 1991, quando o Ministério da Saúde forma o Programa de Agentes Comunitários de Saúde

(PACS), “com enfoque na família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) o indivíduo, e foi introduzida a noção da área de cobertura (por família)” (Viana e Poz, 2005, p. 230).

Para o Ministério da Saúde (2012)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação a atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (p. 01)

No município pesquisado, as primeiras Equipes de Estratégia de Saúde da Família foram criadas no ano de 1998. Atualmente são 41 Equipes distribuídas em 33 Unidades de Saúde da Família que promovem uma cobertura de mais de 50% da população da cidade. (Secretaria Municipal de Saúde, 2017)

Para a organização de uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família há diretrizes necessárias e específicas a serem seguidas, são elas:

- Delimitação do território que será atendido por aquela equipe;
- Equipe mínima composta pelos seguintes profissionais: Médico Generalista ou especialista em Saúde da Família ou Médico de Família e Comunidade, Enfermeiro

Generalista ou especialista em Saúde da Família, Auxiliar ou Técnico de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde;

- O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, sendo no máximo 750 pessoas por ACS e 12 profissionais por Equipe;
- Cada Equipe, em seu território, deverá ser responsável por no máximo 4000 pessoas, sendo recomendado uma média de 3000 pessoas, porém para a definição desta população deve-se levar em consideração o grau de vulnerabilidade dos indivíduos atendidos e da comunidade. (Ministério da Saúde, 2012, p. 55)

A delimitação do território e do número de pessoas atendidas tem como objetivo acompanhar com mais frequência os pacientes e favorecer o vínculo profissional/paciente. Com esta proximidade, a Equipe de Estratégia de Saúde da Família tem condições de se manter integrada e atenta às demandas da população, bem como identificar as lacunas que criam vulnerabilidade acrescida em grupos específicos, como por exemplo: altos números de gravidez na adolescência, altos índices epidemiológicos de doenças evitáveis como a dengue, número elevado de diarreias na primeira infância, entre outras. Todos esses exemplos podem ser discutidos em Equipe e um plano de ação elaborado no enfrentamento de tais problemas. Para Viana e Poz (2005)

O Programa também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, em instrumento real de reorganização da demanda. Além disso, outro diferenciador são as concepções de integração com a comunidade de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica. (p. 230)

O PSF busca a demanda por meio das Visitas Domiciliares, com o objetivo da intervenção precoce e acompanhamento de agravos de saúde já estabelecidos. Dentro da Equipe o papel de realizar estas visitas e identificar estas demandas é do Agente Comunitário de Saúde (ACS), ele é essencial na integração: população – serviço de saúde.

Este profissional tão importante no PSF foi institucionalizado pelo Ministério da Saúde em 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) “baseado em experiências de práticas em saúde que já vinham se desenvolvendo de forma isolada e focalizada em diversas regiões do país (nos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará, neste se construindo como uma política estadual)”. (Viana e Poz, 2005, p. 230). O estado do Ceará foi o precursor, que a partir das experiências positivas apresentadas, puderam criar um modelo assistencial que atingisse diretamente a população. “Em 1987 iniciou-se um programa emergencial no atendimento às vítimas da seca com 6.000 ACS, entre as mulheres pobres responsáveis pelo sustento da casa foram selecionadas aquelas que melhor se comunicavam e bem se relacionassem com seus vizinhos – famílias que seriam acompanhadas por elas. Em 1988 o plano emergencial foi desativado, porém essas mulheres foram integradas ao PACS pois tinham grande capacidade de se comunicarem com as famílias, com os profissionais de saúde e com outras lideranças”. (A. Lavor, M. Lavor, & I. Lavor, 2004, p. 122). Os mesmos autores descrevem as conquistas deste trabalho

Com sua criatividade em pouco tempo transformaram o Ceará, que apresentava a mais baixa cobertura de crianças imunizadas, em campeão nacional. Praticamente desapareceu o parto desassistido na zona rural. As mães voltaram a amamentar seus

filhos e os sinos diminuíram o toque que anunciava “a viagem de um anjinho para o céu”. (A. Lavor, M. Lavor & I. Lavor, 2004, p. 123)

No município pesquisado, o PACS iniciou-se em 2003, com duas Equipes, sendo uma delas na Unidade pesquisada. O PACS funciona como um antecessor a implantação das Equipes de Saúde da Família, sendo atrelado a uma Unidade Básica de Saúde tradicional, Aguiar (2008) descreve a diferença dos Programas:

A diferença do PACS em relação ao PSF é, principalmente, o fato dos ACS do PACS estarem ligados a uma tradicional unidade básica de saúde (UBS), enquanto que aqueles que trabalham no PSF, estão ligados a uma Unidade de Saúde da Família. No PSF, forma-se uma equipe de saúde da família, já no PACS, os ACS trabalham juntamente com os profissionais da UBS. Podem-se atribuir críticas ao PACS no que refere ao fato de permanecer atrelado ao modelo tradicional de saúde e por não apresentar uma equipe onde os profissionais tem os mesmos objetivos e a mesma compreensão do processo saúde-doença. (p. 47)

Cabe uma ressalva ao assunto abordado: em alguns momentos fala-se em Programa de Saúde da Família (PSF), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Equipe de Saúde da Família e Unidade de Saúde da Família (USF), o que são cada um deles? Para o Portal da Educação – Enfermagem (2008) “O PSF é definido como Estratégia Saúde da Família, ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização”. (p.1). Assim sendo, inicialmente em 1994, foi lançado

o Programa de Saúde da Família, contudo, com os indicadores positivos deste Programa o Ministério da Saúde reconheceu-o como Estratégia de Saúde da Família na Portaria Nº648 de 28 de março de 2006 onde afirma que “a expansão do PSF se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica no Brasil”.

Já a Equipe de Saúde da Família é formada por profissionais específicos (Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde) responsáveis por atender um território, sendo que em cada Unidade podem comportar várias Equipes.

A Unidade de Saúde da Família é o prédio físico onde está inserida a Equipe e acontecem os atendimentos a população. Este imóvel pode ter várias origens: pode ser um imóvel adaptado, uma antiga UBS ou construído para esta finalidade.

Dentro da Equipe de Saúde da Família cada profissional tem atribuições específicas, de acordo com a sua formação, conforme o PNAB os ACS têm funções bem definidas que são descritas a seguir:

- I – Trabalhar com a inclusão de famílias no território definido, sendo que o território de cada Agente Comunitário de Saúde recebe o nome de Microárea;
- II – Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- III – Orientar as famílias quanto á utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- IV – Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V – Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias, considerando a vulnerabilidade de cada indivíduo sendo a média de uma visita por mês;

VI – Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população;

VII – Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos e de vigilância em saúde, por exemplo: combate à dengue;

VII – Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas e visando à promoção de saúde, à prevenção das doenças, bem como o acompanhamento dos beneficiários dos Programas de transferência de renda do governo federal. (Ministério da Saúde, 2012, p. 48)

Atualmente são mais de 200 mil em todo o Brasil desenvolvendo ações de promoção e vigilância em saúde, contribuindo para a melhoria na qualidade de vida das pessoas. (Ministério da Saúde, 2009)

A Estratégia de Saúde da Família vem de encontro para fortalecer e aproximar a população dos serviços de saúde. É visto que o ACS é o profissional que se encontra mais próximo da população, pois por meio das visitas domiciliares, acaba inserindo-se no ambiente de convívio do paciente. Devido esta proximidade o vínculo profissional - paciente fica mais fortalecido visando assim que orientações de saúde sejam melhores compreendidas e seguidas.

Entre as ações desenvolvidas pelo ACS estão orientações quanto aos cuidados com gestantes, crianças, idosos, portadores de doenças crônicas, DST/HIV/Aids, Saúde Mental, entre outras. Dentro destas orientações a sexualidade sempre aparece como um assunto que gera muitas dúvidas na população, tema este que as pessoas não sabem ao certo a quem devem perguntar.

Desenvolver esse trabalho não é uma tarefa simples, tendo em vista a alta complexidade que envolve o cuidado com as pessoas e famílias inseridas em contextos diversos, onde é imprescindível realizar abordagens que considerem os aspectos sociais, econômicos,

ambientais, culturais, entre outros, como condicionantes e/ou determinantes da situação de saúde.

Porém percebe-se que o curso, denominado de Introdutório ao Programa de Saúde da Família, oferecido para capacitação destes profissionais (que inclui vários temas: Princípios do SUS, Saúde Pública, rotinas de trabalho, Atenção Básica de Saúde entre outros), não qualifica estes profissionais para orientações mais específicas no campo da Sexualidade. Alguns materiais são oferecidos para o desenvolvimento do trabalho, sendo o mais relevante o Caderno de Atenção Básica nº26 de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva que dentro do capítulo Promovendo a Saúde Sexual e a Saúde Reprodutiva na Diversidade apresenta o seguinte item: População de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT). Dentre as 6 páginas que apresentam orientações sobre a temática podemos apontar pontos positivos e negativos, o foco na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis fica evidente na maioria das abordagens como na citação

O esclarecimento para todos os profissionais da saúde sobre as práticas sexuais e sociais de LGBT é fundamental para que o cuidado à saúde seja condizente às suas necessidades, superando, dessa forma, a associação desse seguimento à epidemia de HIV/Aids, embora sem prescindir dos esforços estratégicos na superação da alta incidência de DST/HIV/Aids entre gays, homens bissexuais e travestis, bem como em relação à prevenção das DST entre lésbicas, mulheres bissexuais e transexuais. (Ministério da Saúde, 2010, p. 82)

Porém fatores positivos também são demonstrados no Caderno de Atenção Básica nº26 de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, ressalto o reconhecimento das novas configurações familiares (homoafetivas), as dificuldades familiares enfrentadas por esta população e o

desenvolvimento de ações das Equipes de Saúde com o Programa Saúde na Escola (PSE)<sup>3</sup>. O uso do nome social também é apontado como forma de criar vínculo entre os profissionais e o paciente, acredito que este apontamento é de suma importância para um atendimento humanizado, principalmente nos atendimentos de saúde.

O respeito a qualquer pessoa começa com o uso do nome social. Isso deve ser levado em consideração durante o atendimento de travestis e transexuais, porque esse é o primeiro passo para a construção de uma relação confiável e saudável entre profissionais e usuário. (Ministério da Saúde, 2010, p. 83)

Outro material disponível para orientações e esclarecimentos dos profissionais é a Cartilha Diversidade Sexual e a Cidadania LGBT lançada em dezembro de 2014 pela Secretaria de Justiça do Estado de São Paulo e Coordenação de Políticas para a Diversidade Sexual. Com o objetivo de promover os Direitos Humanos e fortalecer a cidadania LGBT, desfazer mitos e crenças, sensibilizar a sociedade para o respeito à diversidade sexual e capacitar servidores públicos para o melhor atendimento da população LGBT, além de divulgar a legislação existente para o enfrentamento à homofobia e à transfobia. (Bossi, 2014, p. 01)

É de fundamental importância mecanismos que proporcionem a estes profissionais melhor qualificação e esclarecimentos, já que para o ingresso nesta profissão é necessário apenas ter concluído o Ensino Fundamental, fazendo assim do Agente Comunitário de Saúde uma pessoa da população em geral com as mesmas dúvidas do paciente ao qual ele acompanhará no Programa de Saúde da Família.

---

<sup>3</sup> O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído em 2007 tendo como base a articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde. Com a finalidade de promover saúde e educação integral para crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira. (Ministério da Saúde, 2016)

## 5 OS ESTIGMATIZADOS E O ACESSO À SAÚDE

O termo estigma fora criado pelos gregos, e utilizavam o termo “para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava. Os sinais eram feitos com cortes de fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor – uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada, especialmente em lugares públicos”. (Goffman, 1988, p. 16). De acordo com a citação é possível identificar que o termo se referia a sinais visuais na pele, aqueles que podiam ser vistos pelo outro, com a finalidade de marcar aquele indivíduo sobre um comportamento imoral (de acordo com os padrões da época).

Goffman (1988) relata que os indivíduos se relacionam e tendem a se agrupar de acordo com as características que mais lhe agradam. Quando estamos prestes a conhecer alguém há uma certa expectativa sobre quais atributos/característica ela terá, o autor nomeia esta expectativa de *Identidade Social Virtual*. Após o contato com esta pessoa passamos a conhecer suas características reais, para Goffman esta é *Identidade Social Real*. Quando acontece uma discrepância entre o Virtual e o Real, quer dizer quando as expectativas não são atendidas, é o que o autor descreve como estigma.

Mas se trazermos estes conceitos para a sociedade contemporânea surge a indagação: Quem são os estigmatizados de hoje? Quando falamos de sexualidade, a Identidade Social Virtual de um indivíduo é que ele seja heterossexual (a heteronormatividade prevê isto), porém quando sua Identidade Social Real é diferente (homossexual, bissexual, transexual e outros) ele fica evidenciado como estigmatizado. A sociedade, quase sempre, responde ao estigmatizado com violência por não aceitar a diversidade sexual, a fala completa

Tais fatores devem-se, em grande parte, aos contextos social e cultural heteronormativos, que refletem a discriminação, o preconceito e a exclusão social

sofrida por pessoas de orientação sexual e identidade de gênero discordantes dos padrões considerados “normais” pela sociedade, que, nesse caso, fundamenta-se como forte contribuinte para o distanciamento dos serviços e o envolvimento em situações de agravo. (Albuquerque, Garcia, Alves, Queiroz e Adami, 2013, p. 521)

O Estigma é definido por aquele que observa, conforme citado abaixo “o olhar do outro sobre mim e de mim sobre o outro” (Siems-Marcondes, 2015, p. 12) ele também pode ser atribuído de acordo com o grupo social pertencente:

Embora a identidade dependa da diferença, seja demarcada por ela e esta seja um atributo comum a todos os seres humanos, neste olhar do outro sobre mim e de mim sobre o outro, a algumas diferenças são atribuídos maior ou menor valor, em diferentes lugares e momentos históricos. Ao indivíduo que seja marcado com um atributo considerado negativo por determinado grupo social, atribui-se um *estigma*. (Siems-Marcondes, 2015, p.12)

Os estigmatizados tendem a se reunir em pequenos grupos sociais “cujos membros derivam todos da mesma categoria, estando esses próprios grupos sujeitos a uma organização que os engloba em maior ou menor medida” (Goffman, 1988, p. 32). Agindo desta maneira a pessoa foge da “avaliação” ou julgamento das demais, já que todos com quem convive socialmente, possuem o mesmo atributo considerado como depreciativo pelo resto da sociedade. Quando uma outra pessoa, considerada como “normal”, passa a relacionar-se com outra estigmatizada, seja este relacionamento familiar ou não, a pessoa “normal” passa a

compartilhar um pouco do descrédito do estigmatizado, pois se aliou a ele através de estrutura social, Goffman (1988) diz que neste caso ocorreu o “estigma de cortesia”. (p. 39)

Os estigmatizados podem ser identificados de várias maneiras, sendo a principal a identificação visual, por esta razão Goffman (1988) os relaciona em duas categorias: o Desacreditado e o Desacreditável. Na pessoa Desacreditada o atributo que o estigmatiza é reconhecido “antes de entrarmos em contato com ele ou, então que esta discrepância se torne evidente no momento em que ele é apresentado” (Goffman, 1988, p.51), nesta categoria pode-se incluir as várias deficiências físicas, os transexuais, os travestis, no qual são identificados por quem os observa. Já a pessoa Desacreditável é aquela em que “a diferença não está imediatamente aparente e não se tem dela um conhecimento prévio” (Goffman, 1988, p.51) nesta categoria incluem-se os homossexuais, os bissexuais. Diante dos conceitos é possível dizer que o Desacreditado sofre muito mais com a discriminação sofrida pelo estigma, pois os atributos que lhe conferem a categorização são evidentes. Já no Desacreditável o atributo pode passar despercebido caso o próprio indivíduo não verbalize.

Dentre estas duas categorias, Goffman (1988) ainda os agrupa em três tipos distintos de indivíduos estigmatizados, são eles:

- **As várias deficiências:** físicas, visuais, congênitas e/ou adquiridas;
- **As culpas de caráter individual:** transtornos psiquiátricos, pessoas em privação de liberdade, questões relativas a sexualidade (homossexualidade, bissexualidade, transexualidade), uso de substâncias psicoativas (drogas, álcool), entre outras;
- **Tribais, Raciais e religiosos.** (p.14 [grifos nosso])

Nesta pesquisa propus investigar, de acordo com os três grupos, o estigma **culpa de caráter individual**, onde se insere as pessoas com questões relativas a sexualidade. Falar de sexualidade sempre foi um tabu, em todos os locais, momentos e profissões conforme a citação de Denari (2010)

Entender a sexualidade como marca de desenvolvimento harmonioso de todas as pessoas reconhecendo a importância da comunicação e do envolvimento afetivo na vivência da sexualidade; valorizar as diferentes formas de expressar a sexualidade; fomentar o respeito pelo/a outro/a quaisquer que sejam as suas características físicas ou a sua orientação sexual e, especialmente, respeitar a diferença e o direito a ser diferente são questões que sempre permearam a existência humana. (p. 01)

Vivemos em uma sociedade heteronormativa e tudo aquilo que difere do binarismo: masculino x feminino, homem x mulher é caracterizado como estigma. No século XIX tal caracterização era presente na literatura da época conforme descrito por Foucault (1999) “Diz-se frequentemente que a sociedade moderna tentou reduzir a sexualidade ao casal – ao casal heterossexual e se, possível legítimo”. (p. 45)

Nesse sentido, conceber a identidade heterossexual como a normal e natural é negar que toda e qualquer identidade (sexual, étnica, de classe ou de gênero) seja uma construção social, que toda identidade culmine em um processo dinâmico, portanto, nunca acabado, pronto ou fixo, mas sempre remodelado. (Louro, 1997, p. 20)

Diante dos fatos, a população LGBT por não se “enquadrar” nos binarismos impostos pela sociedade, sofre em todos os sentidos. Na busca por atendimentos de saúde não é diferente, a dificuldade de implantar Políticas Públicas é um dos obstáculos, não pelo crescente número de uma população que precisa de atendimento/acolhimento específico, mas pelo descrédito dado a um público que não provoca comoção, como no caso de idosos e crianças. A esse respeito, Mello, Avelar e Maroja (2012) comentam que

O fato de que a população LGBT ainda não gera um tipo de solidariedade similar à que caracteriza grupos como idosos/os, crianças e adolescentes, por exemplo, que despertam uma cumplicidade social generalizada com seus problemas e dificuldades, o que os torna beneficiários potenciais legítimos de políticas públicas. Talvez por essa razão que se fundamenta na homofobia prevalente em larga escala, a resistência ainda seja tão acentuada quando o assunto é política pública envolvendo sexualidade e, mais especificamente, sexualidade não heterossexual. (p. 294)

Um dos avanços na busca da implantação destas Políticas Públicas aconteceu em 01 de dezembro de 2011 quando, por meio da Portaria Nº 2.836, o Ministério da Saúde instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) com o objetivo geral de promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. (Ministério da Saúde, 2011). A Portaria dá diretrizes as instâncias Federais, Estaduais e Municipais sobre quais ações devem ser desenvolvidas nas esferas e o que compete a cada governança. Um ponto

extremamente importante na Portaria é que haja a inclusão da temática orientação sexual e identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos processos de educação permanente desenvolvidos pelo SUS, incluindo os trabalhadores da saúde.

Para o bom funcionamento das Políticas Públicas, e em consequência os serviços que realizarão os atendimentos, fatores individuais dos profissionais de saúde precisam ser levados em conta. Esses precisam ser sensibilizados quanto a demanda da população LGBT, porém um agravante é que tal sensibilização está ligada a valores pessoais de moral, religião e comportamento, Mello et al (2012) descreve

No que diz respeito às políticas públicas no campo da sexualidade, convém ainda destacar que elas são permeadas de peculiaridades, já que o ponto de partida para sua formulação e implementação é basicamente a necessidade de mudança de crenças, valores e tradições há muito prevalentes no imaginário coletivo. (p. 294)

Esta sensibilização é urgente e necessária, já que a dificuldade da implantação de locais de atendimento se deve, principalmente, ao despreparo dos funcionários da saúde no atendimento a esta população. A primeira dificuldade acontece no acolhimento, que se inicia cheio de pré-conceitos e falsas concepções, para Bueno e Merhy (1997)

O acolhimento na saúde é a construção de uma nova ótica no modo de ver a doença e o sofrimento, como responsabilidade social, novos valores de solidariedade, compromisso e construção da cidadania. Construção de uma ética: da diversidade e da tolerância à diferença, da inclusão social, com uma “escuta clínica” solidária, com responsabilização e compromisso. (p. 04)

Porém o acolhimento com empatia, respeito e compromisso não acontece, e torna-se um dos principais agravantes na busca da população LGBT pelos atendimentos de saúde. O despreparo de quem atende afasta estes pacientes dos acompanhamentos de saúde, que não entendem, e às vezes não querem entender, a demanda trazida. Segundo Barbosa e Facchini (2009)

A população em questão apresenta demasiada resistência à procura dos serviços de saúde, o que, em suma, evidencia o contexto discriminatório existente, organizado em função de uma heterossexualidade presumida, da falta de qualificação e do preconceito dos profissionais de saúde para atender a essa demanda (p. 297)

Durante os atendimentos, os pacientes não declaram sua sexualidade por temerem que a informação influencie negativamente na qualidade da assistência prestada, Araújo, Saraiva, Galvão e Albuquerque (2006) relatam que no acolhimento mulheres homossexuais não revelam suas demandas específicas para que sua orientação sexual não interfira desfavoravelmente nos atendimentos oferecidos. Ainda falando do atendimento da mulher homossexual, Luiz (2011) apresenta um exemplo prático de como a ocultação das práticas sexuais influenciam na conduta tomada pelo profissional que a assiste

Tem aquele caso da lésbica que foi ao ginecologista porque queria fazer um exame de Papanicolaou ou porque estava preocupada em fazer sexo mais seguro. Ela tinha vergonha de dizer para o/a ginecologista que era lésbica, ele/ela também tinha vergonha de perguntar sobre orientação e práticas sexuais e a lésbica sai do consultório sem saber nada sobre como fazer sexo mais seguro e com uma cartela de pílula

contraceptiva debaixo do braço, embora não necessitasse da medicação porque faz sexo com outra mulher. (Luiz, 2011, p. 29)

As especificidades de cada grupo precisam ser levadas em conta, e cada um tem uma demanda, algumas vulnerabilidades aparecem em comum como: o maior risco para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), violência sexual e física, discriminação. De acordo com Lionço (2008) “os processos discriminatórios e de violência contra GLBT decorrem em agravos à sua saúde, tais como sofrimento psíquico, vulnerabilidade ao uso abusivo de álcool, cigarro e outras drogas” (p. 15). Abaixo um breve levantamento das especificidades de cada grupo, de acordo com Rodrigues e Ferro (2012)

- **Mulher Lésbica:** Prevenção do câncer de mama e de colo do útero (agravados devido à baixa utilização dos serviços de saúde), uso abusivo de drogas ilícitas, tabaco, álcool e sofrimento psíquico. Violência física na família, no trabalho e em lugares públicos. O mito de que essas mulheres que praticam relações sexuais com outras mulheres não contraem DST's são agravantes para o HPV, herpes genital e tricomoníase. (p. 5)

- **Homossexual masculino:** a relação da homossexualidade masculina a AIDS traz grande sofrimento psíquico, que ocasiona: baixa autoestima, episódios depressivos, sentimento de culpa, medo, desconfiança, insegurança, ansiedade, isolamento social, disfunções sexuais, abuso de álcool e drogas, distúrbios alimentares e ideação suicida. (p. 6)

- **Transgêneros (Transexuais e Travestis):** os transexuais procuram atendimento com o desejo de realizar a cirurgia de transgenitalização, porém as dificuldades encontradas agravadas pela discriminação e violência geram intenso sofrimento psíquico, tentativas de suicídio, depressão e transtornos alimentares. No caso das travestis os principais agravantes à saúde são o uso indiscriminado de hormônios e silicone industrial. (p. 7)

É visível que esta população tem vulnerabilidade acrescida para doenças relacionadas ao comportamento sexual, saúde mental e violência, e precisariam de acompanhamento de profissionais de saúde para orientação e prevenção de tais situações. Outro fator que impede o atendimento integral é considerar que esta pessoa necessita apenas de atendimentos relativos a sexualidade e nega-se que como qualquer outro ele também pode sofrer de doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ou Diabetes Mellitus (DM) e mais, ele também pode tem lombalgia, cefaléia ou qualquer outra queixa aguda presente na população em geral. O Ministério da Saúde reconhece que a orientação sexual e a identidade de gênero são atributos que permeiam a “exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura, interferem, diretamente, na qualidade de vida e de saúde” (Ministério da Saúde, 2010, p. 11)

A porta de entrada para os atendimentos de saúde quase sempre é a Atenção Básica, visto isto, os profissionais que atuam neste nível devem ser os primeiros a ser sensibilizados quanto ao acolhimento de uma população com demandas específicas e comuns. Para Lionço (2008) “a universalidade do direito à saúde requer que se proponham estratégias de acolhimento e atenção específicas, de acordo com as particularidades dos sujeitos que buscam os serviços de saúde”. (p. 19). A Estratégia de Saúde da Família vem de encontro com esta nova perspectiva familiar e de acolhimento humanizado, o conhecimento da população adscrita ao território e o vínculo profissional/paciente favorecem o acesso aos atendimentos, novamente citando Lionço (2008) ela enfatiza a importância desta Estratégia no acolhimento da população LGBT

Cabe mencionar que a principal ferramenta de acesso ao sistema de saúde, na Atenção Básica, consiste na estratégia de Saúde da Família, demanda ampla conscientização, por parte dos agentes comunitários de saúde, das diferentes

modalidades de constituição de redes familiares distintas do padrão heterossexual. (p. 19)

Várias vezes foi enfatizado que é preciso a sensibilização e capacitação dos profissionais para a demanda da população LGBT, porém não podemos responsabilizar estas pessoas, que diariamente estão nos serviços de saúde, pela dificuldade enfrentada da população citada. Luiz (2011) expõe que o tema trazido para o debate demonstra que “os profissionais estão ávidos pela discussão e pelo conhecimento do conteúdo” (p. 32), sendo assim não podemos esperar que estes profissionais tenham um comportamento do qual não conhecem, que saibam orientar sobre conteúdo que não lhe foram apresentados. A educação continuada é uma ferramenta de fundamental importância em todos os assuntos, e principalmente quando tratamos da saúde da população em questão.

São várias as lacunas a serem preenchidas quando falamos dos atendimentos de saúde da população LGBT, lacunas estas que se iniciam nos acolhimentos dos serviços de saúde, na ineficácia das políticas públicas e no desconhecimento dos profissionais com as demandas específicas de uma população que cresce e precisa de espaço nos serviços acostumados (a muito tempo) a apenas lidar com hipertensos, diabético, gestantes e crianças. A citação de Costa e Denari (2011) elucida esta exclusão

Nesse modelo de sociedade excludente, marginalizadora, celetista e, portanto, conservadora, quem é o outro? O outro somos nós, deficientes, diferentes, desviantes, discriminados, rotulados, estereotipados, enfim, estigmatizados por um sistema que cuida muito mal das pessoas, que não as valoriza, não as respeita, que insiste às vezes em não reconhecer as muitas possibilidades de uma sociedade unida na diversidade. (Costa e Denari, 2011, p.50)

## **6 OBJETIVOS**

### **6.1 Objetivo Geral**

Investigar junto aos ACS, os seus entendimentos e conhecimentos sobre sexualidade e educação sexual e como os mesmos (ACS) realizam atendimentos à população LGBT.

### **6.2 Objetivos Específicos**

- Investigar como os ACS realizam atendimentos ao grupo LGBT e/ou outros estigmatizados.
- Elaborar uma proposta de intervenção por meio de Grupos Focais com o conteúdo pertinente sobre esta população estigmatizada.
- Avaliar de que forma a pesquisa influenciou a prática profissional destes ACS.

## 7 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Esta pesquisa tem abordagem qualitativa pois “trabalha com valores, crenças, representação, hábitos, atitudes e opiniões. Aprofunda a complexidade dos fenômenos, dos factos e de seus significados” (Vilelas, 2009, p. 110)

Neste sentido, buscamos identificar entendimentos de um grupo de Agentes Comunitários de Saúde (opiniões) sobre assuntos (fenômenos) ligados à expressão da sexualidade, por grupos socialmente estigmatizados, no que reporta à atenção à saúde (os fatos e seus significados). Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa que buscou investigar e analisar as respostas de 12 Agentes Comunitários de Saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família em uma Unidade de Saúde da Família, localizada na região periférica de um Município do interior de São Paulo.

Os caminhos para a obtenção destes entendimentos primaram por:

1. Entrevista semiestruturada, entendendo a entrevista como “uma forma específica de interação social que tem como objetivo recolher dados para uma investigação”. (Vilelas, 2009, p. 279). Este tipo de entrevista desenvolve-se com base “numa lista fixa de perguntas cuja ordem e redação permanece invariável” (Vilelas, 2009, p. 284). Para Minayo (2014), a entrevista semiestruturada “obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador. Por ter um apoio claro na sequência das questões, a entrevista semiestruturada facilita a abordagem”. (p. 267).
2. Grupo Focal definido “como uma técnica de pesquisa que coleta dados por meio das interações grupais ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador” (Gondim, 2003, p. 151). Sendo que estes grupos focais podem ser uma complementação às entrevistas individuais. (Minayo, 2014).

Para Gatti (2005)

O trabalho com Grupo Focal permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, constituindo-se uma técnica importante para o conhecimento das representações, percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias prevalentes no trato de uma dada questão por pessoas que partilham alguns traços em comum, relevantes para o estudo do problema visado. (p. 11)

Tem como “essência a interação entre os participantes e o pesquisador que objetiva colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos”. (Lervolino & Pelicioni, 2001, p. 116). Ao pesquisador atribui-se o papel de moderador “que assume uma posição de facilitador do processo de discussão, e sua ênfase está nos processos psicossociais que emergem, ou seja, no jogo de interinfluências da formação de opiniões sobre um determinado tema”. (Gondim, 2003, p. 151).

3. Diário de Campo, entende-se por diário de campo, registros nos quais contam todas as informações a respeito de conversas informais, ações, atitudes instituições, gestos, estrutura física e documentos referentes ao tema da pesquisa, além de falas, comportamentos, hábitos, usos e costumes que compõem o quadro das representações sociais. (Minayo, 2014)

## 7.1 Local

A Unidade de Saúde da Família (USF) em que foi realizada a coleta de dados é parte do Serviço de Atenção Básica do Município pesquisado e responde à Secretaria Municipal de Saúde deste Município. A Unidade é cadastrada como Estratégia de Saúde da Família no Ministério da Saúde, via Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Participou de 2º Ciclo do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade (PMAQ)<sup>4</sup> do Governo Federal recebendo nota máxima. Atualmente as Equipes estão novamente cadastrados na nova vigência do PMAQ (3º Ciclo) e passarão por uma nova avaliação sem data definida.

De acordo com a territorialização da Estratégia de Saúde da Família, o bairro é dividido em 2 territórios, cada território recebe o nome de Equipe, sendo assim, nesta Unidade, existem 2 Equipes: Equipe I e Equipe II. As duas equipes funcionam em um único prédio e todos os funcionários dividem áreas comuns.

Não obstante as equipes ocuparem os mesmos espaços físicos cada uma tem suas rotinas de atendimento e seus profissionais atuantes, bem como em cada equipe a responsabilidade da supervisão fica a cargo de uma Enfermeira (com curso universitário).

Entre os profissionais que atuam em cada equipe incluem-se: Médico Generalista ou Médico Comunitário (01), Médico Pediatra (01), Médico Ginecologista (01), Enfermeira (01), Técnicos de Enfermagem (03) e Agentes Comunitários de Saúde (06). Esta Unidade presta os atendimentos essenciais estabelecidos pelo PNAB, a saber:

- Vacinação, de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação;
- Curativos de baixa complexidade;

---

<sup>4</sup> “O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) foi lançado em 2011 com o objetivo de incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde”. (Ministério da Saúde, 2016, p. 01)

- Consultas Médicas de acompanhamento para doenças crônicas de baixa complexidade, bem como atendimento de queixas agudas não emergenciais;

- Atividade Física;

- Administração de medicamentos Via oral (VO), Subcutânea (SC), Intramuscular (IM) e Endovenoso (EV);

- Consultas Médicas Pediátricas e Puericultura;

- Consultas Médicas Ginecológicas, Pré-Natal e ações de Planejamento Familiar;

- Fornecimento de medicações (de acordo com os Protocolos Municipais);

- Atividades em grupo de prevenção e promoção à saúde;

- Cadastro dos pacientes no Portal Nacional de Cadastros do SUS (Cartão SUS);

- Visita domiciliar, sendo realizada por todos os profissionais de acordo com a demanda.

Cabe ressaltar que a atividade física é realizada/orientada por um ACS que possui graduação em Educação Física. O grupo de atividade física acontece duas vezes por semana com participação de aproximadamente 30 pessoas, sendo na sua maioria pacientes portadores de doenças crônicas. Com regularidade são realizados dados antropométricos, verificação de Pressão Arterial e níveis de glicemia, que apontam que esta atividade tem influência direta na qualidade de vida e saúde destas pessoas, tal grupo é um diferencial nesta Unidade na promoção de saúde e prevenção de doenças.

## **7.2 Participantes**

Participaram desta pesquisa 12 Agentes Comunitários de Saúde que atuam em uma Unidade de Saúde da Família de uma região periférica de um Município do interior de São Paulo: 10 do sexo feminino e 02 do sexo masculino.

O critério de escolha destes participantes se deu em razão de ser esta a Unidade de trabalho da pesquisadora. Em consequência, foram criados laços que resultaram em uma convivência saudável pautada pelo respeito e confiança. Os participantes (ACS) foram convidados a participar da pesquisa, esclarecidos sobre os objetivos e mediante a aceitação, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A Tabela 1 apresenta os participantes cujos nomes são fictícios:

**Tabela 1:** Características dos participantes

<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>Tempo de Atuação</b>	<b>Formação Complementar</b>
Adriana	50 anos	13 anos	Ensino Médio
Aline	27 anos	7 anos	Curso Técnico em Enfermagem
Ariel	34 anos	13 anos	Curso Técnico em Enfermagem
Cristina	40 anos	13 anos	Curso Técnico em Enfermagem
Dagmar	35 anos	13 anos	Ensino Médio
Daniela	33 anos	4 anos	Curso Técnico em Enfermagem
Débora	38 anos	13 anos	Ensino Médio
Fabiana	33 anos	13 anos	Curso Superior em Educação Física
Fernanda	47 anos	7 anos	Curso Técnico em Enfermagem
Juliana	32 anos	13 anos	Auxiliar de Enfermagem
Luiza	40 anos	13 anos	Curso Técnico em Enfermagem
Priscila	32 anos	4 anos	Curso Técnico em Enfermagem

*Fonte:* Elaboração própria.

Diante destas características é possível observar que há profissionais das mais variadas idades. Quanto ao tempo de atuação a grande maioria (08) trabalham há 13 anos na função, que aconteceu concomitante com a implantação do PACS nesta Unidade de Saúde, fato este que reforço como positivo já que o vínculo profissional/paciente é apontado como essencial para o sucesso da assistência prestada, vínculo este que só acontece com o tempo nesta relação.

Os Agentes estabelecem uma comunicação solidária com as famílias, visitando-as casa a casa, e fortalecem seus laços de vizinhança ao mesmo tempo que ganham a confiança da equipe de saúde. Conseguem fazer parte do sistema de saúde sem perder a fidelidade à sua comunidade. (Lavor et al, 2004, p. 125)

Sobre a formação complementar, pode-se notar que alguns possuem curso Técnico de Enfermagem, esta qualificação se deu por incentivo da Secretaria Municipal de Saúde em parceria do Governo do Estado que ofereceu o curso gratuitamente e facilitou o cumprimento dos estágios obrigatórios durante a jornada de trabalho. Apesar desta qualificação, somente um funcionário atua como profissional de enfermagem no período noturno, sendo que nenhum deles abandonou a profissão de ACS para seguir a área da Enfermagem. Um dos participantes possui graduação em Educação Física, após a conclusão do curso a Secretaria Municipal de Saúde propôs que este profissional atuasse como Educador Físico nos Grupos de Atividade Física que acontecem nesta Unidade. O Ensino Médio foi apontado como Formação Complementar pois, de acordo com o último Processo Seletivo realizado pelo município pesquisado, o nível de escolaridade exigido ao candidato a ACS é Ensino Fundamental completo.

Cabe ressaltar que apesar de alguns funcionários possuírem formação complementar todos os ACS executam as mesmas atribuições e estão inseridos no mesmo nível na hierarquia da Unidade.

### **7.3 Procedimento Éticos**

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciência e Letras de Araraquara por meio da Plataforma Brasil, sendo nº CAAE 51000315.3.0000.5400. No dia 10 de dezembro de 2015 foi aprovado, sem recomendações, de acordo com o parecer nº 1.364.446. Foi encaminhada cópia da Pesquisa, bem como do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ao setor de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde do Município pesquisado, solicitando autorização para a realização da coleta de dados em estabelecimento público. (Anexo A)

### **7.4 Procedimento para coleta de dados**

Conforme acordado anteriormente os profissionais foram submetidos a uma entrevista semiestruturada, com questões relacionadas ao tema pretendido (Apêndice A).

O material utilizado como referencial para as questões foi a Cartilha Diversidade Sexual e a Cidadania LGBT da Coordenação Estadual de Políticas para a Diversidade Sexual. Optamos por utilizá-lo pois este conteúdo está disponível nas Unidades de Saúde, ao acesso dos profissionais e considero que as formas de apresentações dos temas são de fácil entendimento e esclarecedoras.

Como já informado, as entrevistas aconteceram na USF e durante a jornada de trabalho destes profissionais, individualmente, em sala fechada sem a intervenção externa, tendo como objetivo investigar os saberes que os Agentes Comunitários de Saúde têm sobre Educação Sexual, Sexualidade e principalmente sobre o conhecimento que possuem sobre o grupo estigmatizado apontado. A entrevista foi gravada digitalmente após autorização mediante esclarecimentos e aplicação do TCLE (Apêndice B).

## 7.5 Procedimento para análise dos dados

Os dados coletados nas entrevistas e nos GF foram transcritos, analisados e interpretados de forma a “tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos”. (Minayo, 2014, p. 303). Para tanto Gomes (2004) e Mahl (2012) sugerem como alternativa a análise por meio de categorias que se referem a um conceito que abrange elementos ou aspectos relacionados entre si, ligados à ideia de classe, sugerindo o estabelecimento de classificações, agrupando elementos, ideias ou expressões. Segundo Gomes (2004) a análise de categorias possibilita a reunião de um grupo de elementos (dados) sob um título genérico, visando uma dada organização.

Sob esta ótica e em função dos instrumentos de coleta de dados (entrevista, GF e diário de campo), as categorias elencadas constituem-se em blocos temáticos de acordo com temas em comum e em função dos objetivos estabelecidos. Primeiramente são apresentados os blocos referentes às entrevistas, conforme mostra o Quadro 2:

**Quadro 2:** Roteiro de Questões

<b>Bloco Temático</b>	<b>Roteiro de Questões</b>
1. Dados de Identificação	- Nome - Idade - Tempo de atuação na profissão - Formação Complementar
2. Entendimento sobre Identidade de Gênero. (O que você entende por...)	- Heterossexualidade - Homossexualidade - Bissexualidade - Transexualidade - Nome Social
3. Dificuldades no atendimento ou no trato a população quando o assunto é: sexualidade	- Que dificuldades você tem em abordar questões sobre sexualidade com seus pacientes?

	<p>- Você já passou por alguma situação que englobe o assunto? Se sim, poderia descrevê-la?</p>
<p>4. Informações dos participantes sobre sexualidade</p>	<p>- Durante a sua formação profissional lhe foi apresentado conteúdo relacionado a sexualidade? Se sim, quais informações sobre a temática você teve em seu curso de formação?</p> <p>- Nos ensinos fundamental e médio você teve algum conteúdo sobre Educação Sexual? Se sim, você se lembra deles e como foram abordados?</p>

*Fonte:* Elaboração própria

## **8 ANALISANDO E DISCUTINDO OS DADOS**

De acordo com os blocos temáticos, os dados coletados foram apresentados e analisados. O primeiro bloco temático que diz respeito a identificação, já foi apresentado e discutido quando o perfil dos participantes foi demonstrado. Na sequência a análise dos demais blocos temáticos:

### **8.1 Bloco 2: Entendimento sobre Orientação Sexual e Identidade de Gênero**

A entrevista realizada visou investigar os saberes que os participantes têm sobre orientação sexual e identidade de gênero, com o objetivo de conhecer os conceitos que cada participante tem sobre o termo questionado.

Esta primeira questão está dividida em 5 tópicos que são:

#### **8.1.1 Heterossexualidade (pessoa heterossexual)**

#### **8.1.2 Homossexualidade (pessoa homossexual)**

#### **8.1.3 Bissexualidade (pessoa bissexual)**

#### **8.1.4 Transexualidade (pessoa transexual)**

#### **8.1.5 Nome Social**

Sendo assim cada tópico será apresentado e discutido individualmente. Cabe ressaltar que o termo questionado Nome Social não diz respeito a orientação sexual e identidade de gênero, porém está diretamente ligado com tais questões e hoje há um amplo debate sobre a obrigatoriedade do seu uso nos mais diversos locais, principalmente nos serviços de saúde, por este motivo que o termo foi incluído nos questionamentos.

Considero importante relatar que no início das entrevistas alguns participantes demonstravam dificuldade de entendimento frente à menção do termo questionado:

heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade e transexualidade, por isso foi necessário adaptar o termo para melhor compreensão utilizando os seguintes termos: pessoa heterossexual, pessoa homossexual, pessoa bissexual e pessoa transexual.

As respostas dos participantes foram agrupadas no Quadro 3 de forma a serem visualizadas com mais clareza.

**Quadro 3:** Bloco 2 - Entendimento sobre identidade de gênero

Participante	Heterossexualidade	Homossexualidade	Bissexualidade	Transexualidade	Nome Social
Adriana	É que ela se relaciona com pessoa do sexo oposto	Ela se relaciona com pessoa do mesmo sexo	Ela se relaciona com qualquer sexo com o dela ou outro	Não sei	Não sei
Aline	Pessoas que se relacionam com pessoas do outro sexo	Que se relaciona com o mesmo sexo?	Que é os dois, né, tanto homem quanto mulher	Não sei não, eu ouço bastante, mas não sei muito bem, seria alguém que veste? é isso?	Seria o nome dela mesmo, ou pode ser o nome que as pessoas conhecem ela
Ariel	É uma pessoa que gosta de outra pessoa do mesmo sexo	É quando uma pessoa gosta do sexo oposto	Que gosta dos dois sexos	Seria uma pessoa que mudou de sexo, sei lá, acho que é isso	Ela tem um nome de batismo e o nome social dela é um nome que ela se deu, que ela escolheu
Cristina	Um casal normal, homem e mulher	É o que gosta dos dois sexos	Então, agora complicou, peraí, homossexual acho que é homem com homem e mulher com mulher. E bissexual que gosta dos dois	As pessoas, que nem um homem que se veste de mulher	É que na verdade ele tem um nome no registro e o social é o nome que adquiriu depois.

Dagmar	É pessoa de um único sexo, ou seja, se entendeu é masculino é masculino, é feminino é feminino	Homossexual pra mim, é uma pessoa com mudança de sexo ele é masculino e quer ser feminino e o feminino quer ser masculino	Bi já fala são 2 sexos ela pode ser homem, no caso masculino, ele é homem e tem o sentimento de ser mulher ao mesmo tempo ou seja, gosta das 2 pessoas	Transexual, transformação, é uma pessoa que ele não só tem a mudança em termos de sexo ele pessoalmente também ele se veste como homem no dia profissional e pode se vestir de mulher também, acontece	Nome social boa pergunta, nunca ninguém me perguntou isso, é um outro nome que ele é conhecido ou um apelido.
Daniela	É um casal normal, né? homem e mulher	Homem que gosta de homem	Que gosta de homem e que gosta de mulher	É uma pessoa que é assim, que ela é homem e gosta de se vestir como mulher	Seria um nome que ele gosta de ser chamado, né?
Débora	Homem e mulher	Uma pessoa que se relaciona com outra do mesmo sexo	Uma pessoa que tem 2 parceiros de ambos os sexos	É um sexo masculino que se transforma em mulher	Nome verdadeiro
Fabiana	É uma pessoa que tem atração pelo sexo oposto, homem por mulher e mulher por homem.	Pelo mesmo sexo	Ela tem atração pelos 2 por homem e por mulher	É a pessoa que muda de sexo	É um nome que ela gosta de ser chamada, por exemplo, se é um homem e gosta de ser chamado de nome de mulher, mas eu acho que não precisa ser documentado, uma troca, eu acho que é isso.
Fernanda	É uma pessoa que faz sexo com o sexo oposto	Uma pessoa que faz sexo com ambos os sexos	É uma pessoa que se comporta	É uma pessoa que se traveste	É um nome, não é a

			como uma pessoa de 2 sexos	de uma pessoa de outro sexo	identidade dela, mas é como se fosse um personagem
Juliana	Pessoa que tem relação sexual com o sexo oposto	Que tem relação sexual com pessoa do mesmo sexo	Que tem relação sexual com os dois	Aí, já tenho dúvida, alguém que usa roupa de mulher ou usa roupa de homem	É o nome que ela gosta de ser chamada, por exemplo às vezes é um homem que gosta de ser chamado por nome de mulher.
Luiza	Não sei te falar	É uma pessoa que relaciona, às vezes, com outra pessoa do mesmo sexo	É quando se relaciona com os dois sexos	Estou confusa nessa	O nome social eu entendo que, às vezes, o nome que ela tem ela não goste e ela tem um outro nome. Às vezes o nome que a mãe deu para ela, ela não gosta.
Priscila	É uma pessoa que gosta do sexo oposto	É a pessoa que gosta do mesmo sexo	Que gosta de ambos os sexos	Ela fez a cirurgia, né? Para se transformar no sexo oposto	É o nome na certidão de nascimento

Fonte: Elaboração própria

### 8.1.1 Heterossexualidade (Pessoa Heterossexual)

O primeiro termo a ser investigado foi: Heterossexualidade (pessoa heterossexual), sendo que o participante deveria expressar o seu entendimento sobre o tema.

Usei como comparativo as respostas a Cartilha Diversidade Sexual e Cidadania LGBT (2014), porém buscou-se investigar o entendimento que os participantes tinham sobre o assunto, por isso não há respostas “certas ou erradas”.

De acordo com a Cartilha citada, o significado de heterossexualidade é: “Pessoa que se sente atraída afetiva e/ou sexualmente por pessoas do sexo/gênero oposto”. (p. 10)

A maioria das respostas aproximaram-se com o significado de heterossexualidade, o que demonstra que os participantes entendem o termo.

Destaco que entre as repostas, alguns participantes mencionaram a palavra “normal” para descrever o comportamento heterossexual.

Tratando-se de normalidade para Goffman (1988)

A noção de “ser humano normal” pode ter sua origem na abordagem médica da Humanidade, ou nas tendências das organizações burocráticas em grande escala, como a Nação-Estado, de tratar todos os seus membros como iguais em alguns aspectos. Quaisquer que sejam suas origens, ela parece fornecer a representação básica por meio da qual os leigos usualmente se concebem. (p. 16)

As respostas dadas pelos dois participantes se referem ao que a sociedade concebe como “normal”, vivemos em uma cultura heteronormativa, em que as crianças são educadas na escola

a serem heterossexuais, e tudo que difere do casal “normal” homem e mulher, é desviante. A fala de Lionço (2008) expressa que:

As necessidades em saúde, bem como os desafios que se colocam para a qualificação da atenção a população LGBT, dizem respeito não necessariamente a características intrínsecas a gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais, mas tão somente às consequências das representações e significações que recaem sobre suas práticas sexuais e modos de vida, enquanto desviantes em relação a um suposto padrão de normalidade ou “saúde” implicado na heteronormatividade moralmente vigente. (p. 13)

### **8.1.2 Homossexualidade (Pessoa Homossexual)**

O segundo termo a ser investigado foi: Homossexualidade (pessoa homossexual), sendo que o participante deveria expressar o seu entendimento sobre o tema.

Usei como comparativo as respostas a Cartilha Diversidade Sexual e Cidadania LGBT (2014), porém buscou-se investigar o entendimento que os participantes tinham sobre o assunto, por isso não há respostas “certas ou erradas”.

De acordo com a Cartilha citada, o significado de homossexualidade é: “Pessoa que se sente atraída afetiva e/ou sexualmente por pessoas do mesmo sexo/gênero”. (p.10)

A maioria das respostas aproximaram-se com o significado de homossexualidade, o que demonstra que os participantes entendem o termo.

Entre as respostas dadas pelos participantes, destaco uma que considero passível de análise:

*Homem que gosta de homem.* (Daniela)

A homossexualidade masculina tem maior reconhecimento, já que o movimento brasileiro LGBT iniciou-se predominantemente por homens homossexuais, outro fator que propiciou grande visibilidade a esta população específica se deve, a associação da epidemia de HIV/Aids nos anos 80 com o comportamento homossexual masculino. (Fachini, 2011)

### **8.1.3 Bissexualidade (Pessoa Bissexual)**

O terceiro termo a ser investigado foi: Bissexualidade (pessoa bissexual), sendo que o participante deveria expressar o seu entendimento sobre o tema.

Usei como comparativo as respostas a Cartilha Diversidade Sexual e Cidadania LGBT (2014), porém buscou-se investigar o entendimento que os participantes tinham sobre o assunto, por isso não há respostas “certas ou erradas”.

De acordo com a Cartilha citada, o significado de bissexualidade é: “Pessoa que se sente atraída afetiva e/ou sexualmente por pessoas de ambos os sexos/gêneros”. (p. 11)

Neste caso todos os participantes souberam definir o termo questionado, pode-se pressupor que tal fato se deva ao prefixo “bi” que direciona e significado da palavra.

O significado do termo “bi” de acordo com o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2009) é “ pref. Do adv. Lat. bis “duas vezes”, de que se fez o pref. bi – dois, duas vezes, com cruzamento semântico com o ing. bi – “dúplice”, da nomenclatura química: ocorre em: *bianual, bicarbonato, bifronte, bimestre, bisavô*”. (p.283).

### **8.1.4 Transexualidade (Pessoa Transexual)**

O quarto termo a ser investigado foi: Transexualidade (pessoa transexual), sendo que o participante deveria expressar o seu entendimento sobre o tema.

Usei como comparativo as respostas a Cartilha Diversidade Sexual e Cidadania LGBT (2014), porém buscou-se investigar o entendimento que os participantes tinham sobre o assunto, por isso não há respostas “certas ou erradas”.

De acordo com a Cartilha citada, o significado de Transexualidade é:

Pessoa que possui uma identidade de gênero diferente do sexo biológico. Homens e mulheres transexuais podem manifestar a necessidade de realizar modificações corporais por meio de terapias hormonais e intervenções médico-cirúrgicas, com o intuito de adequar seus atributos físicos (inclusive genitais – cirurgia de redesignação sexual) à sua identidade de gênero. Entretanto, nem todas as pessoas transexuais manifestam esse tipo de necessidade. (p. 13)

A definição de Transexual pode ser confundida com a de Travesti já que nos dois casos os papéis sociais são invertidos, e sendo mais comum indivíduos de sexo biológico masculino se apresentarem com vestimentas tipicamente femininas, por isso algumas respostas falam da maneira como estes indivíduos se vestem.

### **8.1.5 Nome Social**

O quinto termo a ser investigado foi: Nome Social, sendo que o participante deveria expressar o seu entendimento sobre o tema.

Usei como comparativo as respostas a Cartilha Diversidade Sexual e Cidadania LGBT (2014), porém buscou-se investigar o entendimento que os participantes tinham sobre o assunto, por isso não há respostas “certas ou erradas”.

De acordo com a Cartilha citada, o significado de Nome Social é: “prenome adotado pela pessoa travesti e transexual, que corresponde à forma pela qual se reconhece, identifica-se, é reconhecida e denominada por sua comunidade”. (p. 16)

A maioria dos participantes demonstraram entendimento sobre o termo, porém nenhum dos ACS relatou que o nome social é utilizado no caso da transexualidade.

O item Nome Social foi incluído nos questionamentos pois, atualmente, é garantido por legislação nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal, onde todo travesti e transexual tem direito a ser identificado, nos mais diversos atendimentos em Unidades de Saúde, pelo nome que preferir.

A importância do uso no Nome Social nos mais variados locais e principalmente nos locais que prestam atendimentos de saúde é observada na citação de Arán, Murta e Lionço (2009)

O combate à discriminação, que foi considerado fator determinante da condição de sofrimento de transexuais, foi contemplado como estratégia de promoção da saúde, não sendo mais a saúde de transexuais uma questão exclusivamente médico-cirúrgica. Nesse contexto, outros aspectos, como o uso do nome social nas unidades de saúde, tornaram-se uma estratégia de promoção de acesso aos serviços, beneficiando diretamente transexuais e travestis, já que um dos principais fatores da exclusão do sistema é a própria precariedade no acolhimento. (p. 1147)

O Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 2.836 de 01 de dezembro de 2011 “Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral

LGBT)” (Ministério da Saúde, 2011, p.01), o Inciso XVII – “Garante o uso do nome social de travestis e transexuais”.

Outro documento importante é a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País aprovada pela Portaria nº675 de 30 de março de 2006, Lionço (2008) e Mello et al (2011), pesquisadores brasileiros da população LGBT também reconhecem a importância deste documento. Dentre os seus princípios, o mais relevante é o terceiro, que trata do “atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando a igualdade de tratamento e a uma relação mais pessoal e saudável” (p.04), o primeiro parágrafo relata que “a identificação pelo nome e o sobrenome deve existir em todo documento de identificação do usuário e é necessário um campo para se registrar o nome pelo qual prefere ser chamado, independentemente do registro civil, não podendo ser tratado por número, nome da doença, códigos, de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso”. (Ministério da Saúde, 2006, p. 04)

Na esfera Estadual há o Decreto nº 55.588 de 17 de março de 2010 que: “Dispõe sobre o tratamento nominal das pessoas transexuais e travestis nos órgãos públicos do Estado de São Paulo, o funcionário que descumprir a determinação poderá sofrer um Processo Administrativo”. (Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, 2010, p. 01)

O município pesquisado também possui legislação própria quanto “a inclusão do Nome Social de travestis e transexuais nos registros relativos a serviços públicos prestados no âmbito da administração direta e indireta”, aprovada pela Lei Municipal nº 8055 de 25 de outubro de 2013. (Câmara Municipal, 2013, p. 01)

Em suma, de maneira geral, a maioria dos participantes apresentaram entendimento compatível aos significados dos termos investigados. Para Dessunti et al (2009)

Os termos usados para se referir às diferentes formas de orientação sexual devem ser discutidos entre os profissionais de saúde, buscando a melhor compreensão desses conceitos, assim como das diferentes formas de prazer. Esse conhecimento é necessário para o planejamento de ações de promoção e proteção à saúde, visando a integralidade da assistência. (p. 63)

### **8.2 Bloco 3: Dificuldades no atendimento ou no trato a população quando o assunto é: sexualidade**

Neste terceiro bloco temático buscou-se investigar quais as dificuldades que os ACS apresentam ao orientar seus pacientes sobre questões relativas a sexualidade ou quando são indagados por eles sobre a mesma temática. Também foi solicitado a eles que relatassem situações vivenciadas durante as abordagens e como lidaram com o ocorrido. Para isso foram realizadas as seguintes perguntas:

- Que dificuldades você tem em abordar questões sobre sexualidade com seus pacientes?
- Você já passou por alguma situação que englobe o assunto? Se sim, poderia descrevê-la?

la?

As respostas dos participantes foram agrupadas no Quadro 4 de forma a serem visualizadas com mais clareza.

#### **Quadro 4:** Bloco 3 - Dificuldades no atendimento ou no trato a população quando o assunto é: sexualidade

<b>Participante</b>	<b>Que dificuldades você tem em abordar questões sobre sexualidade com seus pacientes?</b>	<b>Você já passou por alguma situação que englobe o assunto? Se sim, poderia descrevê-la?</b>
Adriana	Não, nenhuma.	Foi uma menina de 15 anos e ela veio contar para mim que ela não sabia porque ela gostava de meninas e não de meninos e

		estava com vergonha de contar para a mãe, com medo da mãe, e ela veio pedir para que eu conversasse com a mãe dela sobre esse assunto, e ela relatou que já tinha beijado outra menina, mas sexo em si ainda não, mas era muito grande a vontade dela de ficar com outra menina, não por menino ela não tinha interesse nenhum por menino. Eu acho que é por causa do meio jeito extrovertido, ela conversa comigo e ela vê que eu não faço aquele sabe, ela me conhece e ela sabe que qualquer coisa para mim é conversando e eu acabo que entendendo na realidade é essa, eu acho que cada pessoa é o que ela é. A princípio eu achei que fosse uma bomba que ela estava entregando na minha mão, mas ai depois eu falei que ela era uma pessoa que tinha muita coisa para viver, muitas experiências na vida dela, talvez ela pudesse mudar ou não, mas ela confiou que eu contasse para a mãe e eu contei para a mãe o que ela tinha relatado, a mãe ficou um pouco assim mas acabou que aceitando e hoje ela está com 20 anos e realmente ela namora meninas ainda e ela tem convivido bem com a mãe, ela tem as responsabilidades dela e realmente ela é homossexual.
Aline	Não. Eu fico meio constrangida, mas eu respondo.	Não, é que às vezes eles tem mais vergonha de perguntar do que a gente responder
Ariel	Nem um pouco, tranquilo	Não, não lembro
Cristina	Não, não tenho constrangimento de falar.	Então, sexta-feira, na visita e a mãe comentou da filha, que tá tendo, que está ficando com uma outra menina. Eu percebia que a mãe queria falar, mas não estava se sentindo bem, dei uma de que eu não estava entendendo, assim né, mas aí ela comentou e eu tratei ela normal, não tive problema nenhum. Eu acho que ela queria falar, mas ao mesmo tempo ela não queria, eu acho que ela estava sem sentindo envergonhada, ainda ela até comentou assim, depois que ela pegou amizade com essa menina, parou de ficar com graça com mulher, aí eu não entendi se ela estava cada dia com uma menina e a mãe estava tranquila de saber que ela estava com uma só, ou se pra mãe a amizade dela não tinha nada a ver, amizade de colega mesmo, ela até comentou assim a mãe é sempre a última a saber, a última a ficar sabendo.
Dagmar	Não, eles mesmos chegam em mim e falam eu sou homossexual, você tem? Não, não tenho preconceito não.	Já, 2006, eu fui fazer a vistoria da dengue, aí ele começou mas tava normal então, entra, eu entrei pra fazer a tal da vistoria e ele começou nossa como você é bonito, comecei a estranhar, mas a gente continuou, nossa perguntou se eu tinha namorada se eu era casado, porque? Porque eu também gosto de homem, mas é que eu não sou muito “amostrado”, eu falei há não eu gosto de mulher, nada contra, mas ele tratou numa boa, brincou. Mas é chato ser cantado por homem, eu não credo. <b>Algum paciente chegou a conversar com você no sentido de orientação?</b> Um colega meu, teve várias relações e aí por muito tempo ele tava com corrimento, tal, aí ele pediu orientação, o que podia fazer? Eu falei, vai no médico, tal, consulta, ainda marquei pra ele consulta ele passou.
Daniela	Tenho, acho que é constrangedor.	Não
Débora	Não	Não.
Fabiana	Ah, eu acho que não, normal. Não, não tenho, porque assim nós somos profissionais, quando ela vem falar talvez ela fique pensando será que ela vai falar pra alguém.	Sim, eu sei que ela sai com meninas (paciente), as roupas que ela usa é de menino, converso muito pouco ela, mas o que a gente conversou, tranquilo. Ela já falou sobre a sexualidade dela, que quando ela percebeu que gostava de meninas, a mãe trouxe ela para o posto, faz tempo não lembro que médico que era, trouxe pra conversar pra ter uma orientação aí eu falei pra ela vir para o posto porque ela tava perdida, eu não lembro que médico que foi que ela passou.

		Assim, essas pessoas, você conversa com a pessoa mas não sobre esses assuntos.
Fernanda	Não, normal	Não, não me lembro
Juliana	Não tenho dificuldade, não, não.	Não, que eu me lembre assim não teve nenhuma situação.
Luiza	Não por que eles são liberais isso daí, no começo eu ficava meio tímida pois a gente não lida com isso todo dia, eles se dão muito bem com esse tipo de coisa, tipo para conversar para eles é uma coisa normal e no passar dos anos do paciente que eu vou lá eu aprendi lidar com isso. Não, no começo eu sentia porque não é uma coisa minha do dia a dia, mas para ele é uma coisa normal e passou a ser para mim também.	Para ele? Consigo, ele é uma pessoa bem esclarecida o que se fala a respeito desses exames que a gente faz aí, teste rápido essas coisas é tudo aceitável para ele. Ele é uma graça até.
Priscila	Consigo falar sem problemas, não tenho constrangimento	Não, que eu me lembre não

Fonte: Elaboração Própria

Quase que em sua totalidade os participantes relataram não ter dificuldades em falar sobre a temática sexualidade com seus pacientes, apenas um deles relatou se sentir constrangido em abordar tais assuntos com seus pacientes.

Vários participantes descreveram situações que vivenciaram com seus pacientes durante a assistência.

Durante as entrevistas, em uma situação oportuna, questionei um dos participantes (Dagmar) qual seria a razão pelo qual os pacientes sentiam-se seguros em falar com eles sobre esses temas, e a resposta evidenciou um atributo primordial aos Agentes Comunitários de Saúde na relação paciente-profissional: vínculo. Para Araújo et al (2006) “para se trabalhar devidamente com os aspectos da sexualidade, faz-se imprescindível estabelecer o vínculo e uma relação de confiança entre o profissional de saúde e os usuários dos serviços”. (p. 324)

As falas dos ACS foram enriquecedoras com a descrição de situações reais enfrentadas por eles durante a atuação profissional e de como puderam orientar seus pacientes da melhor maneira possível.

Cabe ressaltar que durante as entrevistas pude observar que todos os ACS relataram não sentir dificuldades em falar quando são “abordados”, porém é notório que a iniciativa dos questionamentos sempre partiu dos pacientes e nunca dos profissionais.

### 8.3 Bloco 4: Informações dos participantes sobre sexualidade

Neste quarto bloco temático investigou-se a formação profissional e pessoal do ACS. Para isso foram feitas as seguintes perguntas:

- Durante a sua formação profissional lhe foi apresentado conteúdo relacionado a sexualidade? Se sim, quais informações?

- Nos ensinamentos fundamental e médio você teve algum conteúdo sobre Educação Sexual? Se sim, você se lembra deles e como foram abordados?

As respostas dos participantes foram agrupadas no Quadro 5 de forma a serem visualizadas com mais clareza.

**Quadro 5:** Bloco 4 - Informações dos participantes sobre sexualidade

<b>Participante</b>	<b>Durante a sua formação profissional lhe foi apresentado conteúdo relacionado a sexualidade? Se sim, quais informações sobre a temática você teve em seu curso de formação?</b>	<b>Nos ensinamentos fundamental e médio você teve algum conteúdo sobre Educação Sexual? Se sim, você se lembra deles e como foram abordados?</b>
Adriana	Não foi abordado	Não, nada, na minha época não.
Aline	Não, que eu me lembre não, acho que não	Não, professores não, mas já tinha um pessoal daqui (do posto de saúde) que já ia lá falar.
Ariel	Não lembro	Não, era constrangedor na sala. Não, porque se tivesse algum aluno, o aluno iria se sentir constrangido, eu acho que até hoje nem tem isso.

Cristina	Não lembro, faz tanto tempo, olha eu acho que alguns cursos que a gente fez foi com o pessoal da S... (Centro de Referência do Jovem e Adolescente) que foi até umas palestras que a gente fez na escola com os jovens e a S... abordou algumas coisas destes temas. No curso introdutório não	Não, não tinha.
Dagmar	Não. Depois em um outro curso.	Sim, muito pouco. Quando tinha sexologia, muito tempo atrás, aí se falava agora acabou tudo
Daniela	Teve, não consigo lembrar, mas foi abordado os tipos de família, que hoje em dia como são construídas, porcentagem, tudo.	Não, isso eu acho que estourou de uns 5 anos para cá.
Débora	Teve, não lembro, mas teve algumas coisas	Não, era mais escondido, não falava não, durante a aula não, só entre os alunos.
Fabiana	Eu não lembro, deixa eu pensar, acredito que não falou. Depois nós tivemos alguns treinamentos, nós fizemos aquele trabalho na escola, mas no introdutório eu acredito que não.	Quando eu estava no ensino fundamental tinha, que eu estudava no SESI, tinha uma matéria que era, mas abordava essa questão de sexualidade, tinha teatro, fizemos um monte de coisa. No ensino médio nós fizemos um trabalho, na aula de biologia. É importante pois é uma coisa que não se fala todo dia, a gente mais observa do que a gente fala, então naquela época era bem legal, conversar com o professor.
Fernanda	Se foi falado lá? Foi, não me lembro muito bem, mas foi falado sim. Abordaram sobre famílias, tipos de famílias.	Eu tinha, eu tinha uma professora de História que ela abordava assuntos sexuais quando era perguntado a ela, ela abordava sim. Quando os alunos tinham alguma dúvida e perguntava, ela entrava nesse assunto e falava. Acho que porque ela era mais acessível a esse assunto, acho que aconteceu de fazer a pergunta ela respondeu e os alunos tinham mais liberdade de perguntar para ela.
Juliana	Foram, alguns sim. Acho que foi falado sobre respeitar as diferenças, sexualidade, estas coisas eles falaram sim.	Que eu me lembre, não. Quando eu fiz não tinha não, que eu me lembre não, igual tem hoje não. Hoje tem mais informação, porque na minha época não tinha o pessoal do posto que ia lá falar, não tinha, era assim assunto sobre a sexualidade não como a gente tem hoje, era biologia, reprodução, essas coisas mas sexualidade mesmo eu não lembro.
Luiza	Ah, foi falado mas faz tanto tempo quando eu entrei, não lembro exatamente o que falou, mas foi falado. Sabe, foi dado uma pincelada em	Não, na minha escola, quando eu estudava não. Na época que eu estudava, era uma coisa assim que não se falava muito, assim na escola eu não tinha, se eu falar para você ouvi alguma vez eu ouvi na escola é mentira. Não nunca teve. Tanto que nem os pais falavam, nem na escola tinha, era

	tudo, pois ele falou a gente iria lidar com todos os tipos de pessoas.	assim muito fechado, não era como é hoje que você pega o filho senta ali e você vai explicar para ele dependendo da idade que ele tem, antigamente a gente aprendia tudo na raça porque os pais nunca falavam nada para a gente. Minha mãe nem quando a gente menstruo perguntava sobre menstruação ela falava para a gente que aquilo era normal, nem como engravidava, nem nada, que tinha que usar camisinha que não tinha que tomar anticoncepcional para não engravidar, minha mãe nunca sentou para falar isso com a gente, ninguém de casa, dificuldade ela tem até hoje, vai falar alguma coisa dessa, sai menina não começa com essa conversa, hoje eu tento fazer diferente com a ... (filha), porque é difícil eu tento fazer para ela o que minha mãe não fez para mim, eu falo que eu era muito leiga, sabe quando você fica perdida, tinha meninas que eram bem para frente do que eu, mas porquê? Porque as mães conversavam, minha mãe nunca foi, fala para você que minha mãe falava, imagina.
Priscila	Deve ter falado alguma coisa sim, mas não me lembro, já faz um tempinho.	Falava sobre Educação Sexual sim na escola, mas neste tema acho que não abordava tanto na época, mas não me lembro os temas.

Fonte: Elaboração Própria

Com relação a formação profissional a maioria relatou não se lembrar se os temas foram abordados e os seus conteúdos, com a justificativa de que isso havia acontecido há muito tempo (a maioria dos ACS passou pela formação há 13 anos)

Em duas das entrevistas os participantes mencionaram o trabalho realizado na escola. O projeto era parte do Programa Saúde nas Escolas que foi realizado pelo Programa de Saúde do Adolescente do Município, com o objetivo de levar Educação Sexual para adolescentes, sempre com o apoio dos profissionais de saúde do bairro em que estava inserida a escola.

A escolaridade solicitada ao candidato a ser Agente Comunitário de Saúde é Ensino Fundamental. Porém após seu ingresso para exercer as atividades profissionais todos os funcionários passam por um “Curso de Formação Inicial de Agente Comunitário de Saúde”, viabilizado pelo município contratante. Neste curso são discutidos os assuntos pertinentes as atribuições do Agente Comunitário de Saúde. Para a realização deste curso de formação os

municípios orientam-se pelo Guia Prático para o ACS do Ministério da Saúde (2009), sendo que os temas abordados seguem abaixo relacionados:

- A família e o trabalho do ACS: cadastro e orientações sobre documentação civil.
- Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento nas diversas etapas da infância, acompanhamento do calendário vacinal, entre outros;
- Saúde do Adolescente: sexualidade, transtornos alimentares, saúde bucal, vacinação, entre outros;
- Saúde do Adulto: vacinação, alimentação, doenças crônicas, doenças sexualmente transmissíveis, saúde bucal, entre outros;
- Saúde do Homem: prevenção do Câncer de Próstata, entre outros;
- Saúde da Mulher: prevenção do câncer de colo uterino e de mama, planejamento familiar, Pré-natal, parto e puerpério, amamentação, entre outros;
- Saúde do Idoso: autocuidado, prevenção de acidentes, entre outros;
- Saúde Mental: transtornos mentais mais prevalentes, uso de álcool e drogas, entre outros;
- Atenção à pessoa com deficiência: física, auditiva, visual, intelectual, entre outros;
- Orientações para famílias com pessoas acamadas;
- Violência Familiar: contra a mulher, a criança, ao adolescente, ao idoso, portadores de deficiências, entre outras;
- Doenças transmitidas por vetores: dengue, esquistossomose, malária, tracoma, dentre outras. (p.25)

De acordo com o Guia Prático para o ACS (2009) o conteúdo relacionado com a temática apresenta mudanças físicas e comportamentais de acordo com a faixa etária da população atendida: criança, adolescente, homem, mulher, idoso, com enfoque, principalmente, nas doenças sexualmente transmissíveis (DST) passando orientações de prevenção, sinais, sintomas e tratamento. Mais uma vez o enfoque dos profissionais de saúde tem uma visão biologizante, focada em prevenção e tratamento de doenças.

Ainda quanto à formação, foi investigado se durante a formação escolar (ensinos fundamental e médio) os entrevistados receberam conteúdos relativos a Educação Sexual. A maioria relatou não ter tido acesso a nenhum tipo de conteúdo relativo a temática. Cabe ressaltar que a inclusão da temática Educação Sexual como tema transversal nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) ocorreu em 1996, e os entrevistados já haviam concluído o ensino médio na época.

Três dos entrevistados relataram que durante a escola lhe foi apresentado conteúdo relacionado a temática, de acordo com as suas falas temos dois exemplos de Educação Sexual Formal e Informal, conforme a descrição de Figueiró (2009)

As duas formas de se ensinar sobre sexualidade propostas pelos PCN, correspondem aos dois tipos de Educação Sexual estabelecidas por Werebe (1981): Educação Sexual Formal, que equivale a ensinar “dentro da programação”, fazendo planejamento prévio e a Educação Sexual Informal, que equivale a “extraprogramação”, isto é, aproveitar, de forma espontânea, um fato, uma pergunta, uma situação ocorrida e, ensinar a partir daí. (p. 146)

Outro fato que podemos destacar é a fala de um dos entrevistados a relatar que era a professora de História que abordava os assuntos relativos a sexualidade, mais uma vez citando Figueiró (2009), a sexualidade como tema transversal deve ser incluída nas mais diversas disciplinas:

Conforme já é sabido pelos professores, segundo os PCN, a Educação Sexual deve ser inserida como um tema transversal, ou seja, como um assunto ministrado no interior das várias áreas de conhecimento, perpassando cada uma delas. Assim, ela pode ser ensinada nas aulas de Língua Portuguesa, História, Geografia, Matemática, Ciências Naturais, Arte, Educação Física e Língua Estrangeira. (p. 144)

Em síntese, de acordo com a fala dos participantes, poucos relataram ter recebido conteúdo sobre Educação Sexual na formação escolar e profissional. Apesar de tal conclusão acho relevante e positivo que mesmo sem ter conhecimento prévio eles relataram não sentir dificuldades em falar sobre o tema quando abordados pelos seus pacientes (conforme evidenciado no bloco temático anterior).

## 9 GRUPO FOCAL

Com os dados coletados da entrevista foi realizada uma ação de intervenção com os ACS através de Grupos Focais (GF), com o objetivo de esclarecer os participantes sobre as questões da entrevista, levar novos conceitos para o debate e mostrar como este conhecimento é fundamental no acolhimento a população LGBT.

A utilização do GF como técnica de pesquisa qualitativa vem crescendo para atuação nas áreas da saúde, sendo incorporado no contexto de educação em saúde com a proposta de deslocamento da perspectiva do indivíduo para a de grupo social. (Lervolino & Pelicioni, 2001)

Para Gatti (2005) “o grupo focal permite fazer emergir uma multiplicidade de pontos de vista e processos emocionais, pelo próprio contexto de interação criado, permitindo a captação de significados que, com outros meios, poderiam ser difíceis de se manifestar”. (p. 09)

### 9.1 Recursos

Os grupos foram realizados no próprio local de trabalho dos participantes, ou seja, a Unidade de Saúde da Família. A sala onde costumeiramente já acontecem as reuniões de equipe, dispõem de cadeiras, iluminação adequada, ar condicionado, bem como recursos áudio visuais (data show), e por se localizar no interior da USF está livre de ruídos e interferências externas. Um gravador foi utilizado para captar as conversas e facilitar a transcrição (autorizado pelos participantes no TCLE).

Para Gatti (2005)

Os participantes devem ter uma composição que se baseie em algumas características homogêneas, mas com suficiente variação entre eles para que apareçam opiniões diferentes ou divergentes. A característica comum pode ser relativa a gênero, à idade, às condições socioeconômicas, **ao tipo de trabalho**, ao estado civil, ao lugar

de residência, à frequência de uso de certo serviço público ou social, à escolaridade, ou outra. (p. 18 [grifo nosso])

A característica comum neste caso foi o tipo de trabalho e apesar dos participantes serem de uma mesma USF eles não demonstraram constrangimento e/ou inibição quando abordados assuntos relativos aos atendimentos prestados por eles e/ou pela Unidade em que atuam.

## **9.2 Número de participantes, quantidade de grupos e duração**

Participaram dos GF, todos os ACS, devidamente convidados e cujo aceite está demonstrado na assinatura do TCLE. Há que informar, no entanto, que a frequência aos grupos esteve condicionada a fatores externos, como por exemplo: abonos, faltas por doença ou outro empecilho momentâneo. Dessa forma, o número de participantes teve variações conforme a data de execução do GF. Para Gondim (2003)

O tamanho do grupo é um aspecto a se destacar. Apesar de se convencionar que este número varia de quatro a 10 pessoas, isso depende do nível de envolvimento com o assunto de cada participante; se este desperta o interesse de um grupo em particular, as pessoas terão mais o que falar e, neste caso, o tamanho não deve ser grande, para não diminuir as chances de todos participarem. (p. 154)

Foram realizados 04 GF. Nos três primeiros o conteúdo relativo a temática foi apresentado e discutido, no quarto e último encontro foi solicitado que os participantes escrevessem de que maneira as discussões foram importantes no transcorrer do seu trabalho. A Tabela 2 apresenta os dias de realização dos GF e quantidade de participantes. (Apêndice C)

Os GF aconteceram as quintas-feiras em sequência, porém é possível observar que há um intervalo de duas semanas entre os dias 17 e 31/03/2016, (24/03/2016). Nesta quinta-feira optei por não realizar o grupo pois se tratava de véspera de feriado (sexta-feira santa) e havia muitos ACS de folga o que prejudicaria consideravelmente o número de participantes e o desenvolvimento do trabalho.

A tempo de duração dos grupos foi em média de 90 minutos, com início às 14:30 e término às 16:00, em decorrência do horário de saída de alguns participantes os GF não puderam se estender após às 16:00. O período da tarde foi escolhido devido a uma demanda menor de atendimentos na Unidade, outro motivo se deve ao fato de que a tarde a temperatura externa é maior e o ACS preferem permanecer nas Unidades para trabalhos administrativos (relatórios, cadastros, entre outros) e utilizar o período da manhã para a realização de Visitas Domiciliares. De acordo com Trad (2009)

O número de participantes no grupo focal incidirá, sem dúvida, na sua duração. A complexidade do tema ou do grau de polêmica em torno das questões que se apresentam são outros fatores que podem interferir neste ponto. Contudo, uma variação entre 90 (tempo mínimo) e 110 minutos (tempo máximo) deve ser considerada para um bom emprego da técnica. (p. 04)

A seguir são apresentados os GF, descritas as atividades desenvolvidas em cada um deles, expressas as opiniões dos participantes seguidos de comentários críticos à luz da literatura. Há que informar que todos os encontros foram gravados, transcritos digitalmente e anotados em um diário de campo, instrumento este também utilizado para anotar o planejamento das atividades a serem desenvolvidas em cada encontro dos GF.

### 9.3 1º Encontro do Grupo Focal

**Tema:** Sexualidade, orientação sexual e identidade de gênero

**Objetivo:** Discutir os entendimentos dos participantes sobre o conceito de sexualidade, orientação sexual e identidade de gênero.

**Estratégia:** Apresentação de Slides (Apêndice D)

**Materiais:** Fotografias variadas e gravador digital

O primeiro GF aconteceu no dia 17 de março de 2016 e estavam presentes 09 ACS (Priscila, Fernanda, Aline, Dagmar, Adriana, Cristina, Juliana, Daniela e Fabiana). Conforme apontado nos recursos, utilizei de apresentação de slides em power point que foi apresentada através de retroprojetor na parede da sala (Apêndice D)

Iniciei a conversa apresentando a eles o conceito de sexualidade (slide 2), sendo utilizado de Maia e Ribeiro (2011)

A sexualidade é um conceito amplo e histórico. Ela faz parte de todo ser humano e é representada de forma diversa dependendo da cultura e do momento histórico. A sexualidade humana tem componentes biológicos, psicológicos e sociais e ela se expressa em cada ser humano de modo particular, em sua objetividade e, em modo coletivo, em padrões sociais, que são aprendidos e apreendidos durante a socialização. (p.75)

Diante do conceito relatei a eles que iria apresentar algumas fotos que representavam a expressão da sexualidade, neste momento observei algumas expressões de espanto, olhares de desconfiança e risos ocasionados pelo nervosismo; apresentei então algumas fotos que

mostravam situações variadas: uma praia (slide 3), uma família (slide 4), uma pessoa degustando um lanche (slide 5), um grupo de pessoas praticando atividade física (slide 6), crianças brincando (slide 7), uma mulher se maquiando (slide 8), um pôr do sol (slide 9), animais de estimação (slide 10). Ao final da apresentação eu questionei: acharam alguma imagem forte? Neste momento a ACS Fabiana perguntou:

*Onde está a sexualidade?*

Relatei que todas aquelas fotos representavam expressões de sexualidade, pois a sexualidade é tudo que nos move, é o motivo pelo qual acordamos de manhã, olhamos no espelho e nos arrumamos para sairmos ao trabalho, é a maneira de como nos comportamos, vestimos de acordo com o gênero que nos identifica, é tudo aquilo que nos dá prazer no dia a dia.

Dando continuidade apresentei alguns conceitos de acordo com a definição apresentada pela Cartilha Diversidade Sexual e a Cidadania LGBT (2014):

- **Sexo biológico:** “aqueles que nascemos, órgãos genitais, capacidades reprodutivas e características fisiológicas secundárias (homem, mulher intersexos)”.(p. 10) (slide 11)

Quando falei do intersexo eles ficaram curiosos e queriam ver imagens, combinei que no próximo encontro eu traria as fotos.

- **Orientação Sexual:** “é a atração afetiva e/ou sexual que uma pessoa manifesta em relação à outra, para quem se direciona, involuntariamente, o seu desejo (Heterossexual, homossexual e bissexual)” (p.10). (slide 12)

A partir destas definições falei sobre o equívoco do termo “opção sexual” que não deve ser utilizado por não se tratar de uma escolha (slide 13). Também argumentei sobre a expressão “homossexualismo” que não deve ser mais utilizada pois o sufixo “ismo” está relacionado a

patologia, e a homossexualidade foi retirada do Código Internacional de Doenças (CID) pela OMS em 1990. (p. 10) (slide 13)

- **Gênero:** “Homens e mulheres são produtos da realidade social e não da anatomia dos seus corpos, sendo que o sexo biológico e o gênero é uma construção social”. (p.11) (slide 14)

Seguindo com a apresentação de conceitos expliquei sobre as diversas Identidades de Gênero:

- **Transexual:** “Pessoa que possui uma identidade de gênero diferente do sexo biológico, podem manifestar a necessidade de realizar modificações corporais por meio de terapias hormonais e intervenções médico-cirúrgicas, para adequar seus atributos físicos à sua identidade de gênero”. (Diversidade Sexual e a Cidadania LGBT, p. 13) (slide 15)

Apresentei fotos de homens e mulheres transexuais conhecidos na mídia, exemplo: Thammy Miranda (slide 16), Ariadna (que participou do Reality Big Brother Brasil) (slide 17), Luc (filha do apresentador Marcelo Taz) (slide 17), e fotos de homens transexuais na internet que engravidaram e geraram seus filhos (slide 18).

**Travesti:** Pessoa que nasce com sexo masculino e tem identidade de gênero feminina, assumindo papéis de gênero diferentes daqueles impostos pela sociedade. Modificam o corpo por terapias hormonais, cirurgias plásticas, aplicação de silicone mas não desejam fazer a cirurgia de redesignação sexual. (Diversidade Sexual e a Cidadania LGBT, p. 14) (slide 19)

Como exemplo de travestis conhecidas na mídia mostrei as fotos de Nany People e Rogéria. (slide 20)

Neste primeiro encontro os participantes permaneceram a maior parte do tempo apenas escutando, porém com a atenção voltada para as falas da mediadora.

#### **9.4 2º Encontro do Grupo Focal**

**Tema:** Sexualidade, identidade de gênero e nome social

**Objetivo:** Discutir os entendimentos dos participantes sobre identidade de gênero e nome social.

**Estratégia:** Apresentação de Slides (Apêndice D)

**Materiais:** Fotografias variadas, vídeo e gravador digital

O segundo GF aconteceu no dia 31 de março de 2016 e estavam presentes 07 ACS (Fabiana, Luiza, Dagmar, Juliana, Priscila, Daniela e Aline).

Iniciei a conversa mostrando as fotos de intersexo que eles haviam solicitado no GF anterior, ao exibir as fotos eles mostraram-se assustados. Falei sobre a proporção com que pode nascer uma criança intersexo, e a ACS Adriana relatou já ter conhecido 3 pessoas com estas características.

Dei continuidade aos conceitos que estava apresentando na semana anterior, sendo que o material utilizado para as terminologias continua sendo a Cartilha Diversidade Sexual e a Cidadania LGBT (2014) fornecido pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo que utilizei até o momento como referencial para os conceitos.

**Crossdresser:** Pessoa que se veste com roupas do sexo oposto para vivenciar momentaneamente papéis de gêneros diferentes daqueles atribuídos ao seu sexo biológico, mas, em geral, não realiza modificações corporais e não chega a estruturar

uma identidade transexual ou travesti. (Diversidade Sexual e Cidadania LGBT, p. 15).  
(slide 21)

Como exemplo apresentei a foto do Cartunista Laerte (slide 22). Ao falar sobre este tema a ACS Adriana citou o personagem de uma novela que era exibida na época, sendo que pelas características relatadas por ela tratava-se de um Crossdresser.

- **Drag Queen:** “Homem que se veste com roupas femininas extravagantes para a apresentação em shows e eventos, de forma artística, caricata, performática e/ou profissional”. (p. 15). (slide 23)

Como exemplo apresentei da foto do Maquiador Dicesar (ex-BBB). (slide 24)

- **Drag King:** “Mulher que se veste com roupas masculinas com objetivos artísticos, performáticos e/ou profissionais”. (p. 15). (slide 23)

Como exemplo apresentei fotos da cantora Lady Gaga e da atriz Natalie Portman (que se transvestiram para a interpretação de personagens). (slide 25)

O próximo assunto abordado foi o nome social, a cartilha Diversidade Sexual e a Cidadania LGBT (2014) define nome social como sendo o “prenome adotado pela pessoa travesti e transexual, que corresponde à forma pela qual se reconhece, identifica-se, é reconhecida e denominada por sua comunidade” (p. 16) (slide 26).

Falo sobre a importância de reconhecer as pessoas pelo seu nome social. A fim de aproximar o tema para a realidade vivenciada a eles, cito que o programa de cadastro dos pacientes do município possui o campo nome social, cito também que o Cadastro de usuários do cartão SUS também possui local para preenchimento do nome social.

Apresentei o vídeo publicado em novembro de 2015 “Nome Social: Cidadania a Respeito”. Obra de ficção produzida para o Curso de Política Nacional de Saúde Integral LGBT (UNA-SUS UERJ, 2015), baseada em experiências reais ocorridas nas Unidades Básicas de Saúde do Sistema Único de Saúde – SUS. A obra “pretende ilustrar situações cotidianas a fim de motivar os profissionais do SUS quanto à reflexão de suas práticas, com impacto no atendimento em saúde e cuidado a população LGBT”. (UNA-SUS UERJ, 2015). O vídeo com duração de 6 minutos e 8 segundos dramatiza a situação de uma transexual que procura atendimento em uma Unidade de Saúde com uma queixa aguda e é tratada de maneira discriminatória pela funcionária que nega a chama-la pelo nome social. Mostra também a postura de outro profissional que age de maneira totalmente diferente ao tratar a paciente pelo prenome escolhido.

Os ACS discutem sobre a postura inadequada da personagem do vídeo ao tratar um transexual pelo nome do registro civil e constrangê-lo frente aos outros pacientes.

*A funcionária fez aquilo para constranger. (Cristina)*

*Se não tivesse o nome social da pessoa marcado no cartão SUS, tudo bem, mas tinha. Eu não iria falar nada, somente falaria aguarde ser chamado. (Fabiana)*

*O nome social é bem pequeno em relação ao outro nome, deveria ser os dois do mesmo tamanho para enxergar melhor. (Luiza)*

*O cartão SUS que temos aqui não é assim, não tem lugar para colocar o nome social. (Adriana)*

*Imagina na sala de espera você chama um nome de homem e levanta uma moça, vai começar a “chacota”, dar risadas, cochichar. (Luiza)*

No vídeo aparece o cartão SUS do paciente com identificação do nome social, vários ACS ficaram surpresos com esta informação, eles solicitaram que eu voltasse a reproduzir o vídeo para rever o cartão SUS com o nome social.

Falo sobre a importância de identificar este cartão SUS com o nome social bem como no prontuário físico do paciente. Informo sobre a Legislação Federal, Estadual e principalmente a Municipal que prevê o uso do nome social nos estabelecimentos públicos do Município (slide 27).

### **9.5 3º Encontro do Grupo Focal**

**Tema:** Homofobia, mitos da sexualidade, discussões de casos fictícios.

**Objetivo:** Discutir com os participantes sobre homofobia, mitos da sexualidade e simular situações de atendimentos com a população LGBT.

**Estratégia:** Apresentação de Slides (Apêndice D)

**Materiais:** Fotografias variadas, vídeos e gravador digital

O Terceiro GF aconteceu no dia 07 de abril de 2016 e estavam presentes 09 ACS (Fabiana, Priscila, Adriana, Cristina, Juliana, Daniela, Aline, Fernanda e Débora).

Abri a conversa falando sobre Homofobia e Transfobia que são definidas como:

- **Homofobia:** “medo, o desprezo, a antipatia, a aversão ou o ódio irracional aos homossexuais. É o termo geral normalmente utilizado para se referir ao preconceito e à discriminação em razão de orientação sexual, contra gays, lésbicas e bissexuais”.

(Diversidade Sexual e a Cidadania LGBT, 2014, p. 20) (slide 28)

- **Transfobia:** “preconceito e discriminação em razão da identidade de gênero, contra travestis e transexuais”. (Diversidade Sexual e a Cidadania LGBT, 2014, p. 20) (slide 28)

Apresento os altos números brasileiros dos casos de violências e homicídios contra esta população e os ACS mostram-se surpresos. Relato também sobre um homicídio que ocorreu recentemente na cidade em que residem, sendo vítima um adolescente transexual<sup>5</sup>. (slide 29)

Em seguida apresento um vídeo com o título: “E se fosse com você? Porque criminalizar a homofobia?”. Que foi criado pelo canal de vídeos you tube “Põe na roda” e mostra situações reais de pessoas que sofreram violências homofóbicas, com duração de 6 minutos e 25 segundos.

Após o vídeo falei sobre o estigma que a população LGBT sofre que leva muitas vezes a discriminação e violência (psicológica e física). (slide 29)

Apresentei alguns mitos construídos culturalmente (slides 30, 31 e 32), que são relatados na Cartilha Diversidade Sexual e a Cidadania LGBT (2014, p. 20), conforme apresentados no Quadro 6:

**Quadro 6:** Mitos a respeito da homossexualidade e transexualidade

<b>Mito</b>	<b>Realidade</b>
Homossexualidade é uma doença	A homossexualidade é uma expressão da sexualidade humana tão saudável quanto a hétero e a bissexualidade
Crianças são influenciadas a serem homossexuais se tiverem contato com gays e lésbicas ou forem informadas sobre diversidade sexual	A atração afetivo-sexual não é uma escolha e sua definição enquanto orientação sexual não pode ser influenciada por outras pessoas
Transexuais são pessoas confusas e com problemas psicológicos	Transexuais são pessoas que, por terem uma identidade de gênero que não condiz com o sexo biológico, podem manifestar a

<sup>5</sup> No dia 18 de março de 2015 um adolescente transexual de 13 anos foi encontrado morto a facadas, o mesmo fazia “programas” no local. A polícia encontrou evidências que se tratou de um caso de homicídio por transfobia. (A cidade On, 2015)

	necessidade de realizar alterações corporais. Isto não significa que tenham problemas psicológicos ou transtornos mentais.
--	--

Fonte: Cartilha Diversidade Sexual e Cidadania LGBT, 2014

A partir das discussões levantadas faço o seguinte questionamento ao grupo: **Um transexual chega nesta Unidade, na recepção, o que este paciente veio buscar de atendimento? O que ele precisa?** As respostas evidenciam aquilo que foi dito anteriormente: que está população precisa apenas de atendimentos relacionados com questões referentes a sexualidade.

*Ajuda. Ele pode estar aqui porque quer saber sobre a saúde dele, ou ele está querendo tratamento psicológico (Daniela)*

*Mas a gente já pensa na sexualidade, a gente já pensa no estereótipo da pessoa (Fabiana)*

*Alguma DST? (Cristina)*

*Ajuda, porque na maioria das vezes, lá fora, ele não tem como ficar comprando as coisas. Algum problema com o corpo dele (Adriana)*

A partir das falas faço outra indagação: Mas este paciente não pode ter Hipertensão? Não pode ter uma torção no tornozelo? A resposta vem em coro “*PODE*”, e alguns continuaram, “*mas ninguém pensou nisso*”.

*Quando esta população chega no posto a primeira coisa que a gente pensa é que está com alguma DST, que quer fazer um teste rápido, a primeira impressão é isso (Fabiana)*

*Diferente se chegasse uma pessoa comum, normal, aí a gente iria pensar: Diabetes, Pressão Alta (Cristina)*

Diante disto reforço a importância do acolhimento a estes pacientes, de ter um outro olhar nos atendimentos, cito o exemplo de Unidades que não atendem estes pacientes e encaminham para o Centro de Testagem e Aconselhamento e enfatizo que eles não precisam apenas de testes rápidos, eles precisam de atenção integral.

Recordo três dos mais importantes princípios dos SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade e que toda a população deve ser atendida da mesma maneira independente de cor, religião, orientação sexual. (Ministério da Saúde, 1990) (slide 33)

Diante do exposto cabe a fala de Warschauer (2001)

Colocar as práticas em questão é refletir sobre elas, buscando sua compreensão. É questionar o sentido do que estava para ser feito originalmente, assim como das técnicas que foram utilizadas em sua realização. Quando os atores de uma prática compreendem seu sentido, podem explicitá-lo a outros e envolve-los no processo de questionamento sistemático, pois aquele que interroga suas práticas profissionais ou sociais na vida cotidiana, familiares ou de seu círculo de amizades, abre questões que tocam todos ao seu redor. (p. 147)

#### **9.6 4º Encontro do Grupo Focal**

**Tema:** Avaliação

**Objetivo:** Investigar a opinião dos ACS sobre o conteúdo proposto.

**Estratégia:** Avaliação escrita. (Apêndice E)

**Materiais:** Questões impressas em folhas de sulfite.

No dia 14 de abril foi realizado o quarto e último GF e estavam presentes 08 ACS (Luiza, Cristina, Fabiana, Fernanda, Daniela, Priscila, Aline, Juliana).

Neste grupo solicitei que eles respondessem a duas questões a fim de investigar a opinião dos ACS sobre os assuntos discutidos. Sendo estas questões:

1. Qual a sua opinião sobre os assuntos abordados?
2. De que forma a temática abordada contribuiu para melhorar a sua prática profissional?

As respostas estão agrupadas no Quadro 7 para visualização com maior clareza

**Quadro 7:** Avaliação dos participantes sobre o conteúdo apresentado

<b>Participante</b>	<b>Qual a sua opinião sobre os assuntos abordados?</b>	<b>De que forma a temática abordada contribuiu para melhorar a sua prática profissional?</b>
Adriana	Não estava presente neste encontro	
Aline	Os assuntos chamaram a atenção, porque saíram fora dos que já estamos acostumados (HAS, DM), adorei.	Ampliou a visão sobre os assuntos e esclareceu coisas que poucos sabiam.
Ariel	Não estava presente neste encontro	
Cristina	É um assunto muito delicado, cheio de preconceitos, que está ao nosso redor e, que cada dia aumenta mais. A palestra foi muito boa mas não estou 100% preparada para lidar com o problema.	Apreendi a olhar a pessoa como um todo e não na sua particularidade sexual. Gostei muito e vai ficar gravado na minha mente o dia que você falou: se o cliente procurar a ESF o que ele vem buscar? No meu pensamento seria ajuda para suas partes íntimas e você me fez enxergar que não. Gostei muito. Obrigado.
Dagmar	Não estava presente neste encontro	
Daniela	Muito bom o aprendizado para que nós podemos conscientizar a população e começar a se conscientizar dos maus-tratos e preconceito. Opinião própria é uma coisa, mas devemos respeitar a cada ser humano independente orientação sexual.	Opinião individual é uma coisa e profissional outra, temos que tratar todos iguais.
Débora	Não estava presente neste encontro	
Fabiana	Os assuntos abordados foram muito interessantes. É um assunto que não acostumamos abordar diariamente, mas quando abordado, acaba gerando bastante	Ter uma visão mais ampla sobre o assunto, possibilitou abrir mais a mente para abordar, receber, acolher o cliente que precisa do nosso serviço, no nosso apoio. Contribuiu também que não é preciso ter um olhar

	vontade de falar mais, conhecer mais, descobrir novos termos.	diferente para esse público, pois eles são humanos, com apenas uma orientação sexual diferente da nossa, mas que devem ser respeitadas em qualquer lugar que estejam, seja público, privado, etc. Obrigado por essa oportunidade que você nos proporcionou de ter contato com esse assunto. Foi muito válido! Foi interessante! Foi ótimo!
Fernanda	Os assuntos abordados foram ótimos.	O conhecimento melhora a visão do profissional com relação aos tipos de famílias e como dar orientações para melhoria dessas famílias.
Juliana	Na minha opinião foi muito esclarecedor os assuntos abordados, aprendi muito já que não conhecia quase nada sobre o assunto. Foi muito bom e divertido.	Contribuiu para melhorar o atendimento da população da minha microárea e da unidade. Me proporcionou uma outra visão sobre o assunto.
Luiza	Gostei muito pois é um assunto pouco abordado.	Ampliou meus conhecimentos e poderei lidar melhor com os clientes, sobre o nome social eu não sabia, foi muito bom adquirir tantas informações novas.
Priscila	Pra mim muito bom pois esclareceu muitas dúvidas.	Aprendi novas formas e atitudes para lidar com a população sem nenhum preconceito e com muito respeito ao próximo.

Fonte: Elaboração Própria

Por fim, a troca de experiências entre os participantes foi, sem dúvida, um dos pontos mais importantes dos GF. Acredito que todos saíram com várias indagações a serem refletidas e partir deste ponto terão outra perspectiva nos atendimentos com a população pretendida, mais acolhedor e mais humanizado, Warschauer (2001) tem a fala apropriada para a colocação

Numa situação de partilha é importante que os diferentes atores exteriorizem, na troca, suas intenções, objetivos e visões do mundo, confrontando seus diferentes significados, o que permite até mesmo reelabora-los. Dessa maneira, tira-se partido das experiências de uns e outros, construindo um sentido próprio. (p. 136)

## 9.7 5º Encontro do Grupo Focal

**Tema:** Avaliação de seguimento

**Objetivo:** Investigar se o conteúdo apresentado foi absorvido pelos ACS

**Estratégia:** Discussão em grupo (Apêndice E)

**Materiais:** Gravador digital

Este 5º GF foi realizado em 27 de janeiro de 2017, 9 meses após a finalização da pesquisa como recomenda a literatura da área de metodologia tendo como objetivo investigar: se o conteúdo apresentado foi absorvido pelos participantes; se houve oportunidade de aplicação em situações vividas durante a rotina de trabalho; e, especialmente se os ACS foram sensibilizados no acolhimento a população LGBT. Estavam presentes 8 ACS (Luiza, Juliana, Daniela, Aline, Fernanda, Cristina, Dagmar e Adriana).

Para obter as respostas fiz os seguintes questionamentos:

- Durante os nossos GF foram discutidas várias temáticas com base em leis, normas, cartilhas, textos, envolvendo sexualidade. Sobre esse conteúdo:

- O que mais ficou retido na sua memória?
- O que mudou no acolhimento com a população LGBT?
- O que mais chamou sua atenção? Por que?

As respostas estão agrupadas no Quadro 8 para visualização com maior clareza.

### Quadro 8: Avaliação de seguimento

Participantes	O que mais ficou retido na sua memória?	O que mudou no acolhimento com a população LGBT?	O que mais chamou a sua atenção? Porque?
Adriana	Nesses encontros eu vi coisas que eu nunca tinha visto, e aprendi também o que eu não sabia. De tudo que já vi, você me mostrou	Não respondeu	Eu lembro da filha da Gretchen (Thammy Miranda), que além dela ter outra opção sexual ela mudou todo o corpo, ela era de um jeito e se transformou por causa da opção sexual dela.

	coisas que eu não sabia e não entendia, foi bom. Quando vai ter o próximo? Eu acho que foi muito bom. De todos os cursinhos que eu tive aqui, foi uma coisa que realmente foi interessante.		
Aline	Não é uma coisa que tem toda hora, exemplo: hipertensão, a gente está cansada de falar sobre isso. Eu também estava com essa dúvida, tenho um cliente que eu não sabia se chamava de *Renato ou de Suzana, agora já esclareceu.	Eu acho que antes a gente tinha um pouco de receio de chegar e perguntar alguma coisa.	Eu lembro daquele casal, igual outro que estávamos vendo na internet. Que a mulher virou homem, o homem virou mulher e eles casaram, e o homem ficou “grávido”.
Ariel	Não participou dos GF		
Cristina	Eu aprendi assim, você é o ponto de referência agora, quando a gente tem dúvida, nós te chamamos. Esse cursinho que a gente fez querendo ou não, mexeu com a gente, porque o dia que a gente viu na internet (notícia sobre casal transexual que engravidou), despertou a curiosidade da gente. E ajuda também nosso serviço.	Eu cadastrei uma família, ela trouxe os cartões, e eu fui perguntando: *quem é Maria? Mãe da Cida. Quem é Camila? Filha da Cida. E você: Eu sou a Bete. E a Cida? É a minha companheira. Tudo bem! Marquei, acho que ela pensou: ela nem se comoveu!	Eu acho que essa parte foi a que mais marcou (Thammy Miranda – filha da Gretchen), porque ela é uma pessoa conhecida na mídia, porque os outros a gente nunca viu, agora ela marca mais e também a foto do homem “grávido”.
Dagmar	Foi interessante.	Eu tenho 2 clientes e agora eu sei como falar com eles, saber chegar, você fica com aquele preconceito, quem é o homem? E quem é a mulher? Tratei normal	Eu gostei da parte de 2 sexos (intersexo), que mesmo ela tendo os 2 órgãos genitais o que manda é o que ela quer ser.
Daniela	Os clientes acabaram vindo e a gente teve mais ética, experiência para estar tratando este tipo de assunto. Eu mesmo tive 4 casos na	Ele é um ser humano normal, a gente não tem olhar a sexualidade dele, a gente tem que tratar ele e olhar o que ele	Eu lembro assim, que foi interessante, que você focou bastante, perguntar para a pessoa: como você quer que eu te chame? É uma pergunta que eu não faria. O nome que ela

	minha área, então ficou mais fácil de abordar e tentar tratar ele normal também. Porque às vezes a gente fala que não existe preconceito, mas na vida existe sim.	veio procurar, o que ele veio atrás e não o que ele faz ou o que deixou de fazer. Você tem a naturalidade de atender, chegar na casa deles e se sentir normal, parece que a gente tinha até medo, o que eles são capazes.	gostaria de ser chamada, isso ficou marcante, por a gente tinha medo de perguntar isso.
Débora	Não estava presente neste GF		
Fabiana	Não estava presente neste GF		
Fernanda	Não respondeu	Não respondeu	Uma parte que você mostrou a foto de 2 sexos (intersexo), uma cirurgia, eu não tinha ideia do que era isso, fica quase perfeito, fiquei impressionada como estes cirurgiões tentam deixar um órgão genital quase perfeito
Juliana	Eu tinha muitas dúvidas e você esclareceu	Não respondeu	Eu lembro do homem que gosta de se vestir de mulher, que ele é um homem tudo mas gosta de se vestir como mulher
Luiza	É uma coisa nova que a gente não vê no dia a dia.	Não respondeu	A parte da filha da Gretchen (Thammy Miranda), a transformação do corpo.
Priscila	Não estava presente neste GF		

Fonte: Elaboração Própria

A avaliação foi muito positiva, superando minhas expectativas. O conteúdo apresentado ainda estava muito presente na fala dos ACS demonstrando que absorveram de maneira significativa o material proposto. Foram relatadas situações ocorridas com pacientes em que puderam utilizar o que aprenderam, sobre como deveriam agir naquela situação.

Na fala de um dos participantes, ao dar seu relato, ele diz “opção sexual”; durante os GF foi discutido sobre este equívoco, de que não se trata de opção mas sim de orientação sexual, porém não considero tal fato negativo já que alguns termos culturalmente preservados são difíceis de serem abolidos inicialmente.

Vários relataram que tinham “medo, receio” de conversar sobre os assuntos, ou mesmo sobre o nome social e que tal receio foi amenizado e puderam atender seus pacientes sem pré-julgamentos, e sim como qualquer outro com suas demandas específicas.

## 10 COMENTÁRIOS FINAIS

Contatou-se nesta pesquisa que, a população LGBT não se sente acolhida nos mais diversos locais para atendimento de saúde, sendo que os principais motivos para tal é a falta de Políticas Públicas ativas e o despreparo dos profissionais de saúde.

Os participantes desta pesquisa demonstraram que, como a maioria dos profissionais de saúde, olham a população LGBT com foco na sexualidade, com padrões de orientação biologizante em que a pessoa é apenas o seu comportamento sexual, esquecendo-se de que tratamos de um ser humano com cabeça, tronco e membros e não só órgão genital.

Porém não podemos culpar estes profissionais por esta lacuna ao lidar com a população referida, a maioria dos participantes relatou não ter tido conteúdo relativo a sexualidade em sua formação profissional, sendo que também não tiveram este mesmo conteúdo, ao qual denomina-se Educação Sexual, na formação escolar (Ensinos Fundamental e Médio). Apesar deles relatarem não possuir orientações sobre a temática, os participantes disseram não sentir constrangimento em falar sobre o assunto com seus pacientes, fato este que considero positivo.

Por meio dos GF foi observado que os profissionais estão “famintos” por conhecimento, fato este constatado no último GF em que eles apontaram a importância do conteúdo apresentado, bem como apresentaram casos reais em que puderam utilizar seus conhecimentos no atendimento à população LGBT. Esta população tem algumas demandas específicas e o conhecimento de orientação sexual, identidade de gênero indica o caminho das orientações fornecidas aos pacientes. Os GF e participação dos ACS nas discussões mostraram que é possível criar mecanismos para a sensibilização dos profissionais, é preciso adaptar os assuntos as novas configurações e sair da “mesmice” da hipertensão e diabetes que sempre são temas das educações continuadas.

A Atenção Básica deve ser a porta de entrada de toda a população na busca por atendimentos de saúde, por isso com o avanço da Estratégia de Saúde da Família são os profissionais que compõem as Equipes que precisam de maior atenção. Acredito que a população LGBT precise de atenção especializada (ambulatórios para esta demanda), porém esta mesma população precisa de acompanhamento na USF para as demandas comuns, igual aos outros pacientes.

Em suma é urgente que os Municípios sensibilizem seus profissionais de saúde para o acolhimento/atendimento humanizado da população LGBT, pois as pesquisas apontam para um despreparo dos profissionais, porém ficou verificado que para estes profissionais o conteúdo nunca foi apresentado, e quando o são eles absorvem com muita rapidez.

Constatou-se que os participantes demandavam informações sobre sexualidade já que a os pacientes estão chegando, todos os dias, e eles não sabiam como aborda-los, ou como deveriam cadastrá-los, no caso do Nome Social. Situação esta que comprova que o ACS pode sim ser o elo entre esta população e um acesso humanizado a saúde.

A Educação Sexual me parece um dos caminhos para que o preconceito e o respeito sejam alcançados, bem como a inserção do tema sexualidade na formação das mais diversas áreas de atendimento.

Enfim, nesta pesquisa eu estive do lado dos profissionais, porém acredito que a população LGBT também deve ser ouvida e a suas solicitações levantadas, para que o atendimento seja fortalecido e uma relação de confiança/vínculo seja criada entre os profissionais/pacientes.

O assunto precisa ser explorado de maneira ampla, em que todos estejam envolvidos, é preciso deixar de lado fatores externos (morais, religiosos, culturais, entre outros) a fim de prestar uma assistência humanizada a população LGBT e que o lado profissional acolhedor fale mais alto.

## REFERÊNCIAS

- Aguiar, C. C. (2008). *A contribuição do Programa Saúde da Família (PSF) para o Sistema Público de Saúde do município de Araraquara*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia Ciência e Letras, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, SP, Brasil.
- Albuquerque, G. A., Garcia, C. D. L., Alves, M. J. H., Queiroz, C. M. H. T., & Adami, F. (2013). Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde Debate*, 37(98), 516-24.
- Arán, M., Murta, D., & Lionço, T. (2009). Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência & saúde coletiva*, 14(4), 1141-1149.
- Araújo, M. D., Galvão, M. T. G., Saraiva, M. M. M., & Albuquerque, A. D. (2006). Relação usuária-profissional de saúde: experiência de uma mulher homossexual em uma unidade de saúde de referência de Fortaleza. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 10(2), 323-27.
- Barbosa, R., & Facchini, R. (2009). Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil Access to sexual health care for women who have sex with women in São Paulo, Brazil. *Cad. saúde pública*, 25(Sup 2), S291-S300.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2007). *Carta dos Direitos dos usuários da saúde* (2ª ed.). (Série E. Legislação de Saúde). Brasília: Autor. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_direitos\\_usuarios\\_saude\\_ilustrada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direitos_usuarios_saude_ilustrada.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde*. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Autor. Recuperado de [http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia\\_acs.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. (2010). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica nº 26 Saúde Sexual e saúde reprodutiva*. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Autor.

Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. (Série E. Legislação em Saúde). Brasília: Autor. Recuperado de <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>

Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Autor. Recuperado de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf)

Bossi, M. (2014, dezembro 19). Justiça lança a cartilha Diversidade Sexual e a Cidadania LGBT. *Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania*. Recuperado de <http://www.justica.sp.gov.br/portal/site/SJDC/menuitem.b1a98ae13ac6514354f160f4390f8ca0/?vgnextoid=dbb7817a3ae3a410VgnVCM1000004974c80aRCRD&vgnextchannel=21decc533f73e310VgnVCM10000093f0c80aRCRD&vgnextfmt=default>

Bueno, W. S., & Merhy, E. E. (1997). Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes. *In Conferência Nacional de Saúde On-Line*. Na Sequência da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Tema: Norma Operacional Básica (Vol. 1, p. 96).

Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). (1946). *Biblioteca Virtual de Direitos Humanos*. São Paulo: USP. Recuperado de <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>

Coordenadoria de Políticas para a Diversidade Sexual (2014). *Diversidade Sexual e Cidadania LGBT*. São Paulo: SJDC/SP, 44 p.

Costa, V.B., Denari, F. E. (2011). Identidades, diferenças e estigmas escolares. In F. E. Denari, (Org.), *Educação e Educação Especial: textos e (con) textos* (pp. 49-63). São Carlos: Pedro & João Editores.

*Decreto Nº 55.588 de 17 de março de 2010*. (2010, 17 de março). Dispõe sobre o tratamento nominal das pessoas transexuais e travestis nos órgãos públicos do Estado de São Paulo e dá providências correlatas. Recuperado de <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2010/decreto-55588-17.03.2010.html>

Denari, F. E. (2002). Sexualidade & deficiência mental: reflexões sobre conceitos. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 8(1), 9-14.

Denari, F. E. (2010). Adolescência, afetividade, sexualidade e deficiência intelectual: o direito ao ser/estar. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, 5(1).

Denari, F. E. (Org). (2015). *(D) Eficiências e Preconceito (In) Visibilidades da deficiência no cinema*. São Carlos: Pedro & João Editores.

- Dessunti, E. M., Soubhia, Z., & Alves, E. (2009). A Formação de Recursos Humanos em Saúde e a Diversidade Sexual. In. M. N. D. Figueiró, (Org). *Educação Sexual: Múltiplos Temas, Compromissos Comuns* (pp 59 – 86). Londrina: UEL.
- Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2009). *Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltda*. Rio de Janeiro: Objetiva
- Edital Nº 668/2013 de 28 de junho de 2013*. (2013, 28 de junho). Processo Seletivo para Contratação de Agente Comunitário de Saúde da Prefeitura Municipal de Araraquara. Recuperado de <http://araraquara.sp.gov.br/Concursos/Concursos.aspx?IDConcurso=3548>
- Facchini, R. (2011). Histórico da luta de LGBT no Brasil. *Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região, organizador. Psicologia e diversidade sexual*. (pp 10-19). São Paulo: CRPSP
- Ferraz, D., & Kraiczky, J. (2010). Gênero e Políticas Públicas de Saúde—construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP*, 9(1), 70-82.
- Figueiró, M. N. D. (2009). Educação Sexual: Como Ensinar no Espaço Escolar. In. M. N. D. Figueiró. (Org). *Educação Sexual: Múltiplos Temas, Compromissos Comuns* (pp 141-171). Londrina: UEL.
- Foucault, M. (1988). *História da sexualidade I: A vontade de saber*. [Versão eletrônica] Tradução Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque (13ª ed.) Rio de Janeiro: Graal.
- Gatti, B. A. (2005). Grupo Focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. Brasília: Líber Livro

- Goffman, E. (1988) *Estigma. Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Tradução Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes (4ª ed.) Rio de Janeiro: LTC.
- Gonçalves, H. A. (2014). *Manual de Metodologia da Pesquisa Científica* (2ª ed.) São Paulo: Avercamp.
- Gondim, S. M. G. (2003). Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia*, 12(24), 149-161.
- Lavor, A. C. H., Lavor, M. C., & Lavor, I. C. (2004). Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, 5(1).
- Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. (1990, 19 de setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)
- Lei Municipal Nº 8.055, de 25 de outubro de 2013*. (2013, 25 de outubro). Dispõe sobre a inclusão e uso do nome social de travestis e transexuais nos registros municipais relativos a serviços públicos prestados no âmbito da administração direta e indireta e dá outras providências. Recuperado de <http://www.camara-arq.sp.gov.br/Siave/arquivo?id=113906>
- Lervolino, S. A., & Pelicioni, M. C. F. (2001). A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35(2), 115-121.

- Lionço, T. (2008). Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde e Sociedade, 17*(2), 11-21.
- Louro, G. L. (1997). *Gênero, sexualidade e educação. Uma perspectiva pós-estruturalista*. Rio de Janeiro: Vozes
- Luiz, C. L. (2011). Saúde para pessoas LGBT. In Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. *Psicologia e diversidade sexual* (pp.25-32). São Paulo: CRPSP.
- Mahl, E. (2012). *Programa de formação continuada para professores de educação física: possibilidades para construção de saberes sobre a inclusão de alunos com deficiência*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de São Carlos, PPGEEs/UFSCar, São Carlos, SP, Brasil.
- Maia, A. C. B. & Ribeiro, P. R. M. (2011). Educação Sexual: Princípios para ação. *Revista Brasileira de Psicologia e Educação, 15* (1), 75-84.
- Manual de publicação da APA/American Psychological Association*. (2012). Tradução Daniel Bueno. Revisão Técnica Maria Lucia Tiellet Nunes (6ª ed.). Porto Alegre: Penso
- Mello, L., Avelar, R. B. D., & Maroja, D. (2012). Por onde andam as Políticas Públicas para a População LGBT no Brasil. *Sociedade e Estado, 27*(2), 289-312.
- Mello, L., Perilo, M., Braz, C. A. D., & Pedrosa, C. (2011). Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. (14ª ed.). São Paulo: Hucitec

- Perez, M. C. A. (2012). Infância e escolarização: discutindo a relação família escola e as especificidades da infância na escola. *Práxis Educacional*, 11-25. Recuperado de <http://repositorio.unesp.br/handle/11449/124974>
- Põe na Roda (Produção). (2014). E se fosse com você? (Porque criminalizar a homofobia?) [youtube]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=KXYtmju2mkw>
- Portal A cidade ON. (2015, 18 de março). Garoto de programa de 13 anos é morto a facadas na Vila Xavier. *Portal de notícias A cidade ON*. Recuperado de <http://www.acidadeon.com/araraquara/cotidiano/NOT,0,0,1043853,Corpo+e+encontrado+na+Vila+Xavier.aspx>
- Portal da Saúde. (2016). *Programa Saúde na Escola*. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>
- Portal da Saúde (2016). *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php)
- Portal Educação. (2008). Enfermagem e o PSF – Do PSF ao ESF. Recuperado de <https://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/5290/enfermagem-e-o-psf-do-psfao-esf>
- Portaria Nº 2.836 de 01 de dezembro de 2011*. (2011, 01 de dezembro). Institui, no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Recuperado de [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836\\_01\\_12\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html)

*Portaria Nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.* (2011, 21 de outubro). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Recuperado de [http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)

Princípios de Yogyakarta. (2007). Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Recuperado de: [http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios\\_de\\_yogyakarta.pdf](http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf)

Ribeiro, P. R. M. (2009). A institucionalização dos saberes acerca da sexualidade humana e da educação sexual no Brasil. In. M. N. D. Figueiró, (Org). *Educação Sexual: Múltiplos Temas, Compromissos Comuns* (pp 129 - 140). Londrina: UEL.

Rodrigues, M., & Ferro, L. F. (2012). Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicologia: ciência e profissão*, 32(3), 552-563.

Schimith, M. D., & da Silva Lima, M. A. D. (2004). Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família Receptiveness and links to clients in a Family Health Program team. *Cad. Saúde Pública*, 20(6), 1487-1494.

Sehnem, G. D., Ressel, L. B., Pedro, E. N. R., Budó, M. D. L. D., & da Silva, F. M. (2013). A sexualidade no cuidado de enfermagem: retirando véus/The sexuality in nursing care: removing veils. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 12(1), 72-79. Recuperado de <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/16639>

Siems-Marcondes, M. E. R. (2015). A Estigmatização no “Todos” das Políticas de Inclusão Educacional. In F. E. Denari (Org.). *(D) Eficiências e Preconceito (In) Visibilidades da deficiência no cinema* (pp. 09-20). São Carlos: Pedro & João Editores

- Trad, L. A. B. (2009). *Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde*. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
- UNA-SUS UERJ. Curso de Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2015). *Nome Social: Cidadania e Respeito* [youtube]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=f4aphXF4Sn8>
- Viana, A. L., & Dal Poz, M. R. (1998). A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 8(2), 11-48.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação. O processo de construção do conhecimento*. (1ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Warschauer, C. (2001). *Rodas em Rede: Oportunidade Formativas na Escola e Fora Dela*. Rio de Janeiro: Paz e Terra

**APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

Nome:

Idade:

Tempo de atuação na profissão:

Formação Complementar:

1 – O que você entende por:

- Heterossexualidade:
- Homossexualidade:
- Bissexualidade:
- Transexualidade
- Nome social

2 – Que dificuldades você tem em abordar questões sobre sexualidade com seus pacientes?

3– Você já passou por alguma situação que englobe o assunto? Se sim, poderia descrevê-la?

4 – Durante a sua formação profissional lhe foi apresentado conteúdo relacionado a sexualidade?

- Se sim, quais informações sobre a temática você teve em seu curso de formação?

5 – Nos ensinamentos fundamental e médio você teve algum conteúdo sobre Educação Sexual?

- Se sim, você se lembra deles e como foram abordados?

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa: ESTUDO SOBRE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: o elo entre os estigmatizados e o acesso à saúde.
2. A justificativa desta pesquisa é buscar mecanismos de acesso a saúde a grupos específicos através do vínculo do profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS).
  - a. Você foi selecionado por trabalhar na Rede Básica de Saúde de Araraquara, especificamente na Unidade de Saúde da Família do Parque Residencial São Paulo e sua participação não é obrigatória.
  - b. Os objetivos deste estudo são:

### **OBJETIVO GERAL**

Propiciar conhecimentos aos Agentes Comunitários de Saúde sobre como proceder junto a grupos estigmatizados em relação aos direitos aos serviços de saúde disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Araraquara.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Verificar os saberes que os Agentes Comunitários de Saúde tem sobre sexualidade e como entendem os grupos estigmatizados.
  - Elaborar uma proposta com base na análise de dados obtidos na pesquisa que gerem conhecimentos e mecanismo de empoderamento a fim de buscar a população estigmatizada para os atendimentos de saúde.
  - Avaliar a resposta destes profissionais sobre como a pesquisa influenciou na sua prática profissional.
- c. Sua participação nesta pesquisa consistirá em ser submetido a uma entrevista realizada pela pesquisadora que será gravada e posteriormente transcrita. Participar de rodas de conversa sobre a temática da pesquisa (que serão gravadas) e redigir uma avaliação sobre os conhecimentos adquiridos.
  3. Os desconfortos e riscos possíveis desta pesquisa dizem respeito a algum tipo de constrangimento ao falar sobre assuntos relativos a sexualidade e a exposição perante os outros pesquisados quanto a revelação de valores pessoais, morais e religiosos. Os benefícios são o aprimoramento dos profissionais envolvidos sobre a temática sexualidade a fim de promover uma integração entre a comunidade, e o serviço de saúde do bairro.
    - a. Os participantes serão esclarecidos antes e durante o decorrer da pesquisa, a respeito do processo de entrevista, análise dos dados e publicação da pesquisa.
    - b. Os riscos de identificação dos participantes serão minimizados pois os mesmos serão apresentados com outra identificação.
    - c. A coleta de dados da pesquisa, a entrevista, serão individuais, as gravações somente ocorrerão com autorização expressa do participante e serão realizadas em local seguro, livre de quaisquer interferências e que garanta o conforto dos participantes da pesquisa.
  4. Os participantes terão garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.
  5. No decorrer da pesquisa e após seu encerramento, os participantes terão acompanhamento direto da pesquisadora, já que a mesma é supervisora do local de trabalho dos pesquisados.
  6. Este acompanhamento consiste em atendimentos individuais que poderão acontecer no horário de trabalho dos pesquisados e no momento que for solicitado.

7. Os participantes terão liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.
  - a. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
  - b. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.
8. Os participantes terão a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.
  - a. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.
  - b. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, já que os pesquisados serão identificados com outra identificação.
9. Não haverá ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa, pois os participantes não terão despesas com transporte, pois a coleta de dados será realizada no local de trabalho e no horário do expediente dos mesmos. Os gastos relativos a pesquisa ficará a cargo da pesquisadora.
  
10. Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Isabela V. Pasquini B. de Oliveira

UNESP – Universidade Estadual Paulista

FCLAR – Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara

Email: [isapasquini@hotmail.com](mailto:isapasquini@hotmail.com). Fone: (16) 3339-6056/3337-6767

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.**

**O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Ciências e Letras do Campus de Araraquara- UNESP, localizada à Rodovia Araraquara-Jaú, Km 1 – Caixa Postal 174 – CEP: 14800-901 – Araraquara – SP – Fone: (16) 3334-6263 – endereço eletrônico: [comitedeetica@fclar.unesp.br](mailto:comitedeetica@fclar.unesp.br).**

**Araraquara de de 2016.**

---

Assinatura do sujeito da pesquisa

## APÊNDICE C - DIAS DE REALIZAÇÃO DOS GF E RELAÇÃO DOS PARTICIPANTES

**Tabela 2** – Dias de realização dos GF e relação dos participantes

<b>Dias realizados</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Participantes</b>
17/03/2016	09	- Priscila - Fernanda - Aline - Dagmar - Adriana - Cristina - Juliana - Daniela - Fabiana
31/03/2016	07	- Fabiana - Luiza - Dagmar - Juliana - Priscila - Daniela - Aline
07/04/2016	09	- Fabiana - Priscila - Adriana - Cristina - Juliana - Daniela - Aline - Fernanda - Débora
14/04/2016	08	- Luiza - Cristina - Fabiana - Fernanda - Daniela - Priscila - Aline - Juliana
27/01/2017	08	- Luiza - Juliana - Daniela - Aline - Fernanda - Cristina - Dagmar - Adriana

Fonte: Elaboração própria

## APÊNDICE D – SLIDES APRESENTADOS NOS GRUPOS FOCAIS

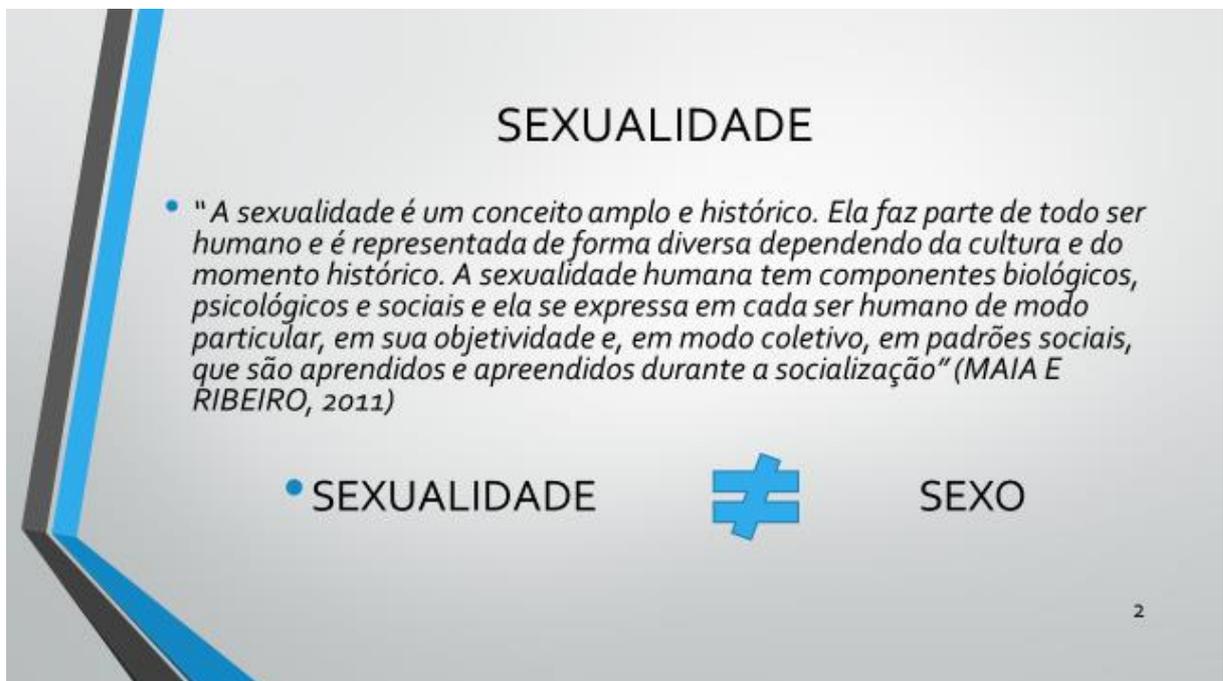
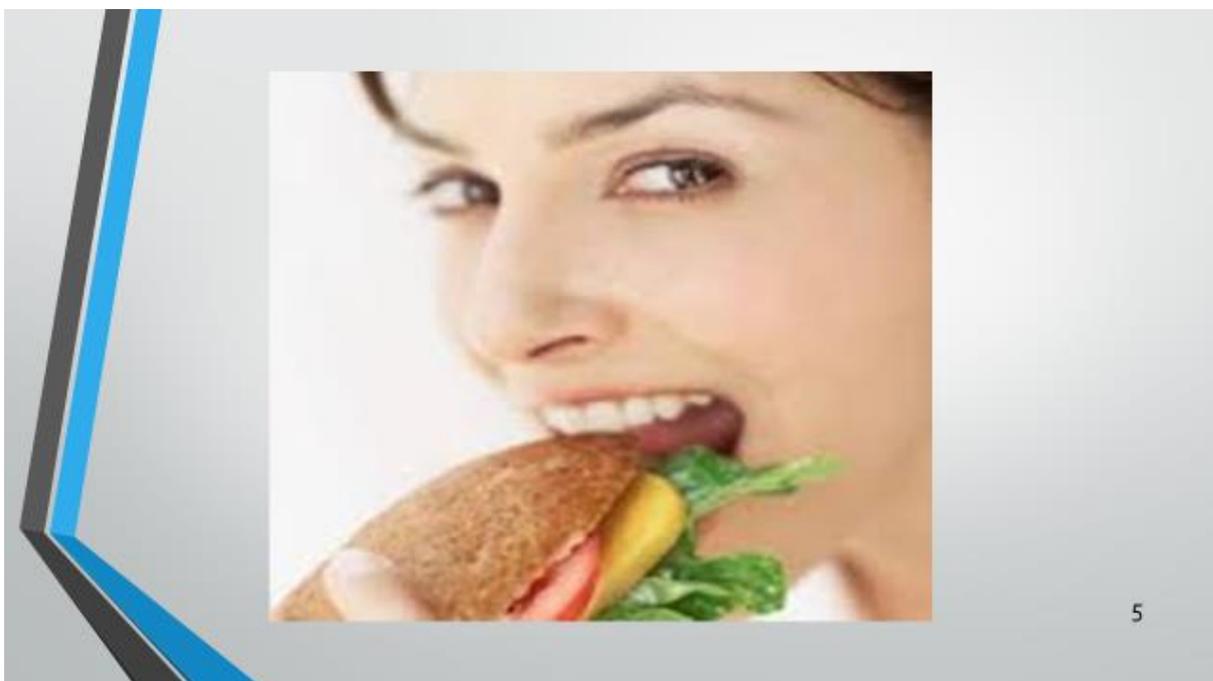




Figura 01. Praia de Ponta Verde. Ricardo Júnior. Fotos da praia de Ponta Verde. *Guia Viagens Brasil*. Recuperado de [www.guiaviagensbrasil.com/galerias/al/fotos-da-praia-de-ponta-verde/](http://www.guiaviagensbrasil.com/galerias/al/fotos-da-praia-de-ponta-verde/)



Figura 02. Família. BM Braga Internet. Fotos de Famílias. *Click grátis*. Recuperado de <http://www.clickgratis.com.br/fotos-imagens/search/?q=familia/>



5

Figura 03. Pessoa degustando um lanche. Postagens (Atom). *Blog Les Botique*. Recuperado de [http://lesbotique.blogspot.com.br/2013\\_09\\_20\\_archive.html](http://lesbotique.blogspot.com.br/2013_09_20_archive.html)



6

Figura 04. Grupo de pessoas praticando atividade física. *Blog Huntington*. Recuperado de <http://blog.huntington.com.br/atividade-fisica-e-os-tratamentos-para-fertilidade/>



Figura 05. Crianças brincando. Clube da prosa. *Blog do Toinho*. Recuperado de <https://toinhofilho.blogspot.com.br/2016/10/a-importancia-do-brincar-para-o.html>

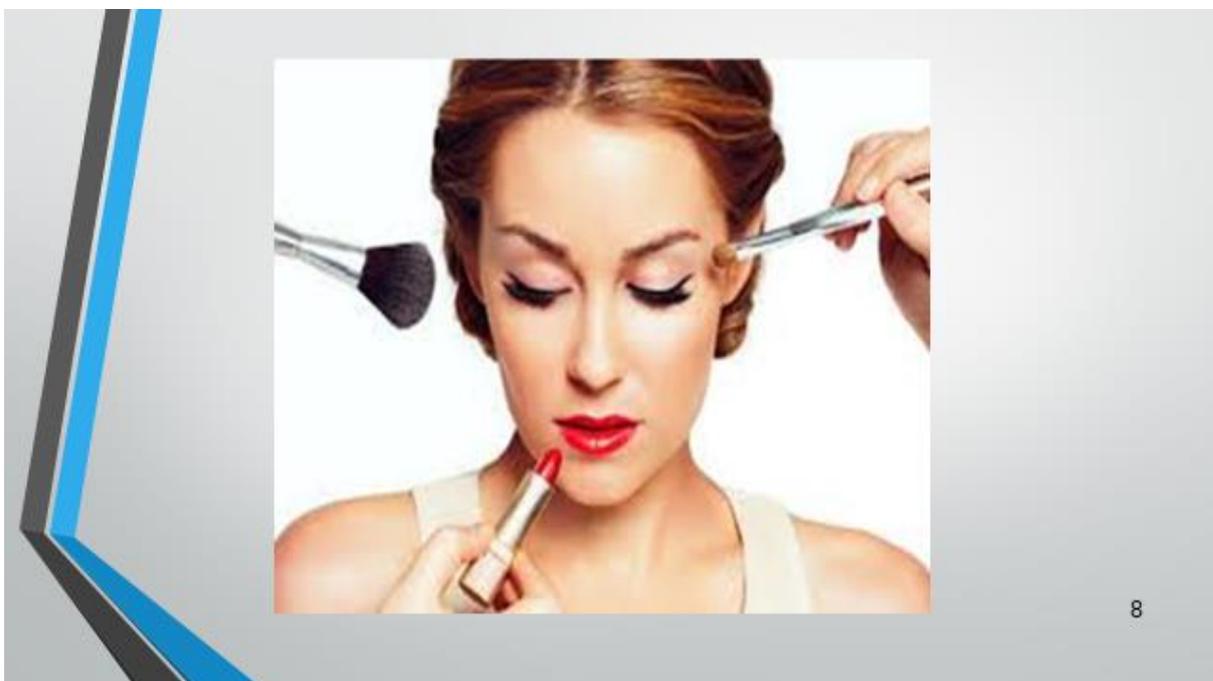


Figura 06. Mulher se maquiando. Renata Rocha. *Blog Ideias de Menina*. Recuperado de <http://www.ideiasdemenina.com/category/cabelos-2/page/8/>

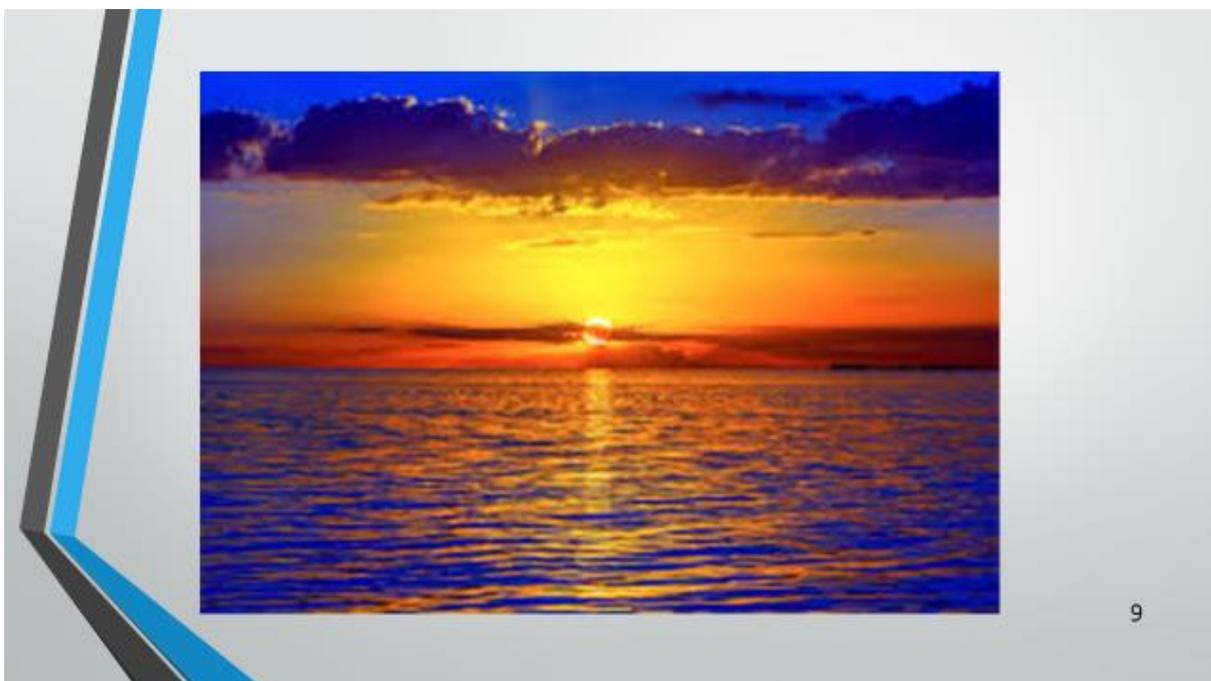


Figura 07. Pôr do sol. BMBraga Internet. *Click grátis*. Recuperado de <http://www.clickgratis.com.br/fotos-imagens/search/?q=imagens+do+por+do+sol>

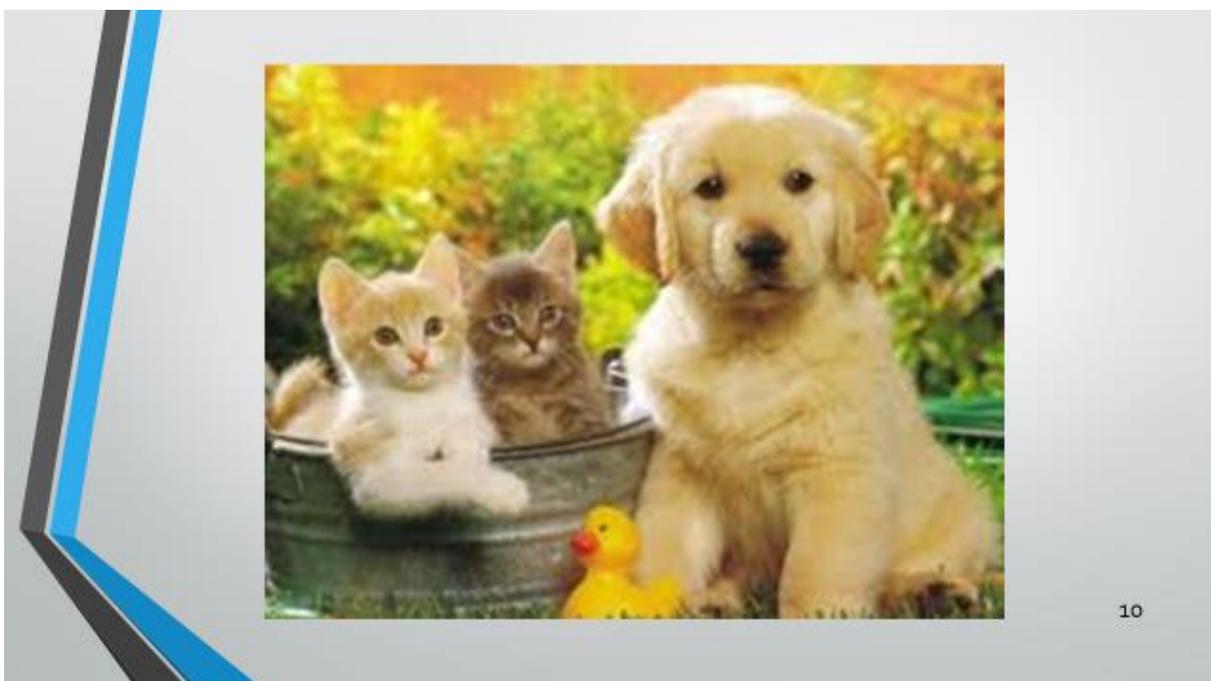


Figura 08. Animais de estimação. Rádio e Televisão Record S/A. *Cultura Mix*. Recuperado de <http://animais.culturamix.com/dicas/nomes-para-animais>

## SEXO BIOLÓGICO

- Aquele que nascemos, órgãos genitais, capacidades reprodutivas e características fisiológicas secundárias.
- HOMEM
- MULHER
- INTERSEXOS

11

## ORIENTAÇÃO SEXUAL

- É a atração afetiva e/ou sexual que uma pessoa manifesta em relação à outra, para quem se direciona, involuntariamente, o seu desejo.
- HETEROSSEXUAL
- HOMOSSEXUAL
- BISSEXUAL

12

## IMPORTANTE!

Não se utiliza a expressão "opção sexual" por não se tratar de uma escolha

- Não se utiliza a expressão "homossexualismo". A homossexualidade não é considerada como patologia pela OMS desde 1990, quando modificou a Classificação Internacional de Doenças (CID)

13

## GÊNERO

- Homens e mulheres são produtos da realidade social e não decorrência direta da anatomia de seus corpos
- SEXO É BIOLÓGICO, GÊNERO É CONSTRUÇÃO SOCIAL
- É o comportamento esperado para :
- Homens: gostem de azul, brinquem com carrinhos, sejam agressivos
- Mulheres: gostem de rosa, brinquem com bonecas, sejam delicadas

14

## IDENTIDADE DE GÊNERO

- TRANSEXUAL

Pessoa que possui uma identidade de gênero diferente do sexo biológico, podem manifestar a necessidade de realizar modificações corporais por meio de terapias hormonais e intervenções médico-cirúrgicas, para adequar seus atributos físicos à sua identidade de gênero.

15



16

Figura 09. Thammy Miranda. Reprodução/TV Globo. Anderson Dezan. Recuperado de <http://ego.globo.com/famosos/noticia/2015/06/thammy-miranda-quer-viver-sidney-magal-no-cinema-mas-cantor-descarta.html>

Figura 10. Thammy Miranda. Divulgação. *Catraca Livre*. Recuperado de <https://estilo.catracalivre.com.br/comportamento/thammy-miranda-exibe-peitoral-de-fora-em-capade-revista/>



17

Figura 11. Ariadna Arantes. Blog Baixarelendo. Recuperado de <http://baixarelendo.blogspot.com.br/2011/08/antes-x-depois-ariadna.html>

Figura 12. Marcelo Tas e Luc, Nicholas Athayde – Rizzaro, Editora Globo S/A. Recuperado de <http://revistacrescer.globo.com/Familia/Novas-familias/noticia/2014/09/marcelo-tas-conta-como-sua-filha-luiza-se-tornou-seu-filho-luc.html>



18

Figura 13. Casal transexual. Megacurioso. *Plantão JTI*. Recuperado de <http://plantaotji.com.br/noticias/conheca-as-dificuldades-do-casal-transexual-que-teve-um-bebe-na-argentina/>

Figura 14. Homem transexual “grávido”. Lady Kafka. *EitaPiula*. Recuperado de <http://www.eitapiula.com.br/internet/fotos-do-homem-gravido-com-cinco-meses-de-gestacao/>

## TRAVESTI

- Pessoa que nasce com sexo masculino e tem identidade de gênero feminina, assumindo papéis de gênero diferentes daqueles impostos pela sociedade.
- Modificam o corpo por terapias hormonais, cirurgias plásticas, aplicação de silicone mas não desejam fazer a cirurgia de redesignação sexual.
- CERTO: A TRAVESTI
- Ser travesti não é sinônimo de ser profissional do sexo.

19



20

Figura 15. Nany People. Redação. Revista Lado A. Recuperado de <http://revistaladoa.com.br/2015/12/fofocas/nany-people>

Figura 16. Rogéria. Blog Marcelo Krasilcic. Recuperado de <http://marcelokrasicic.blogspot.com.br/2013/09/rogeria.html>

## CROSSDRESSER

- Pessoa que se veste com roupas do sexo oposto para vivenciar momentaneamente papéis de gêneros diferentes daqueles atribuídos ao seu sexo biológico, mas, em geral, não realiza modificações corporais e não chega a estruturar uma identidade transexual ou travesti.

21



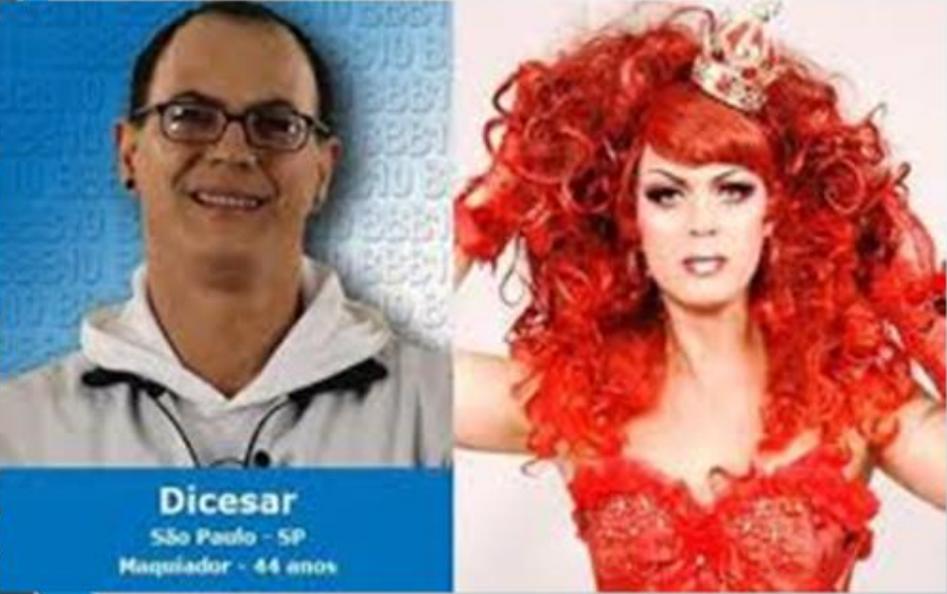
22

Figura 17. Laerte Coutinho. Ricardo Shimosakai. *Turismo Adaptado*. Recuperado de <https://turismoadaptado.wordpress.com/2013/11/10/cartunista-laerte-diz-que-sempre-teve-vontade-de-se-vestir-de-mulher/>

Figura 18. Laerte Coutinho. André Giorgi. *iG Publicidade e Conteúdo: iG e iBest*. Recuperado de <http://igay.ig.com.br/2014-03-11/laerte-gostaria-de-nao-ter-renegado-minha-homossexualidade-por-40-anos.html>

- **DRAG QUEEN**
  - Homem que se veste com roupas femininas extravagantes para a apresentação em shows e eventos, de forma artística, caricata, performática e/ou profissional
- **DRAG KING**
  - Mulher que se veste com roupas masculinas com objetivos artísticos, performáticos e/ou profissionais

23



**Dicésar**  
São Paulo - SP  
Maquiador - 44 anos

24

Figura 19. Dicésar. *Coluna Alfredo Júnior*. Recuperado de <https://alfredojunior.wordpress.com/tag/dicesar/>



Figura 20. Lady Gaga. *Blogadão*. Recuperado de <http://www.blogadao.com/fotos-lady-gaga-vestida-de-homem/>

Figura 21. Natalie Portman. *Pinterest*. Recuperado de <https://br.pinterest.com/pin/86483255314157947/>

## NOME SOCIAL

- É o prenome adotado pela pessoa travesti e transexual, que corresponde à forma pela qual se reconhece, identifica-se, é reconhecida e denominada por sua comunidade
- VÍDEO: Nome Social Cidadania e Respeito

## LEI MUNICIPAL Nº 8.055/2013

- Fica assegurado aos transexuais e travestis, o direito à escolha de tratamento nominal nos atos e procedimentos promovidos no âmbito da Administração Direta e Indireta do Município.
- Os documentos obrigatórios de identificação e de registro civil serão emitidos nos termos da legislação própria.

27

### • **HOMOFOBIA**

- Pode ser definida como o medo, o desprezo, a antipatia, a aversão ou o ódio irracional aos homossexuais. É o termo geral normalmente utilizado para se referir ao preconceito e à discriminação em razão de orientação sexual, contra gays, lésbicas e bissexuais

### • **Transfobia**

- Trata-se do preconceito e da discriminação em razão da identidade de gênero, contra travestis e transexuais

28

- A cada hora 1 gay sofre violência no Brasil
- Secretaria Nacional de Direitos Humanos mostra que registros de homofobia saltaram de 1159 em 2011 para 6,5 mil em 2015 (até outubro)
- O Brasil lidera a lista de países mais violentos contra travestis e transexuais de 2008 a 2013 foram 486 mortes
- VIDEO: E se fosse com você (porque criminalizar a homofobia)
- Araraquara, 18 de março de 2015. Adolescente de 13 anos é encontrado morto em frente ao CEO na Vila Xavier.
- Esta população sofre com o estigma por sua orientação sexual.

29

## MITO

- Homossexualidade é uma doença

## REALIDADE

- A homossexualidade é uma expressão da sexualidade humana tão saudável quanto a hétero e a bissexualidade

30

MITO	REALIDADE
<ul style="list-style-type: none"><li>• Crianças são influenciadas a serem homossexuais se tiverem contato com gays e lésbicas ou forem informadas sobre diversidade sexual.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A atração afetivo-sexual não é uma escolha e sua definição enquanto orientação sexual não pode ser influenciada por outras pessoas.</li></ul>

31

MITO	REALIDADE
Transexuais são pessoas confusas e com problemas psicológicos.	Transexuais são pessoas que, por terem uma identidade de gênero que não condiz com o sexo biológico, podem manifestar a necessidade de realizar alterações corporais. Isto não significa que tenham problemas psicológicos ou transtornos mentais.

32

## PRINCÍPIOS DO SUS

- **UNIVERSALIDADE:** A saúde é um direito do cidadão e um dever do estado
- **INTEGRALIDADE:** O indivíduo deve ser atendido na sua integralidade nas mais variadas especialidades
- **EQUIDADE:** Todos são iguais perante o SUS

## **APÊNDICE E – AVALIAÇÃO DOS ACS SOBRE O CONTEÚDO PROPOSTO**

**DATA:**

1 . Qual a sua opinião sobre os assuntos abordados?

2. De que forma a temática abordada contribuiu para melhorar a sua prática profissional?

## ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS



### AUTORIZAÇÃO

Informamos que **Isabela Virginia Pasquini Borges de Oliveira**, pesquisadora e aluna da Pós-Graduação Mestrado Profissional em Educação Sexual da FCLAr/UNESP Araraquara foi autorizada pela Gerência de Educação Permanente a realizar coleta de dados na Unidade de Saúde da Família Dr. Gustavo de Moraes Junior, situada à Avenida Albert Einstein, nº 831 – Araraquara/SP para a pesquisa intitulada “**ESTUDO SOBRE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: o elo entre os estigmatizados e o acesso a saúde**”, sob a orientação do(a) Prof<sup>(a)</sup> Dr<sup>(a)</sup> Fátima Elisabeth Denari

A aluna **Isabela Virginia Pasquini Borges de Oliveira** apresentou todos os documentos solicitados à Gerência de Educação Permanente, assim como o parecer com aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa sem pendências.

Cabe à pesquisadora o compromisso de devolutiva do seu estudo à equipe de modo a qualificar as ações dos trabalhadores da saúde relativas à temática do estudo.

Araraquara, 22 de fevereiro de 2016

Original apresenta a assinatura da autorização

---

Maria do Rosário Quinello Carnesecca  
Gerente da Educação Permanente  
Secretaria Municipal de Saúde