

Reflexão sobre a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT: percepção de enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde

Reflection on the National LGBT Integral Health Policy: perception of nurses working in primary health care

Ariadne Soares Moraes Silva¹ Gabriela Jacarandá Alves²

RESUMO

O contexto histórico que envolve a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais influencia todos os aspectos de sua vida, incluindo o processo de saúde-doença. O setor da saúde mostra-se cada vez mais investido em suas demandas, contudo, ainda existem obstáculos para garantir a eficácia na redução das iniquidades. Este estudo objetiva analisar o conhecimento dos enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde da Região de Saúde Sudoeste do Distrito Federal acerca da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa e quantitativa, realizada através da aplicação de questionários. Observou-se que os enfermeiros se mostraram desfavoráveis a atos discriminatórios, todavia, apontam opiniões contraditórias quando se trata dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, e da sua influência nas ações de assistência. O investimento formação e na educação permanente de enfermeiros e demais profissionais da saúde, são estratégias estruturantes para garantir o acesso efetivo dessa população às ações e serviços de saúde.

Palavras-chave: atenção à saúde; minorias sexuais e de gênero; equidade em saúde.

ABSTRACT

The historical context involving the Lesbian, Gay, Bisexual, Transvestite and Transsexual population influences all aspects of their lives, including the health-disease process. The health sector is increasingly invested in its demands; however, there are still obstacles to ensuring effectiveness in reducing inequities. This study aims to analyze the knowledge of nurses working in primary health care in the Southwestern Health Region of the Federal District regarding the National Policy on Integral Health of Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transsexuals. It is a descriptive research with a qualitative and quantitative approach, based on the application of questionnaires for data collection. These were unfavorable to discriminatory acts; however, they point out contradictory opinions when it comes to the principles and guidelines of the Unified Health System and its influence on assistance actions. Investment in training and continuing education of the professionals are some fundamental strategies to guarantee the effective health access of this group.

Keywords: health care (public health); sexual and gender minorities; health equity.

¹Discente de Enfermagem, da Escola Superior de Ciências da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Endereço para correspondência: QI 14, Bloco H – Apartamento 107. Bairro - Guará I. Brasília - Distrito Federal. CEP: 71015-080. E-mail: ariadneescs@gmail.com.

²Mestre em Política Social, Docente da Escola Superior de Ciências da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. E-mail: gabriela.jacaranda@gmail.com.

1. Introdução

Desde a virada do século XX para o XXI as lutas pelos direitos da população homossexual e transexual tem entrado nas questões da saúde pública, posteriormente se ampliando para a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (LGBT) como um todo¹. Realizando um recorte histórico, são percebidos diversos fatores que culminam na identificação dessa população como sendo vulnerável e reconhecida como sofredora dos efeitos da discriminação e exclusão de seu processo de saúde-doença².

O grande marco da redemocratização do país, a Constituição Federal de 1988, foi crucial para estabelecer a garantia dos direitos fundamentais do cidadão brasileiro, incluindo o direito a saúde³. Para ter formas de garantir esse direito, em setembro de 1990, o Congresso Nacional decreta e sanciona a Lei que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), a Lei nº 8.080, 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. O SUS é fruto de um processo de construção social ao longo dos anos, que tange e norteia seus princípios e diretrizes, onde todos os níveis de assistência do serviço de saúde devem oferecer a população universalidade, equidade e integralidade no acesso⁴.

O país se encontrava frente a debates constantes e contraditórios ao que se trata da garantia de direitos básicos, visto que, a realidade conservadora e o espaço religioso nas decisões políticas dificultam a prática de um Estado Democrático que garante direito à saúde de forma universal⁵.

A epidemia de 1980 da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIA), mais conhecida como *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS), foi um dos fatores que culminaram para a marginalização desse grupo, visto que relacionavam muito as práticas homossexuais devido sua frequência nestes indivíduos, onde sua influência permanece até hoje reforçando os estereótipos dessa população, conseqüentemente, atribuiu uma incipiência a linha de cuidado do processo saúde-doença do indivíduo que não se encaixa nos padrões de gênero e sexualidade, na maioria das vezes, se pensa somente no cuidado as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), e não em seu cuidado integral^{2,6}.

Entre seus princípios, a integralidade é um dos mais importantes para a garantia do direito à saúde, esta que envolve ações articuladas e contínuas de acordo com as

particularidades de cada indivíduo, sendo assim, a integralidade deve compreender desde a regulação das políticas públicas até o cuidado direto ao usuário em todas suas dimensões^{2,7}.

A universalidade deve garantir o acesso da população aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios, sendo uma das ferramentas que também garantem o direito à saúde dos cidadãos. Contudo, a desigualdade que permanece no país desde a reforma constitucional, ainda reflete na atuação frágil e pouco eficiente dos princípios do SUS na prática^{2,6}. Esta ainda se desdobra na noção de igualdade, onde também remete a necessidade de distribuição dos serviços de forma justa, contudo, essa visão tende a ser restrita, desamparando as populações menos favorecidas que vivem com individualidades que não são abarcadas nessa noção⁸.

Dessa forma, as políticas são construídas de modo que se incorpore ações para grupos considerados vulneráveis, apresentando o conceito equidade, ainda muito discutido principalmente no âmbito da saúde devido seus múltiplos entendimentos. Seus aspectos objetivam uma sociedade mais solidária, tolerante e justa, ao visar a população dentro de sua coletividade e dentro de suas condições individuais, realizando intervenções situacionais, o que dentro das discussões dos direitos sociais, mais se aproxima do ideal de justiça⁹. Ao tratar todos os indivíduos de forma somente igualitária, se esconde suas iniquidades sociais e individuais, sendo assim, a necessidade de atenção especial para grupos específicos é necessário para que haja igualdade na assistência, protegendo o direito à saúde do cidadão¹⁰.

Contudo, no âmbito da saúde, alguns autores relacionam práticas discriminatórias recorrentes de alguns profissionais de saúde, aos padrões normatizados da heterossexualidade na sociedade. O processo de saúde-doença de uma população LGBT é complexo e específico para cada sigla, sendo necessário transformações no serviço de saúde e no modo de pensar e de agir dos profissionais de saúde. A orientação sexual e identidade de gênero dentro do serviço de saúde acabam perdendo sua definição e indicação de encaminhamentos pertinentes devido a essas dificuldades em consolidar uma cultura democrática pelo direito à saúde integral¹¹.

As dimensões continentais do Brasil trazem à tona a diversidade geográfica, econômica, social e cultural da população, além de ter uma grande concentração urbana, o que também gera condições diversas da população podendo as inserir em aspectos

vulneráveis devido a fatores biológicos ou socioeconômicos, que levam a sua dificuldade de acesso ao serviço de saúde e sua exclusão social¹⁰.

As discussões acerca da orientação sexual trazem conceitos que envolvem o desejo de relação afetiva e sexual entre o sexo oposto ou do mesmo sexo, abrangendo as lésbicas, gays e bissexuais. Já o gênero, de forma primária, era entendido como uma construção social, histórica, política e econômica, definindo modelos através do reforço de padrões comportamentais da figura masculina e feminina estabelecidos a partir de símbolos, normas e instituições. A identidade de gênero, por outro lado, traz a percepção de cada indivíduo como base para sua definição como homem ou mulher para a sociedade, dando um significado mais amplo ao termo. A diversidade sexual se torna mais complexa e ampla e as discussões em relação ao que a envolve, como identidade sexual e de gênero, continuam sem uma definição permanente¹¹.

Ao que era percebido os novos cenários de diversidade que envolviam essas lutas, foi exposto a necessidade de agregar termos que contemplasse a pluralidade de formas de existências fora da perspectiva heteronormativa, principalmente após as críticas *queer*, dessa forma, os termos destinados a essa população se modificaram, a sigla GLS (gays, lésbicas e simpatizantes) tem a letra S retirada, adicionando o B (bissexuais), o T (transexuais) e o I (intersexuais)⁶.

Sendo assim, fazem parte da orientação sexual os termos: lésbica, definida como mulher que é atraída afetiva e/ou sexualmente por pessoas do mesmo sexo/gênero; gay, definido como pessoa do gênero masculino que tem desejos, práticas sexuais e/ou relacionamento afetivo-sexual com outras pessoas do mesmo gênero; e bissexual, sendo a pessoa que se relaciona afetiva e sexualmente com pessoas de ambos os sexos/gêneros. Em relação a identidade de gênero, fazem parte os termos: transexual, definido como a pessoa que possui uma identidade de gênero diferente do sexo designado no nascimento; travesti, sendo uma construção de gênero feminino, oposta ao sexo biológico, seguido de uma construção física de caráter permanente; e intersexual, usado para descrever pessoas que nascem com anatomia reprodutiva ou sexual e/ou um padrão de cromossomos que não podem ser classificados como sendo tipicamente masculinos ou femininos¹².

Logo, é certo que a população LGBT foge do padrão heteronormativo aceito pela sociedade, o que gera conflitos na mesma e, conseqüentemente, pode acarretar em situações de violência psicológica e física, além de afetar sua saúde mental e qualidade de vida¹¹. A Política Nacional de Saúde Integral de LGBT foi instituída através da

Portaria N° 2.836 de 1° de dezembro de 2011, sendo um marco histórico para a visibilidade da população LGBT dentro do serviço de saúde. A Política tem como objetivo *“promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo”*².

Para conseguir contemplar seu objetivo, a Política traz diversos objetivos específicos que contribuem para visibilidade e eliminação da discriminação e marginalização da população LGBT. Esses envolvem a gestão da saúde através das demandas específicas e ampliação do acesso ao serviço de saúde, tendo em vista a maior qualificação dos serviços para o atendimento integral, além do controle de indicadores da saúde e de serviços para essa população².

Muito além do contexto biológico, a visão holística do indivíduo como um ser único e que tem direito a dignidade em todos os patamares de sua existência, a qual não é respeitada, tornam suas demandas em saúde muito maiores. Essas carências determinadas socialmente, são definidas como iniquidades em saúde e são um desafio para SUS e para os profissionais de saúde, os enfermeiros, por exemplo, ainda se deparam com muitos obstáculos, tanto em relação a recursos e tecnologias, quanto em relação a própria formação, esta que ainda se mantém em uma visão assistencialista e com restrito conhecimento ao Estado de Direito do cidadão¹⁰.

Dessa forma, este estudo objetiva analisar o conhecimento dos Enfermeiros que atuam na Atenção Primária acerca da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, identificando o conhecimento dos enfermeiros sobre a mesma e refletindo acerca da assistência integral prestada a população LGBT, dentro das UBS da Região de Saúde Sudoeste do Distrito Federal.

2. Métodos

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa e quantitativa, motivada por questionamentos acerca da qualidade da assistência prestada a população LGBT. Inicialmente, recorreu-se ao levantamento de fontes secundárias de pesquisa, a partir de censos demográficos e legislações que envolvem a população LGBT¹³.

Como instrumento de coleta de dados, foi construído um questionário baseado nos objetivos e nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, combinando respostas abertas para o segmento qualitativo da pesquisa, de acordo com a

proposta de análise de conteúdo de Bardin¹³, com as respostas fechadas baseadas na Escala de Likert, para seu segmento quantitativo¹⁴.

O questionário foi submetido a um pré-teste, sendo utilizado como ferramenta para verificação de falhas existentes e possíveis melhoras, antes da aplicação real na amostra pré-estabelecida. A coleta de dados foi realizada no período de março a maio de 2018, sendo a amostra de conveniência composta por 47 enfermeiros, que atuavam há mais de um ano nas UBS da Região de Saúde Sudoeste do Distrito Federal¹⁵. Foi disponibilizado a todos os participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo seu sigilo e os orientando quanto ao processo da pesquisa.

As variáveis do segmento quantitativo foram categorizadas e submetidas a análise de conteúdo, sendo tabulados a partir do programa *IBM SPSS Statistics*, por fim, foram gerados gráficos em barra. Para o segmento qualitativo, os dados coletados foram transcritos em ordem aleatória com auxílio da plataforma *Excel 2016*, onde as falas foram protegidas para citação ao longo da pesquisa, também foram categorizadas e agrupadas em “*unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidades de codificação para o registro dos dados*”, assim como propõe Bardin, com o programa *MAXQDA 2018*. Por fim, os resultados foram interpretados de acordo com a relação das hipóteses levantadas previamente¹³.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da SES/DF, sob o parecer de nº 2.616.297 de 24/04/2018.

3. Resultados e discussão

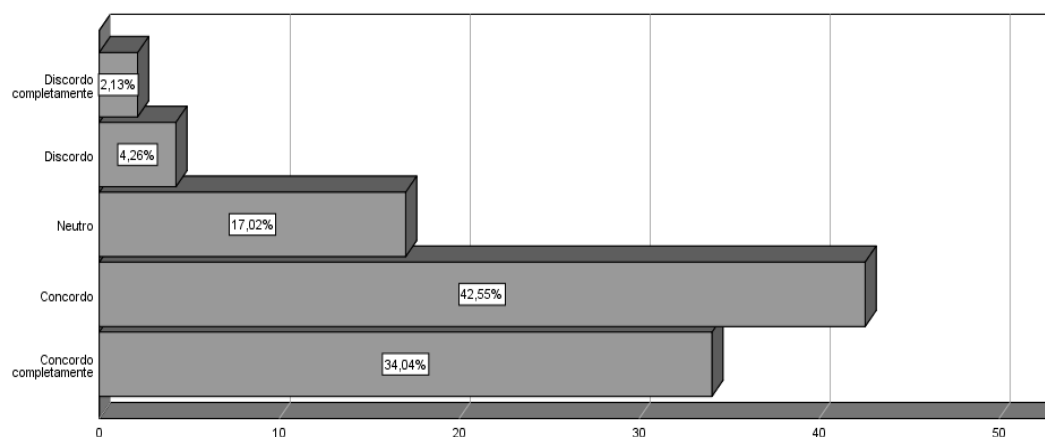
Durante a década de 1970, com os levantamentos questionadores da noção biomédica relacionada a saúde na América Latina, ao considerar o caráter histórico e social dos problemas de saúde novas soluções eram esclarecidas para a melhoria das condições de saúde da população, sendo adotado o termo “determinação” para tal, onde posteriormente se torna “determinantes sociais da saúde”. Destaca-se que, nesse período, os debates mundiais focavam, principalmente, na noção que a dimensão coletiva era influenciadora não só do adoecimento, mas também da própria vitalidade, conseqüentemente se tornando um processo, assim como conceitua Cruz (2011)¹⁶:

“[...] um processo dinâmico, complexo e multidimensional por envolver dimensões biológicas, psicológicas, socioculturais, econômicas, ambientais, políticas, enfim, pode-se identificar uma complexa interrelação quando se trata de saúde e doença de uma pessoa, de um grupo social ou de sociedades.”

A concepção do processo de saúde-doença vem de confronto a abordagem teórica do modelo biomédico de entendimento da saúde. Sendo assim, autores começam a explorar que, para comprovar empiricamente o caráter histórico da doença, mais vale uma avaliação do processo que ocorre dentro da coletividade humana¹⁶.

Em decorrência a não adequação do gênero ou orientação sexual, os agravos à saúde da população LGBT são consideradas consequentes a frequente violação de seus Direitos Humanos, encontrando-se em um estado vulnerável dentro da sociedade. O SUS reconhece a existência da discriminação, exclusão e seu impacto nessa população, sendo assim, a relação do usuário com o profissional de saúde se mostra fundamental para a qualidade do atendimento nos serviços de saúde, porém ainda se percebe uma carência de um atendimento integral relacionando o usuário a sua identidade de gênero e orientação sexual¹¹.

Gráfico 1. Percepção dos enfermeiros sobre a relação do processo saúde-doença com os determinantes sociais da saúde da população LGBT. Brasília, 2018.

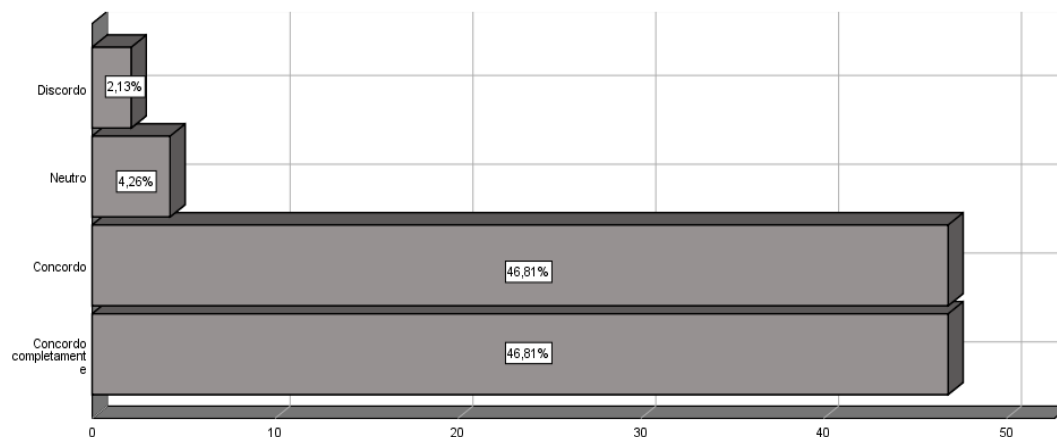


De forma primária, a pesquisa aponta uma visão positiva nas respostas obtidas pelos enfermeiros, o Gráfico 1, evidencia que, 42,55% dos enfermeiros entrevistados concorde que a determinação social da saúde relacionada a população LGBT compõe o processo saúde-doença da mesma, junto a 34,04% que concorda completamente.

Enquanto o Gráfico 2 aponta que, 46,81% concorda ou concorda completamente que o processo de enfrentamento as iniquidades em saúde com foco na população LGBT auxilia na consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. Dessa forma, levando em consideração o levantamento teórico, a pesquisa evidencia que os enfermeiros reconhecem a existência das individualidades da população LGBT,

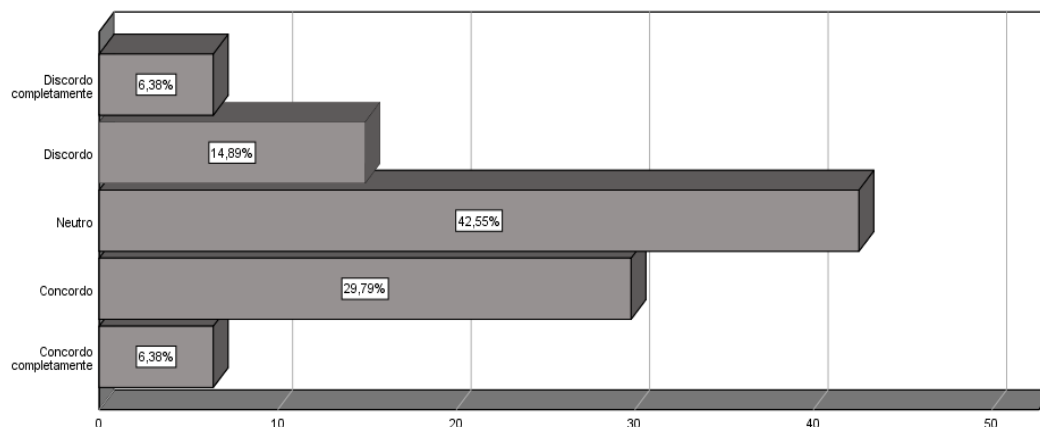
proporcionando um discreto distanciamento das discussões acerca da discriminação recorrente nos serviços, de forma a excluir e negar a importância de suas iniquidades.

Gráfico 2. Percepção dos enfermeiros sobre a relação do enfrentamento as iniquidades em saúde da população LGBT com a consolidação do SUS. Brasília, 2018.



Contudo, ao serem questionados acerca do conhecimento da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, de acordo com o Gráfico 3, 42,55% dos enfermeiros se mostram neutros, mesmo com a concordância de 29,79%. Sabe-se que a educação é parte essencial do processo de vinculação do profissional de saúde com o usuário do serviço, já que, o espaço da atenção à saúde pode ser entendido como uma área de qualificação profissional e de aprendizagem do usuário acerca das próprias condições de saúde¹⁷.

Gráfico 3. Conhecimento da Política Nacional de Saúde Integral LGBT pelos enfermeiros das UBS. Brasília, 2018.



A Tabela 1 aponta resultados das 2 questões qualitativas feitas aos enfermeiros. Ao serem questionados acerca do propósito da aplicação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, 61,4% apresentaram respostas, destes, 24,3% relacionaram seu propósito a igualdade e diminuição de discriminação, enquanto somente 14,3% responderam de forma a abranger os princípios e diretrizes do SUS. Ao observar as respostas referente as suas atuações em enfermagem dentro do serviço, 65,7% dos enfermeiros responderam, onde 31,4% não realizavam qualquer tipo de ação, enquanto 17,3% limitaram suas respostas ao atendimento em consultório sem discriminação.

Tabela 1. Respostas qualitativas dos enfermeiros acerca da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT. Brasília, 2018.

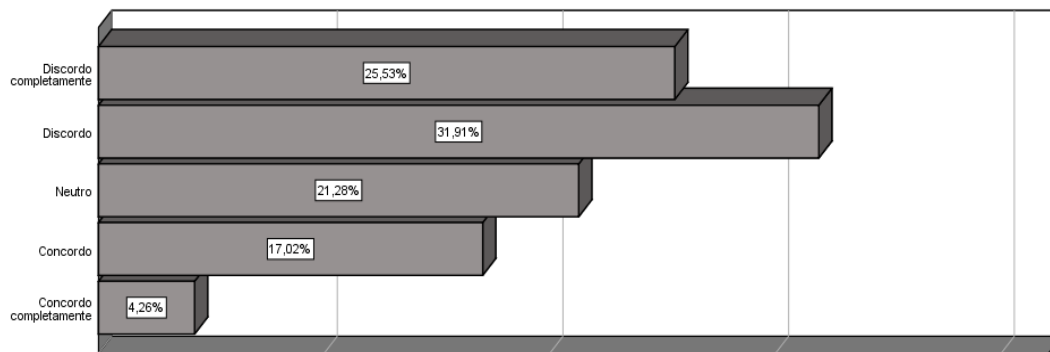
TÍTULO	RESPOSTAS CATEGORIZADAS	PORCENTAGEM
Propósito da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT.	Igualdade e diminuição de discriminação	24,30%
	Melhora no acesso	17,10%
	Princípios e diretrizes do SUS	14,30%
	Educação permanente/continuada	5,70%
Total		61,40%
Ações voltadas para a população LGBT realizadas pelos Enfermeiros.	Não realiza	31,40%
	Atendimento sem discriminação	14,30%
	Consulta individual padrão	11,40%
	Problemas na estrutura e/ou recurso humano	8,60%
Total		65,70%

A base do conhecimento do enfermeiro também se abre a necessidade de levar o usuário a conquistar sua autonomia e conseqüentemente a melhoria da qualidade de vida dessa da população, tendo um importante papel na concretização da educação em saúde⁷. A visão da enfermagem de uma forma ampla se relaciona com a estrutura econômica, política e ideológica da sociedade brasileira, o que o torna um espaço imprescindível para a concretização das ações de promoção da saúde, todavia, é fato que os enfermeiros ainda atuam de forma incipiente no que se relaciona a promoção da saúde, sendo no fim das contas não aplicada na prática das rotinas dos serviços de saúde¹⁸.

O Gráfico 4 aponta que, 31,91% dos entrevistados discordam e, sequencialmente, 25,53% discordam completamente terem qualquer tipo de iniciativa para a população em questão dentro da UBS de atuação. Logo, é evidente que, quando os enfermeiros concordam com a existência do impacto das iniquidades de saúde no processo de saúde-doença da população LGBT, não necessariamente afirmam seus

conhecimentos concretos acerca dessa questão, ou no que diz respeito a sua relação com os princípios e diretrizes do SUS, base da Política, mas sim, mostra que os profissionais tendem a serem mais esclarecidos com os direitos dos cidadãos, onde a população LGBT não deve ter abordagens discriminatórias durante seu atendimento, uma visão limitada de seu papel dentro do serviço de saúde.

Gráfico 4. Existência de ações voltadas para a população LGBT na UBS pesquisada. Brasília, 2018.



De acordo com a Carta de Ottawa, de 1986, a promoção da saúde não se limita ao que ocorre dentro do serviço de saúde com os profissionais e os usuário, ela se articula a nível político em todos os níveis de setores, expondo o impacto de suas decisões no campo da saúde, sendo assim, ela denota em incluir abordagens em legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, desenvolvendo uma ação coordenada para distribuir de forma equitativa a renda e políticas sociais. Destaca-se que a promoção em saúde apoia o desenvolvimento pessoal e social a partir da propagação de informações ao ter ações em saúde no serviço, aumentando assim a probabilidade do usuário e da comunidade de desenvolver sua autonomia¹⁸.

Ao serem questionados de forma qualitativa sobre suas atuações em enfermagem dentro do serviço, 65,7% dos enfermeiros se encaixaram nas categorias também descritas na Tabela 1, deles, 31,4% não realizam qualquer tipo de ação, enquanto 14,3% limitaram suas respostas ao atendimento em consultório sem discriminação.

A educação permanente busca não só uma transferência de conhecimento cognitivo e tecnológico para os profissionais, mas sim uma formação transversal envolvendo gestão, atenção, formação e participação social¹⁷. É um fator que pode ser primordial para a melhoria do acesso da população LGBT no serviço de saúde, em um apanhado geral, tanto no Brasil como no resto do mundo, a educação permanente é

incipiente para cobrir todos os profissionais dessa área, dessa forma, a falta de atualização de conhecimentos reflete na exclusão e prejuízo no apoio e suporte de usuários fora do padrão sexual e de gênero¹⁹. Dentro da Política Nacional de Saúde de LGBT, a educação permanente é discutida como ferramenta para a necessidade da sensibilização dos profissionais de saúde em relação dos direitos de LGBT, com inclusão de temas como a livre expressão sexual².

É evidente que os enfermeiros reconhecem a necessidade da educação permanente, onde 46,81% concordam e 46,81% concordam completamente acerca do tópico em questão. Também é se torna destaque quando se relaciona a Política instituída em 2011, com o tempo de serviço na secretaria de saúde (SES), sendo que a maior porcentagem dos entrevistados, 47,73%, possui entre 6 e 10 anos de serviço, sequencialmente, 40,91% possuem mais de 11 anos, enquanto somente 11,36% estão na SES há 5 anos. Além disso, 64,44% terminaram sua formação acadêmica entre 2000 e 2009, 22,22% até 1999 e, somente 13,33% se formaram a partir de 2010.

Os entrevistados também revelam em seus depoimentos a necessidade da educação permanente na atuação do enfermeiro no serviço de saúde, como:

E9: “Atendo o público em geral, mas nestes casos específicos acho que preciso de treinamento”.

E15: “Não, porque não existe em nossa ubs condições para desenvolver tais ações. E ainda não me sinto preparada para tais ações.”

E24: “Não desenvolvo, não tenho suporte de conhecimento, estrutura e referenciamento para isso”.

Fora isso, mesmo com tantos apelos para inserção da humanização do cuidado dentro do próprio ambiente de ensino-aprendizagem, durante sua formação acadêmica, ainda é escasso métodos que realmente o faça ser aplicado, o estudante então é norteado, na maioria das vezes, pela observação no cotidiano do serviço de saúde. Posteriormente, a realidade da formação de trabalho na perspectiva capitalista do mercado, apenas contribui para reprimir da atuação da enfermagem nessas questões,

onde, sua formação profissional se limita na concepção biológica e fragmentada, se distanciando da complexidade do SUS¹⁷.

Sendo assim, os enfermeiros apontam opiniões contraditórias quando se trata dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da sua influência nas ações de assistência, sendo peça chave para implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT. A visão limitada a somente o tratamento simples igualitário de uma população vulnerável reduz o dever do enfermeiro como educador de saúde a somente uma atuação pontual dentro do consultório, quando o usuário traz alguma demanda, sendo claro a falta de busca ativa acerca do perfil da população adstrita, assim como traz algumas respostas:

E7: “Não tenho desenvolvido ações a esta população, atendo como usuário que estar inserido na área adstrita da equipe”.

E11: “Não existe uma ação específica para esse grupo, porém tem a demanda espontânea que é atendida com eficácia e eficiência nas necessidades desse grupo”.

O conceito de acesso no cenário da saúde, por muitos autores não é apenas compreendido como a procura e a entrada do usuário ao serviço, mas também pela qualidade do processo de cuidado e seu resultado. As UBS, portanto, devem ser estruturadas em locais bem estabelecidos, onde garantam que os indivíduos e a comunidade tenham acesso fácil ao seu serviço. O profissional de saúde precisa estar preparado de acordo com a realidade da população que atende, não deixando que individualidades socioculturais sejam obstáculos para a formação e manutenção deste vínculo, devendo sempre considerar o usuário como individual a nível biológico, psíquico e social²⁰.

É importante ressaltar que, mesmo com o avanço dos profissionais de saúde em se disporem a atender de forma igualitária todo usuário que chegue na UBS, ainda assim, o evidente distanciamento dos mesmos a complexidade dos conceitos e ações relativos ao SUS, podem ser reflexo de uma formação incipiente junto a um indisponibilidade de ações de educação permanente durante sua carreira profissional, tendo um impacto ainda maior em quem está dentro do serviço há anos, muitos antes da criação de Políticas Públicas para a população LGBT.

4. Considerações finais

Embora a população LGBT carregue consigo as consequências de um longo histórico de violência e negligência, levando em consideração o levantamento teórico, a pesquisa evidencia uma melhora no entendimento dos profissionais de saúde quanto ao que permeia uma população vulnerável, proporcionando uma melhora nos atendimentos dentro do serviço de saúde de forma não excludente.

É certo que, a noção do acolhimento igualitário livre de qualquer discriminação, é o argumento principal dos enfermeiros em relação a aplicação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT. Contudo, quando estes apontam que detém conhecimento acerca do impacto das iniquidades em saúde, é perceptível ao longo da pesquisa que, a visão pouco esclarecida acerca da complexidade dos princípios e diretrizes do SUS e da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT influenciam em suas declarações acerca das ações práticas.

A necessidade de uma base sólida durante a formação acadêmica e a continuidade do aprendizado, com disponibilidade da educação permanente, são estratégias fundamentais para a melhoria do acesso da população LGBT no serviço de saúde, onde a atuação do enfermeiro deva ser pautada na garantia de Direito à Saúde do cidadão, utilizando a integralidade para atender as necessidades em saúde de cada indivíduo.

5. Referências

1. SANTOS, A. R.; SANTOS, R. M. M.; *et. al.*. **Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTT**. Rev. Bioét. v.23, n.2, p.400-408. 2015.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília – DF. 1ed. 2013.
3. NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R.. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro – Editora: Fiocruz. v.3, p.19-32, 2013. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/98kju/pdf/noronha-9788581100173-03.pdf>>.
4. BRASIL. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília – DF. 1990.
5. POPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D. C.; *et. al.*. **A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios**. Rev. Ciênc. Saúde Coletiva. v.22, n.5, p.1509-1520. 2017.

6. GERMANO, I. M. P.; SAMPAIO, J. P.. **Políticas públicas e crítica queer:** algumas questões sobre identidade LGBT. Rev. Psicologia & Sociedade, v.26, n.2. 2014.
7. BEZERRA, F.; TAZIANA, S.; *et al.* **Promoção da saúde:** a qualidade de vida nas práticas da enfermagem. Rev. Enfermería Global. n. 32, out. 2013.
8. SOUSA, A. M. C.. **Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos.** Rev. Katál– Florianópolis, v.17, n.2, p.227-234, jun-dez 2014.
9. BARROS, F. P. C.; SOUSA, M. F.. **Equidade:** seus conceitos, significações e implicações para o SUS. Rev. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.1, p.9-18. 2016.
10. AITH, F.; SCALCO, N.. **Direito à saúde de pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos.** Rev. USP. São Paulo, n.107, p.43-54, out-nov-dez. 2015.
11. ALBUQUERQUE, G. A.; GARCIA, C. L.; *et. al.* **Homossexualidade e o direito à saúde:** um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. Rev. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v.37, n.98, p.516-524, jul-set. 2013.
12. REIS, T.; org.. **Manual de comunicação LGBTI+:** substitua preconceito por informação correta. Curitiba – Editora: Aliança Nacional LGBTI / GayLatino. 2ed. 2018.
13. CÂMARA, R. H.. **Análise de conteúdo:** da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. Rev. Interinstitucional de Psicologia. v.6, n.2, p.179-191, jul-dez. 2013.
14. BERMUDEZ, W. L.; SANTANA, B. T.. **Tipos de escalas utilizadas em pesquisas e suas aplicações.** Rev. Vértices. Campos dos Goytacazes – RJ, v.18, n.2, p.7-20, mai-ago. 2016.
15. LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A.. **Fundamentos de Metodologia Científica.** São Paulo – Editora: Atlas S.A. 5ed. 2003.
16. GONZALEZ, V. V.. **A trajetória da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.** Dissertação (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2015.
17. ABBAD, G. S.; PARREIRA, C. M. S. F.; *et. al.* **Ensino na saúde no Brasil:** desafios para a formação profissional e qualificação para o trabalho. Curitiba – Editora: Juruá. 2016.
18. MASCARENHAS M. B.; MELO, C. M. M.; *et. al.* **Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária.** Rev. Bras. Enferm. Brasília, v.65, n.6, p.991-999, nov-dez. 2012.
19. DUARTE, M. J. O.. **LGBT e drogas:** para uma cartografia epistemológica [*anais*]. Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades. v.1. 2017.
20. CARVALHO, A. I.; ESCOREL S.; *et. al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro – Editora: FIOCRUZ. 2ed – revista e ampliada. 2012.