

Política Nacional de Saúde Integral de LGBT: percepção de enfermeiros da atenção primária à saúde

National LGBT Integral Health Policy: perception of nurses in primary health care

Ariadne Soares Moraes Silva¹
Gabriela Jacarandá Alves²

¹Graduada em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília, Brasil.

²Mestre em Política Social, Docente da Escola Superior de Ciências da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília, Brasil.

Para correspondência: Ariadne Soares Moraes Silva: ariadneescs@gmail.com,
Gabriela Jacarandá Alves: gabriela.jacaranda@gmail.com

Recebido: 04/09/20
Aceito: 23/03/21

RESUMO

Objetivo: analisar o conhecimento dos enfermeiros que atuam nas unidades básicas de saúde, acerca da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

Método: pesquisa qualitativa e quantitativa, realizada na Região de Saúde de Sudoeste do Distrito Federal, com aplicação de questionários a 47 enfermeiros.

Resultados: os enfermeiros mostraram-se desfavoráveis a atos discriminatórios, todavia, apontam opiniões contraditórias no que tange aos princípios e diretrizes da Política em questão.

Conclusão: a visão restrita acerca da complexidade da atenção a minorias sexuais e de gênero pode comprometer a atenção à saúde equitativa.

Palavras-chave: Atenção à saúde; Saúde de Minorias; Equidade em saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze basic health unit nurses knowledge about the National Policy for Integral Health for Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites, and Transsexuals.

Method: qualitative and quantitative research held in the Federal District's Southwest Health Region consisting of the application of questionnaires to 47 nurses.

Results: the nurses appear to be against discriminatory acts, however, they show contradictory opinions regarding the principles and guidelines of the policy addressed.

Conclusion: the narrow-minded view of the complexity of care for sexual and gender minorities can impact on equitable health care.

Keywords: Health Care; Minority Health; Health Equity.

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 à saúde³. Para ter formas de garantir esse direito, em setembro de 1990, o Congresso Nacional decreta e sanciona a Lei que regulamentava 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 tangencia e norteia seus princípios e diretrizes, onde todos os níveis de assistência do serviço de saúde devem oferecer à população universalidade, equidade e integralidade no acesso⁴.

O país se encontrava frente a debates constantes e contraditórios ao que se tratava 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 (SIDA), 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 às 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 nesta 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 necessária 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. Devido à dificuldade em consolidar uma cultura democrática pelo direito à saúde integral, a orientação sexual e identidade de gênero, dentro do serviço de saúde, perde

sua definição e indicação de encaminhamentos pertinentes¹¹.

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 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 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 o SUS e para profissionais de saúde. Os enfermeiros, por exemplo, ainda se deparam com muitos obstáculos, tanto em relação a recursos e tecnologias, quanto em relação à própria formação, esta que ainda mantém 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 nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), da Região de Saúde Sudoeste do Distrito Federal, acerca da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

MÉTODO

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

A coleta de dados foi realizada em 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Região de Saúde Sudoeste do Distrito Federal, sendo a amostra composta por 47 enfermeiros que atuavam há mais de um ano no serviço de saúde em que estavam presentes no momento da pesquisa.

Como instrumento de coleta, foi construído um questionário baseado nos objetivos e 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 Bardin citada por Câmara¹³, com respostas fechadas para seu segmento quantitativo, baseadas na Escala de Likert¹⁴. Submetido a um pré-teste, sendo utilizado como ferramenta para verificação de falhas existentes e possíveis melhorias.

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 com o programa *MAXQDA 2018*. Por fim, os resultados foram interpretados de acordo com a relação das hipóteses levantadas anteriormente¹³.

Foi disponibilizado a todos os participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo sigilo e a orientação quanto ao processo da pesquisa. 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.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a década de 1970, com os levantamentos questionadores da noção biomédica relacionada à 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”. Nesse período, destaca-se que os debates mundiais focaram, principalmente, na noção que a dimensão coletiva era influenciadora não só do adoecimento, mas também da própria vitalidade, consequentemente se tornando um processo, assim como conceitua Cruz citado por Gonzalez¹⁵:

“[...] 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.”

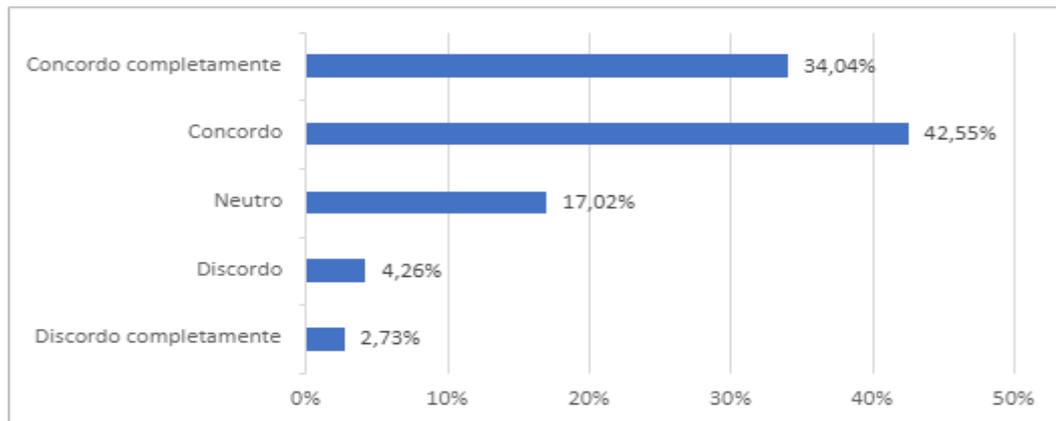
A concepção do processo de saúde-doença vem de confronto a abordagem teórica do modelo biomédico de entendimento da saúde. Sendo assim, autores começam a explorar que, para comprovar empiricamente o caráter histórico da doença, mais vale uma avaliação do processo que ocorre dentro da coletividade humana¹⁵.

Em decorrência da não adequação do gênero ou orientação sexual, os agravos à saúde da população LGBT são considerados 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.

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

Gráfico 1

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



Enquanto o Gráfico 2 aponta que 46,81% concorda ou concorda completamente que o processo de enfrentamento às 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.

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, visto 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 saúde¹⁶.

Gráfico 2

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

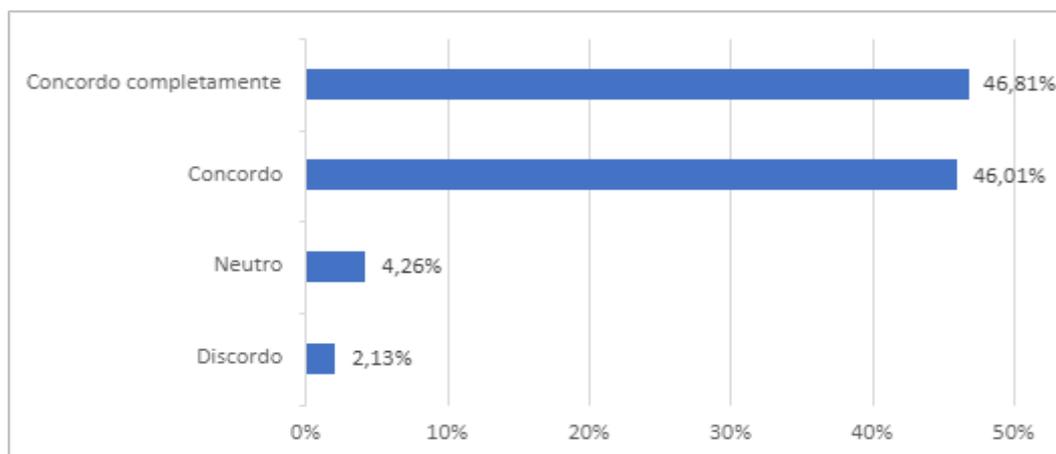
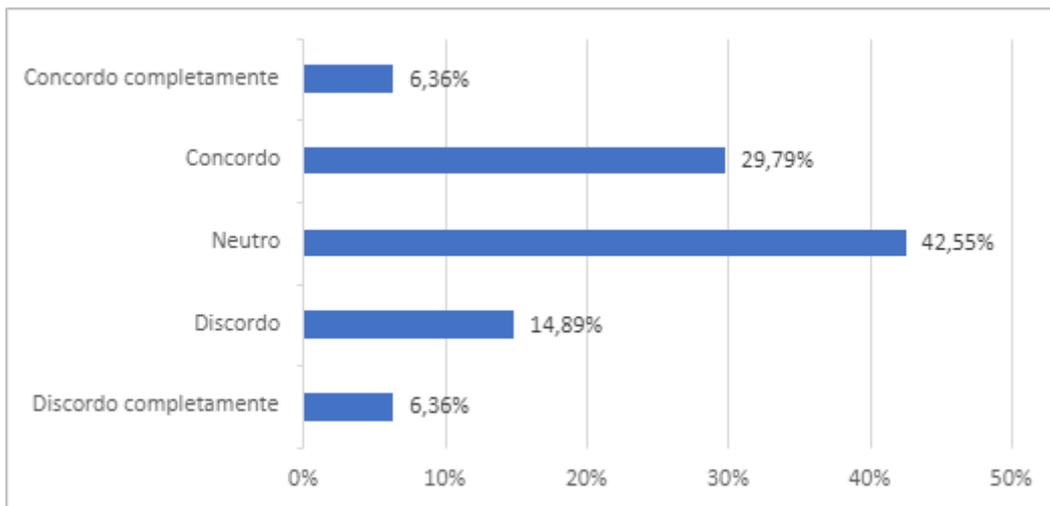


Gráfico 3

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



A Tabela 1 aponta resultados das duas 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.

A base do conhecimento do enfermeiro também refere-se a sua capacidade de levar o usuário a conquistar autonomia com consequente melhoria na qualidade de vida, 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 parte

de 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, culminando na falta de aplicação prática nas rotinas dos serviços de saúde¹⁷.

Ao analisar o segmento qualitativo, 65,7% dos 47 enfermeiros responderam a dois questionamentos de forma aberta e livre, referente ao propósito da Política e a realização de ações voltadas para a população LGBT. As respostas categorizadas em palavras-chave trouxeram um maior aprofundamento para a discussão acerca do tema. Observando as respostas acerca da própria atuação dentro do serviço na Tabela 1, 31,4% não realizavam qualquer tipo de ação, enquanto 17,3% se limitam 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 de resposta
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%

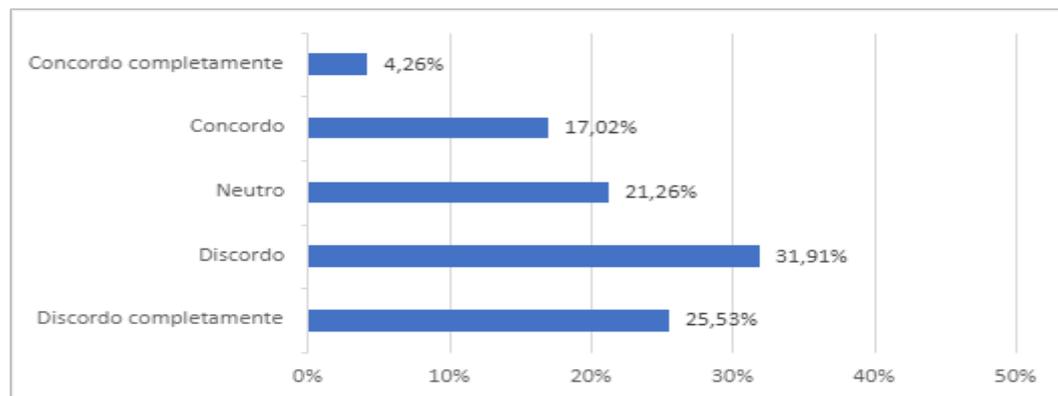
Em complemento, o Gráfico 4 aponta que 31,91% dos entrevistados discordam e, sequencialmente, 25,53% discordam completamente de terem qualquer tipo de iniciativa voltada para a população em questão dentro da UBS de atuação. Logo, é evidente que, quando os enfermeiros concordam com a existência do impacto das iniquidades de saúde no processo de saúde-doença da população LGBT, não necessariamente afirmam terem conhecimento concreto 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 proporcionam o atendimento a população LGBT livre de discriminação, uma visão restrita de seu papel dentro do serviço de saúde.

Portanto, o processo de enfrentamento das iniquidades apresentado pela Política é complexo e está voltado para mudanças na determinação social da saúde, visando conseqüente redução das desigualdades relacionadas à saúde destes indivíduos².

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 social¹⁶. 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

Gráfico 4

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



A limitação das ações apresentadas destoa da necessidade de reconhecimento das demandas dessa população apresentada pela Política. A atuação sem vínculo discriminatório é tratada como fundamento para humanização na promoção, proteção, atenção e no cuidado à saúde sendo imprescindível, mas para enfrentar de forma efetiva a discriminação e exclusão social, é necessário promover a democracia social, assim como ampliar a consciência sanitária². Para fomentar a implementação da Política e da promoção da equidade em saúde da população LGBT, o II Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2017) apresenta os seguintes eixos: acesso da população LGBT à atenção integral à saúde; promoção e vigilância em saúde; educação permanente, educação popular em saúde e comunicação; mobilização, articulação, participação e controle social; e monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT¹⁸.

falta de atualização 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 aos 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. Ademais, é relevante relacionar a Política, instituída em 2011, com o tempo de serviço desses profissionais no serviço público, sendo que a maior porcentagem dos entrevistados, 47,73%, possuem entre 6 e 10 anos de serviço, sequencialmente, 40,91% possuem mais de 11 anos, enquanto somente 11,36% estão no serviço público 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”.

Em meio a tantos apelos para inserção da humanização do cuidado dentro do próprio ambiente de ensino-aprendizagem, durante a formação acadêmica, ainda é escasso métodos para sua aplicação, o estudante então se norteia, na maioria das vezes, observando o cotidiano do serviço de saúde. Posteriormente, a realidade da formação de trabalho na perspectiva capitalista do mercado, apenas contribui para reprimir a atuação da enfermagem nessas questões, onde sua formação profissional se limita na concepção biológica e fragmentada, distanciando-se da complexidade do SUS¹⁶.

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 relacionada somente ao tratamento 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 refere alguma demanda, sendo clara a falta de busca ativa acerca do perfil da população adscrita, 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 não é somente compreendido, por diferentes autores, como a procura e a entrada do usuário no serviço, mas também pela qualidade do processo de cuidado e seu resultado. Portanto, as UBS devem ser estruturadas em locais bem estabelecidos, onde garantam que os indivíduos e a comunidade tenham acesso fácil ao 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.

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 um progresso no entendimento dos profissionais de saúde quanto ao que permeia uma população vulnerável, proporcionando um acolhimento não excludente dentro do serviço de saúde.

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 restrita acerca da complexidade dos princípios e diretrizes do SUS e da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT influenciam em suas declarações acerca da aplicação de ações na prática.

Mesmo com o avanço do perfil profissional em se dispor a atender os usuários de forma igualitária, o evidente distanciamento em relação a complexidade dos conceitos e ações relativos ao SUS podem ser reflexo de uma formação incipiente junto a uma indisponibilidade de ações de educação permanente durante sua carreira profissional.

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.

REFERÊNCIAS

1. Santos AR, Santos RMM, *et al.*. Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTT. *Revista Bioética*. Brasília, 2015;23(2):404-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232078>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; 2013, 32 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 12/08/18.
3. Noronha JC, Pereira TR. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013;3:19-32. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/98kfw/pdf/noronha-9788581100173-03.pdf>. Acesso em: 12/08/18.
4. 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
5. Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. 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. *Revista Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. 2017;22(5):1509-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32782016>.
6. Germano IMP, Sampaio JP. Políticas públicas e crítica queer: algumas questões sobre identidade LGBT. *Revista Psicologia & Sociedade* [online]. 2014;26(2):290-300. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000200006>.
7. Bezerra F, Taziana S, *et al.*. Promoção da saúde: a qualidade de vida nas práticas da enfermagem. *Revista Enfermería Global*. out 2013;32:270-9. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_ensayos2.pdf.
8. Sousa AMC. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. *Revista Katálys* [online]. jun-dez 2014;17(2):228-234. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200008>.
9. Barros FP, Sousa MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo, 2016;25(1):9-18. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>.
10. Aith F, Scalco N. Direito à saúde de pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos. *Revista USP*. São Paulo, out-dez 2015;107:43-54. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i107p43-54>.
11. Albuquerque GA, Garcia CL, Alves MJH, Queiroz CMHT, Adami F. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Revista Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, jul-set 2013;37(98):516-524. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000300015>.
12. Reis T, org. Manual de comunicação LGBTI+: substitua preconceito por informação correta. 2ª ed. Curitiba (PR): Aliança Nacional LGBTI / GayLatino; 2018. 104 p. Disponível em: <http://www.grupodignidade.org.br/wp-content/uploads/2018/05/manual-comunicacao-LGBTI.pdf>. Acesso em: 07/09/18.
13. Câmara RH. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Revista Interinstitucional de Psicologia* [online]. Brasília (DF), jul-dez 2013;6(2):179-91. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>. Acesso em: 07/09/18.
14. Bermudes WL, Santana BT. Tipos de escalas utilizadas em pesquisas e suas aplicações. *Revista Vértices*. Campos dos Goytacazes (RJ), mai-ago 2016;18(2):7-20. Disponível em: <http://essentiaeditora.iff.edu.br/index.php/vertices/issue/view/186>. Acesso em: 07/09/18.
15. Gonzalez VV. A trajetória da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2015. 97 f. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24422/1/41.pdf>. Acesso em: 09/09/18.
16. Abbad GS, Parreira CMSF, Pinho DLM, Queiroz E. Ensino na saúde no Brasil: desafios para a formação profissional e qualificação para o trabalho. 1ª ed. Curitiba: Juruá; 2016. 284 p.
17. Mascarenhas MB, Melo CMM, Fagundes NC. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, nov-dez 2012;65(6):991-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000600016>.

18. Resolução Nº 26 de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Ministério da Fazenda, Brasília (DF), 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/8737599/do1-2018-04-03-resolucao-n-26-de-13-de-setembro-de-2017-8737595. Acesso em: 12/03/21.
19. Duarte MJO. LGBT e drogas: para uma cartografia epistemológica. Anais do V Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades, 2017. Campina Grande (PB): Realize Editora, 2017. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/30624>. Acesso em: 09/09/18.
20. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012. 1100 p.