



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA

SAMANTHA PIMENTEL DE OLIVEIRA STIEVEN

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER E POPULAÇÃO LGBTQI+:
POTENCIALIDADES DO ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

PASSO FUNDO

2021

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Stieven, Samantha Pimentel de Oliveira
Atenção integral à saúde da mulher e população
LGBTQIA+:: potencialidades do acolhimento
multiprofissional na Atenção Primária à Saúde / Samantha
Pimentel de Oliveira Stieven. -- 2021.
75 f.

Orientadora: Doutora Vanderleia Laodete Pulga
Co-orientadora: Mestre Fabiana Schneider
Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Residência
Multiprofissional em Saúde, Passo Fundo, RS, 2021.

1. Saúde da Mulher. 2. Saúde da população LGBTQIA+.
3. Atenção Primária à Saúde. 4. Educação Permanente em
Saúde. 5. Acolhimento Multiprofissional. I. Pulga,
Vanderleia Laodete, orient. II. Schneider, Fabiana,
co-orient. III. Universidade Federal da Fronteira Sul.
IV. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

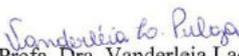
SAMANTHA PIMENTEL DE OLIVEIRA STIEVEN

**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER E POPULAÇÃO LGBTQIA+:
POTENCIALIDADES DO ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Área de Concentração: Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi defendido e aprovado pela banca em 20/12/2021, conforme Ata nº 08/2021. Em função da Pandemia do Coronavírus e as medidas de afastamento tomadas pela UFFS, esse Termo foi assinado apenas pelo Presidente da Banca

BANCA EXAMINADORA


Profa. Dra. Vanderleia Laodete Pulga
Orientadora

Ms. Fabiane Schneider
Coorientadora

Prof. Dr. Alcindo Ferla – UFRGS
Membro examinador

Profa. Dra. Priscila Pavan Detoni – UFFS
Membro examinador

Sumário

1 CAPÍTULO I – DIAGNÓSTICO TERRITORIAL	6
1.1 INTRODUÇÃO	6
1.2 CENÁRIO DE PRÁTICA PROFISSIONAL	9
1.3 DESCRIÇÃO DO CAMPO PRÁTICO.....	9
1.4 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	12
1.5 JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA PESQUISA-INTERVENÇÃO	16
1.6 REFERÊNCIAS.....	19
2 CAPÍTULO II – PROJETO DE PESQUISA.....	22
2.1 RESUMO INFORMATIVO.....	22
2.2 INTRODUÇÃO	23
2.3 TEMA	24
2.4 PROBLEMA DE PESQUISA.....	24
2.5 OBJETIVOS	25
2.5.1 Objetivo geral.....	25
2.5.2 Objetivos específicos.....	25
2.6 JUSTIFICATIVA	25
2.7 REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
2.8 METODOLOGIA.....	30
2.8.1 Tipo de estudo (desenho) e intervenção a ser desenvolvida.....	30
2.8.2 Local e período de realização.....	32
2.8.3 População e amostragem.....	32
2.8.4. Critérios de Inclusão.....	33
2.8.5. Critérios de Exclusão	33
2.8.6 Variáveis e coleta de dados.....	34
2.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	35
2.10 RESULTADOS ESPERADOS	37
2.11 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	38
2.12 RECURSOS	38
2.13 CRONOGRAMA	38
2.14 REFERÊNCIAS	40
2.15 APÊNDICE	43
2.15.1 Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para trabalhadores.....	43

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	43
para participantes presentes nos Encontros de Educação Permanente em Saúde	43
2.15.2 Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuários.	45
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	45
para usuárias da ESF.....	45
2.15.3 Anexo 3 – Termo de Ciência e Concordância da Instituição	47
.....	47
2.15.4 Anexo 4 – Termo de Compromisso de Utilização de Dados em Arquiv.....	48
3 CAPÍTULO III – RELATÓRIO DA COLETA DE DADOS	49
3.1 INTRODUÇÃO	49
3.2 LOGÍSTICA E AS ETAPAS DA COLETA DE DADOS	49
3.2.1 Logística prévia à coleta de dados	49
3.2.2 Instrumento de coleta de dados	49
3.2.3 Perdas e recusas.....	50
3.3 POTECIALIDADES E DESAFIOS ENCONTRADOS DURANTE A COLETA DE DADOS.....	50
3.4 RELATO E DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	52
3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E ENCERRAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO	56
4 CAPÍTULO IV – ARTIGO	57
4.1 INTRODUÇÃO	59
4.2 Cadê as mulheres LGBTQIA+ na Atenção Básica em Saúde?	61
A ausência e invisibilidade das mulheres na ESF de referência	61
4.3 O Corpo: Que Território é esse? A relação das usuárias com seus corpos e as implicações na saúde	66
4.4 Como cuidar? O atendimento multiprofissional como potencializador do cuidado integral à saúde da mulher.....	69
4.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
4.6 REFERÊNCIAS.....	73

1 CAPÍTULO I – DIAGNÓSTICO TERRITORIAL

1.1 INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) corresponde ao modelo prioritário de atenção à saúde no Brasil e expressão da reorganização, expansão, qualificação e consolidação da Atenção Primária à Saúde – APS (MACINKO; MENDONÇA, 2018). É descrita pela Política Nacional de Atenção Básica – PNAB como “processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades” (BRASIL, 2017).

Dentre as ferramentas para o planejamento efetivo da equipe de saúde na atenção básica, há a construção do Diagnóstico Territorial. Este dispositivo corresponde ao reconhecimento das necessidades e demandas de um determinado território. Isto é, para melhor acessar distinta população, se torna imprescindível que haja reconhecimento do território concernente, identificando o perfil da comunidade, as fontes de renda, saneamento, determinantes sociais de saúde, demandas observadas pela própria comunidade, entre outros (RIBEIRO et al., 2012).

É neste cenário da APS que acontece o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – RMS da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, campo de concentração Atenção Básica, área temática Saúde da Família e Comunidade/Atenção Básica/Saúde Coletiva. O programa consiste na modalidade de ensino de pós-graduação lato-sensu, destinada aos núcleos de Enfermagem, Farmácia e Psicologia, ofertando anualmente duas vagas em cada profissão. O exercício é desenvolvido em regime de dedicação exclusiva, totalizando 60h semanais divididas entre cargas práticas e teóricas, dentro do período de 24 meses letivos. Os cenários práticos de atuação dividem-se em duas ESFs do município de Marau/RS: ESF Santa Rita e ESF São José Operário; além de estágios obrigatórios e opcionais desenvolvidos ao longo do programa (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL, 2020).

Como parte do processo de aprendizagem em ato – característico das RMS, a inserção e compreensão do território no qual acontece a prática profissional constitui exercício fundamental no processo formativo do residente, sendo indispensável para a construção de um fazer coerente com as demandas da comunidade a elaboração de um diagnóstico territorial.

A inserção do sujeito estrangeiro à um novo território requer deste, como fundamento ético, disponibilidade para reconhecer este espaço em *essência*, como

produto de si e constante devir. Enquanto RMS, é substancial que a relação entre pesquisador-profissional de saúde e território caracterize-se por um fazer na contramão da verticalidade, acordante à Educação Popular em Saúde, negando métodos *bancários* de produzir conhecimento e saúde e, por extensão, a partir da relação-pensamento decolonial.

O pensamento decolonial é descrito por Reis e Andrade (2018) como a busca pela “emancipação absoluta de todos os tipos de opressão e dominação, ao articular interdisciplinarmente cultura, política e economia, de maneira a construir um campo totalmente inovador de pensamento que privilegie os elementos epistêmicos locais” (p. 3).

Enquanto sujeito implicado no território, o residente, que assume lugar de pesquisador e profissional de saúde, também é parte deste espaço. A partir de uma relação não-neutra, este pesquisador é agente transformador não somente dentro do limite físico de seu local de trabalho, mas no campo geral, território vivo sob o qual a prática de saúde acontece.

Este sujeito, adentrando novos espaços, necessita dispender de seus próprios territórios, nos laboriosos, mas necessários, processos de desterritorialização e reterritorialização. Deleuze e Guattari (1997) descrevem estes processos como constantes e indissociáveis à espécie humana. No primeiro, é possível afirmar sobre um movimento de *linha de fuga*, abandono do território, desinstitucionalização de subjetividades e práticas; enquanto o segundo consolida-se no movimento de reconstrução.

Para além da compreensão de um território e suas singularidades, esta produção carrega consigo as particularidades advindas de uma população em meio à pandemia. O novo Coronavírus, também chamado de Covid-19 ou SARS-CoV-2, é identificado a partir de diversos casos ainda em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, na República Popular da China. Um mês depois, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declara que o surto do novo coronavírus corresponde à Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020).

O vírus pode se espalhar por meio de contato direto, indireto ou próximo; isto é, através de superfícies contaminadas ou via secreções respiratórias e suas gotículas. Imediatamente, uma série de medidas de contenção são adotadas ao redor do mundo, em prol do combate e desaceleração da propagação do vírus (ORGANIZAÇÃO PAN-

AMERICANA DA SAÚDE, 2020). O uso de máscaras, higienização das mãos, distanciamento e isolamento social passam a fazer parte da rotina das pessoas e, logo, da população marauense.

Devido à necessidade de distanciamento e isolamento, a equipe de saúde precisa adotar novas estratégias na forma de trabalho. Desta forma, ficam suspensos os grupos de saúde e demais processos que facilitem aglomeração de pessoas.

Diminuídas as formas de contato com a população, faz-se presente a reafirmação da permanente necessidade de reinvenção das práticas em saúde e do cuidado na atenção básica. Tornam-se condutas para todos os profissionais de saúde a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), o atendimento aos usuários via telechamada e videochamada, a diminuição de fluxo de pessoas através da máxima organização de demandas programadas e suspensão de consultas eletivas.

Cria-se, com isso, a necessidade de reinventar o dispositivo de maior potencial para o cuidado: o afeto. Sem a possibilidade do toque, do acalento, do abraço, o cuidado em saúde precisa adaptar-se a um vínculo à distância, por meios digitais e marcações de segurança. A atenção básica que, antes era desafiada a aproximar cada vez mais a população adscrita ao posto de saúde, agora precisa exercer a função de convocar estes mesmos usuários a permanecer em suas casas.

Desta forma, salienta-se a importância da operação das tecnologias leves na atenção à saúde, descritas por Merhy (2002). O acolhimento como ferramenta primordial de aproximação entre profissionais da saúde e usuários do serviço e a consolidação do vínculo entre estes são dispositivos de extremo potencial no enfrentamento aos desafios decorrentes da necessidade de distanciamento físico, uma vez que estes refletem não somente no combate à pandemia, como no quadro de saúde geral dos usuários.

Neste contexto, a saúde da mulher, reconhecida dentro de uma perspectiva de identidade de gênero e orientação sexual, historicamente permeada por tabus com a sexualidade e o próprio corpo, questões estruturais de gênero, violência e privação e/ou dificuldade no acesso à direitos e recursos em saúde, será o tema específico trabalhado nesta produção.

Identificando a APS como local de responsabilidade e potência na atenção à saúde da mulher, este trabalho foca na experiência do acolhimento em saúde sexual da mulher heterossexual, lésbica, bissexual e população transgênero e às particularidades relacionadas a estes cuidados: como a escolha consciente sobre contraceptivos,

prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e atenção adequada às singularidades de gênero e orientação sexual. A partir do uso de tecnologias leves e da consulta de saúde da mulher como espaço de acolhimento e educação, a fim de ouvir as usuárias e suas demandas e traçar linhas de fuga à prescrição de métodos protocolares. Assim, essa construção objetiva cartografar um fazer em saúde da mulher democrático, feminista, decolonial e desterritorializante de corpos, dentro de um período de pandemia de Coronavírus.

1.2 CENÁRIO DE PRÁTICA PROFISSIONAL

O município de Marau está localizado na região norte do estado do Rio Grande do Sul, faz limites com os municípios de Mato Castelhano, Gentil, Santo Antônio do Palma, Camargo, Ibirapuitã, Vila Maria, Ernestina, Passo Fundo e Nicolau Vergueiro. Sua área total corresponde a mais de 650 quilômetros quadrados (PREFEITURA DE MARAU, 2020).

A cidade leva este nome devido guerreiro indígena habitante do local. Inúmeras mortes e batalhas fazem parte da história da disputa pela ocupação de espaços no território. Apesar de carregar a memória dos povos indígenas no nome, a história da cidade costuma ser contada a partir da colonização italiana ocorrida por volta de 1904, a qual mantém forte influência na cultura até os dias de hoje (PREFEITURA DE MARAU, 2020).

A população é estimada por volta de 40.000 habitantes. Conta com 11 escolas municipais de ensino fundamental, 01 SEJA, 12 de educação infantil, 04 escolas estaduais, 02 escolas particulares, 02 hospitais, 01 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS e 13 unidades básicas de saúde, assistindo 100% da população (PREFEITURA DE MARAU, 2020).

1.3 DESCRIÇÃO DO CAMPO PRÁTICO

O cenário prático da RMS consiste na ESF Santa Rita (Figura 1). A partir da inserção no território, foi possível coletar, via fonte oral, informações quanto à história e disposição da comunidade.



Há cerca de 30 anos, instala-se no território a empresa Perdidão, hoje sob o nome de Brasil Foods (BRF). Devido à iminente possibilidade empregatícia, famílias rurais compram pequenos lotes de terra – vendidos à época por valores baixíssimos – a fim de estabelecer-se no território.

A comunidade Santa Rita, assim nomeada a partir de decisão dos moradores durante celebração religiosa, cresce em cerca de 10 anos, tornando-se lar de inúmeras famílias. Segundo relatos, para o acesso à saúde, a população devia dirigir-se até o centro da cidade em torno de meia-noite para retirar ficha para atendimento. De acordo com os moradores, nesta época não havia uso de drogas na comunidade.

Somente alguns anos mais tarde os moradores locais viriam a acessar a saúde diretamente no bairro. Com instalações improvisadas, o atendimento passa a acontecer no antigo salão da comunidade, hoje reformado e local no qual se situa a ESF Santa Rita.

A ESF atende a população de segunda à sexta-feira, salvo exceções, das 07:30 horas às 11:30 horas e das 13:00 horas às 17:00 horas. A equipe reúne-se semanalmente às sextas-feiras entre 13h e 15h para reunião de equipe, discussão de casos e planejamento e, mensalmente, das 15h às 17h nas sextas-feiras para Educação Permanente em Saúde. Nestes horários, a permanece ESF em expediente interno.

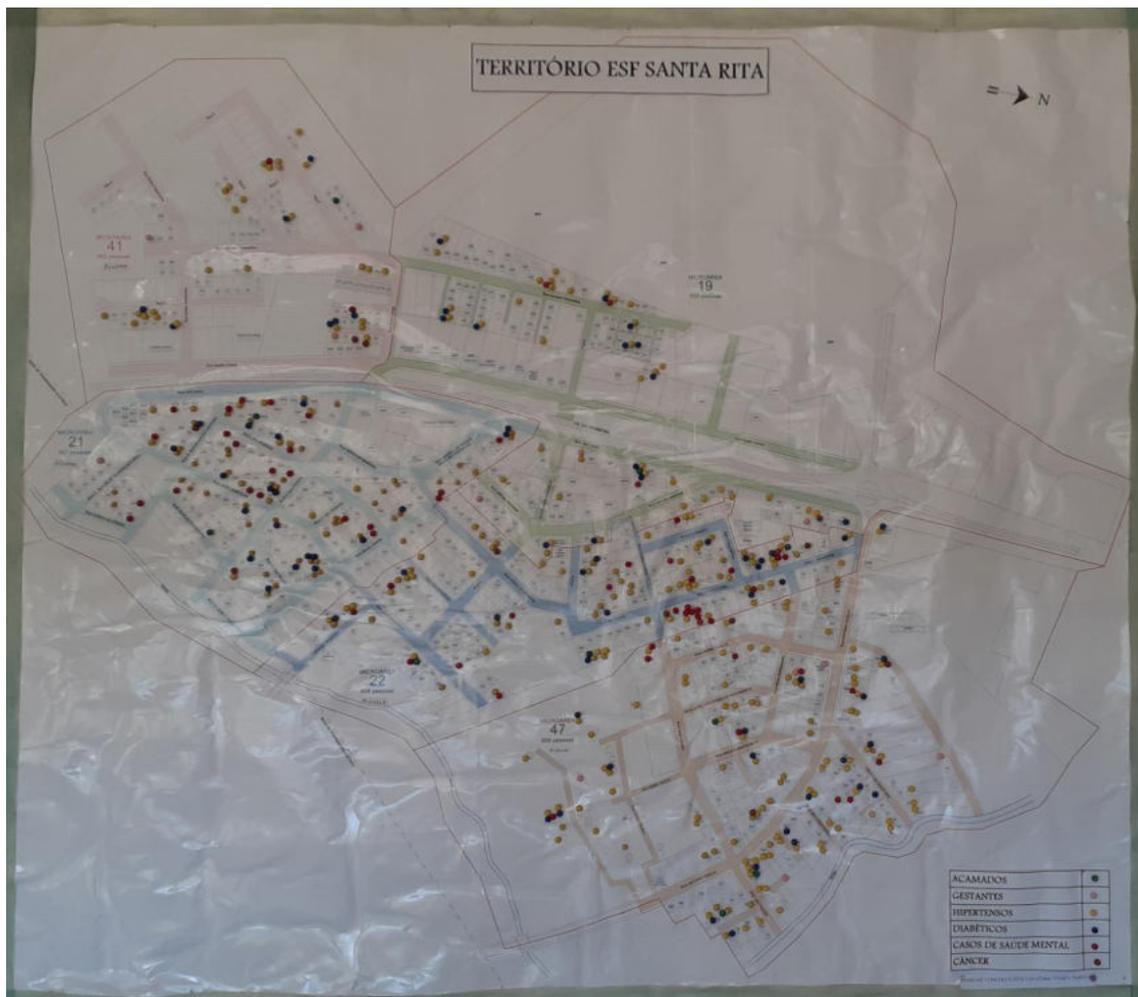
Fomentando a participação popular, é nas disposições da ESF que acontecem as reuniões do Conselho Local de Moradores (CLM), no que corresponde às segundas terças-feiras de cada mês entre 17h e 18h. Desde o início da pandemia, estes encontros passaram por readequações a fim de proteção dos integrantes.

A estrutura da unidade é disposta em sala de recepção, ambulatório, farmácia, consultório odontológico, consultório médico (com banheiro), sala de atendimento de psicologia, sala de vacinas, consultório de enfermagem, sala de reuniões, cozinha, almoxarifado, Depósito de Material de Limpeza (DML), sala de esterilização e estoque de materiais, sala de reuniões, banheiro para funcionário e dois banheiros para usuários, sendo um destes com adaptações para o acesso de pessoas com deficiência.

Em decorrência da pandemia do novo Coronavírus, as equipes de saúde do município passaram por alterações temporárias, devido redução de trabalhadores em determinados setores; seja devido afastamento por pertencer à população de risco, seja por adoecimento ou, ainda, demissão. Desta forma, no momento da construção deste Diagnóstico Territorial, a equipe ESF Santa Rita conta com uma auxiliar de serviços gerais a mais; com a ausência da profissional farmacêutica – devido necessidade de atuação desta na Farmácia Central – e com a rotatividade semanal das profissionais Residentes e Agentes Comunitárias de Saúde no mesmo local. Ainda, houve a saída da profissional dentista da ESF e, por extensão, da Técnica de Saúde Bucal (TSB).

Sendo assim, neste momento, a equipe fica composta por enfermeira responsável técnica da unidade, médica, técnica de enfermagem, 5 Agentes Comunitárias de Saúde, farmacêutica, psicóloga, 2 auxiliares de serviços gerais, assistente administrativo, 2 residentes de enfermagem, residente de farmácia e residente de psicologia.

A ESF é dividida em 5 micro áreas: micro área 19, que corresponde à parte do Bairro Santa Rita e Colina Verde; micro área 21, que corresponde à parte do Bairro Santa Rita; micro área 22, que corresponde à parte do Bairro Santa Rita; micro área 41, que corresponde ao Colina Verde, Loteamento Colussi e Solutus e; micro área 47, que corresponde à parte do Bairro São Cristóvão e Loteamento Lourdes de Oliveira (Figura 2). Estão cadastrados na Unidade cerca de 3150 usuários.



1.4 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

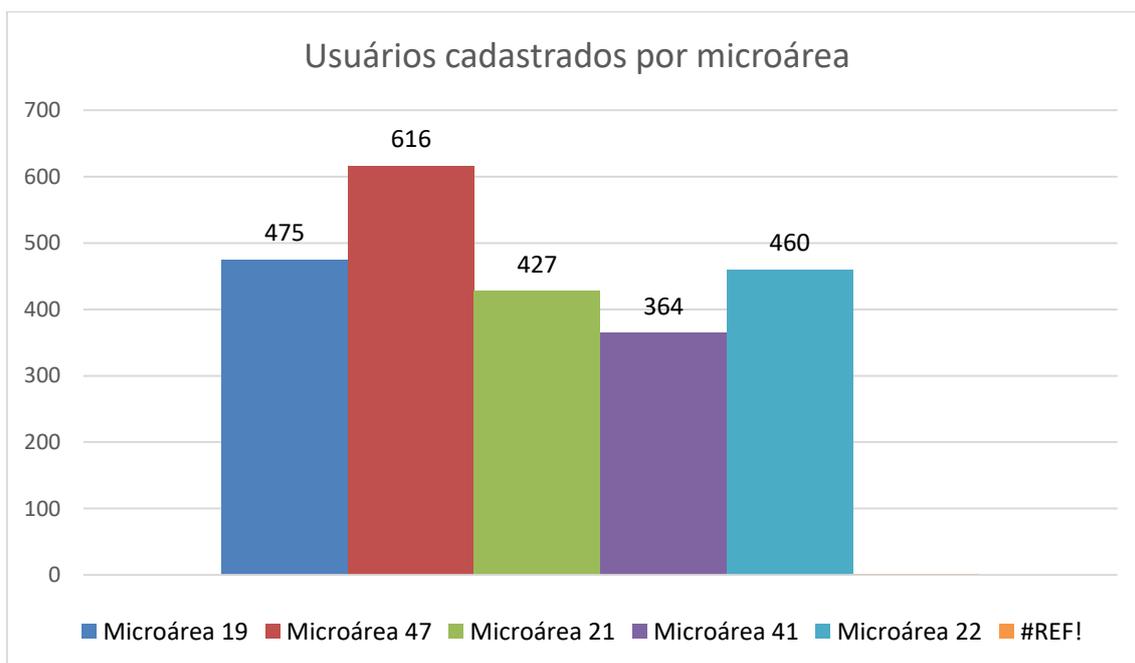
O território tem como uma de suas características a relação de trabalho com a empresa BRF, tendo expressivo quantitativo de moradores com vínculo empregatício. Desta forma, a empresa corresponde à majoritária fonte de renda na comunidade. Entretanto, não é a única. Há integrantes do território que trabalham em cidades vizinhas, fazendo diariamente o trajeto até o local de trabalho, seja por veículo próprio, seja por transporte disponibilizado pela empresa respectiva.

Apesar da atividade econômica predominante do território corresponder à indústria de alimentos, também estão dispostos pela comunidade empresas metalúrgicas e de equipamentos agrícolas, como aviários e laticínios. O território compreende, também, comércios locais de lavagem de carros, pequenos mercados, oficinas mecânicas, salões de beleza, lojas de roupas, padarias, fábricas, atelier de costura, comércio de móveis, bazares e casas noturnas.

Grande parte das ruas são de asfalto, mas algumas são compostas por paralelepípedos ou, ainda, de estrada de chão; o que dificulta o acesso à idosos, gestantes, pais com crianças pequenas e pessoas com deficiência. Outra barreira ao acesso é a travessia da ERS 324, que está localizada no centro do bairro. Não há meio seguro para atravessá-la, sendo preciso fazê-lo em meio ao intenso tráfego de carros e caminhões.

O abastecimento de água é feito pela Companhia Riograndense de Saneamento – CORSAN. Embora haja rede de esgoto em grande parte das casas, ainda é possível encontrar residências sem acesso à água tratada. A iluminação da comunidade é atribuída à empresa Rio Grande Energia – RGE, no entanto, algumas ruas ainda contam com iluminação precária, o que corresponde à periculosidade aos trabalhadores que transitam pelo período da noite até o local de trabalho.

Embora estime-se 4000 residentes no bairro Santa Rita, há cadastro ativo de 2342 usuários. Abaixo, relação expressa em gráfico quanto à disposição de usuários cadastrados por microárea (Gráfico 1):



As condições de saúde mais prevalentes na população atendida correspondem à hipertensão, diabetes, saúde mental e, embora não tenhamos dados quantificados sobre o adoecimento e/ou lesões advindas do trabalho, é possível identificar grande fluxo de demanda no território devido estas causas: desde depressão por

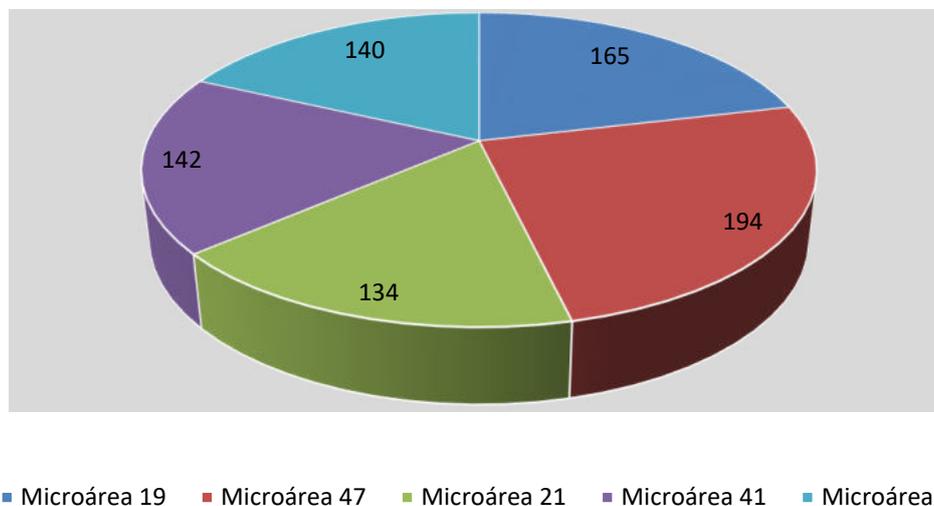
desemprego/dificuldades financeiras, até lesões corporais devido esforço e movimentos repetitivos.

Dados como esses foram cartografados pelas residentes da ESF Santa Rita em um Mapa Falante (Figura 3), dispositivo que articula conhecimento técnico-científico com arte e criatividade (FERREIRA; PEREIRA, 2013) e corresponde à artifício para o estudo de espaços geográficos, repletos de vida, complexidade e transformação (GOLDSTEIN; BARCELLOS, 2008).



Dos 2342 usuários cadastrados na ESF, 1267 são mulheres. Destas mulheres, 775 têm entre 15 e 49 anos, período considerado como idade fértil pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), de 2006. O Gráfico 2 representa a disposição destas usuárias por microárea.

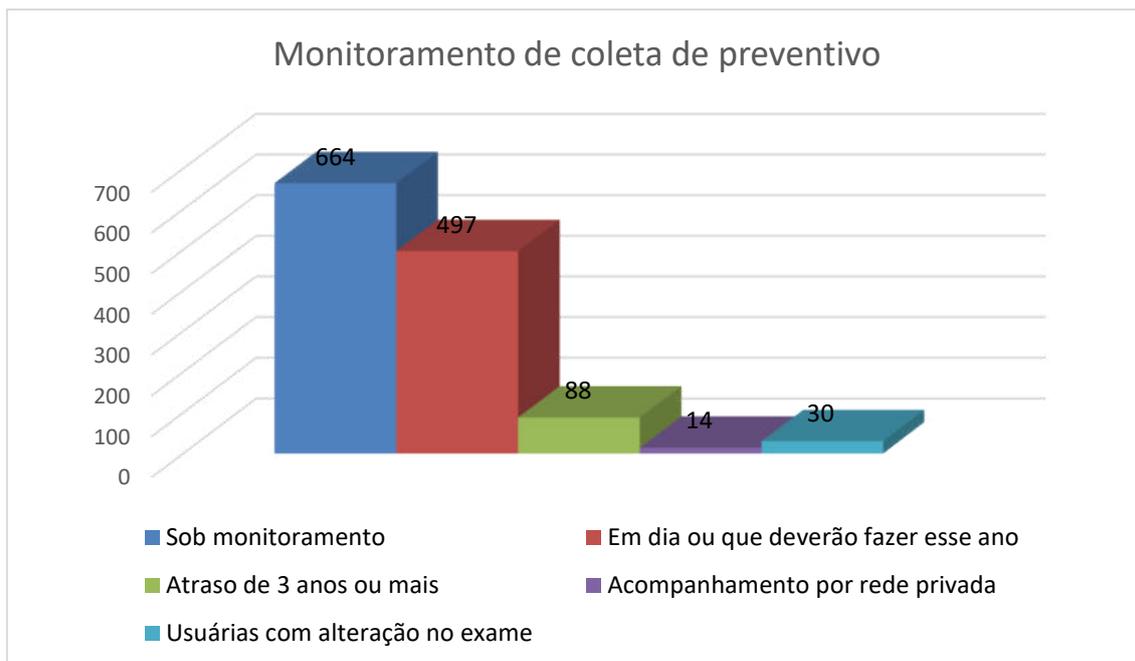
Usuárias em idade fértil por microárea



A atenção à saúde da mulher é realizada a partir do monitoramento e coleta de preventivo; aplicação ou uso de hormônios contraceptivos; acompanhamento pré-natal e puerpério; testagem rápida para Sífilis, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Hepatite B e C e; acolhimentos a partir de demanda espontânea.

A rede conta, ainda, com o Programa de Esterilização Voluntária, no qual o município custeia os procedimentos de laqueadura de trompas e vasectomia. O encaminhamento destes procedimentos se dá por meio de protocolo que prevê entrevista com profissional da psicologia para avaliação com o casal sobre motivação e o desejo em não ter mais filhos. Este momento é uma oportunidade que a dupla parental tem para refletir sobre o planejamento familiar, a necessidade de prevenção das ISTs e o autocuidado.

O monitoramento das usuárias em relação à coleta de preventivo por parte da equipe de saúde é fundamental, pois há recorrente dificuldade de corresponsabilização por parte das usuárias. Até o presente momento, estão em acompanhamento de preventivo 664 usuárias, como expressa o Gráfico 3:



Quanto à aplicação dos contraceptivos hormonais, estão disponibilizados na Atenção Básica o Contracep – com aplicação a cada 90 dias – e Mesigyna – administrado mensalmente. Atualmente, a ESF tem em registro de monitoramento 110 usuárias do serviço de saúde utilizando a aplicação de hormônios como método contraceptivo. Entretanto, foi observado registro em prontuário eletrônico de mais usuárias do que constam no controle de monitoramento, indicando número superior aos dados apontados.

Destas usuárias monitoradas, a prevalência maior é do uso de Contracep, utilizado por 90 mulheres. As idades variam entre 12 e 51 anos, sendo observado maior uso em mulheres entre 16 e 34 anos.

1.5 JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA PESQUISA-INTERVENÇÃO

A inserção e reconhecimento do território no qual acontece a prática da RMS possibilitou identificar necessidades tanto na saúde da comunidade como na atuação da equipe de saúde da família.

Foi possível identificar, na cultura de trabalho da equipe, o atendimento em saúde sexual da mulher realizados a partir do monitoramento e coleta de preventivos, aplicação de contracep ou mesigyna ou indicação de uso de pílulas anticoncepcionais e testagem rápida para Sífilis, HIV e Hepatite B e C.

Acompanhando acolhimentos em saúde da mulher, foi possível perceber estímulo por parte da equipe de saúde ao uso de anticoncepcionais e à aplicação de contracep ou mesigyna em prol da prevenção à gravidez indesejada.

Em relação a essas condutas, conforme o protocolo de atenção básica em relação a saúde das mulheres (BRASIL, 2016), assinala-se a importância de orientação quanto aos efeitos colaterais a curto e longo prazo advindos do uso destas medicações, como alteração do muco cervical, diminuição da libido e inibição da ovulação. Bem como, salientar quanto às contraindicações ao uso, tais como para mulheres gestantes, lactantes, condições de saúde, combinações medicamentosas e outros.

Importante, também, realizar pesquisa oral e em prontuário quanto ao histórico de saúde, relações familiares e sociais, conhecimento das usuárias em relação à aplicação do método contraceptivo e demais condutas relacionadas à saúde sexual.

Ainda, faz-se de suma importância que outras formas de prevenção à gravidez indesejada sejam informadas e disponibilizadas às usuárias, em especial, os métodos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Estes métodos estão divididos e identificados em três grupos: os definitivos – de esterilização; os temporários – reversíveis e; os métodos hormonais. Os definitivos correspondem à ligadura tubária, também chamada de laqueadura e à vasectomia. Os reversíveis compreendem o diafragma, os preservativos internos e externos e o Dispositivo Intrauterino de Cobre (DIU de Cobre). Já os métodos hormonais referem-se à administração hormonal de métodos orais ou injetáveis (BRASIL, 2016, p. 165).

Em prol da prevenção de doenças e promoção de saúde, é importante que haja informação e extremo incentivo quanto ao uso de camisinhas, uma vez que único método disponível capaz de prevenir Infecções Sexualmente Transmissíveis, as ISTs.

Em tempo, entendendo as denominações “camisinha feminina” e “camisinha masculina” como discurso excludente para população transexual, foi optado pelo uso das terminologias “camisinha interna” e “camisinha externa”, respectivamente.

Somado a isto, constata-se desatenção às singularidades da atenção à saúde de mulheres cis lésbicas, bissexuais, homens e mulheres transexuais e demais expressões de gênero e orientações sexuais, a partir de não investigação quanto à orientação sexual, identidade de gênero e demais singularidades, assumindo constante heteronormatividade à população.

Desta forma, denota-se pouca possibilidade de escolha às usuárias quanto à que método contraceptivo farão uso, uma vez que a aplicação de contracep ou uso de pílulas

anticoncepcionais é deliberadamente incentivado. Esta conduta corresponde ao processo de *medicalização*, descrito por Amarante e Freitas (2017) como não somente o uso de medicamentos, mas como a apropriação da ciência médica de condições humanas, ordinárias ou não, definindo e tratando-as como objeto de estudo de cunho exclusivo ou predominantemente médico, diagnóstico, passíveis de prevenção e tratamento (VIEIRA, 2002).

Ainda, é preciso alertar que o alto incentivo ao uso de contraceptivos hormonais às mulheres faz manutenção da estrutura machista, uma vez que coloca a mulher como figura responsável pela escolha de engravidar ou não.

Entendendo saúde da mulher também como reapropriação do próprio corpo através do autoconhecimento, do acesso a informações de qualidade e direito de escolha, propõe-se construir espaço formativo de diálogo em Educação Permanente em Saúde com a equipe responsável. Como desdobramento e principal objetivo, almeja-se o atravessamento da lógica humanizada e emancipadora das usuárias na atenção à saúde, a partir de escolha consciente sobre o contraceptivo adotado e concernentes com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004), com a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT (BRASIL, 2013a) e com a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013b).

Ainda, é preciso fomento na distribuição de camisinhas internas e/ou externas e lubrificantes em todas as consultas para aplicação de contracep e retirada de anticoncepcionais, de coleta de preventivo e teste rápido. Bem como investigação e orientação nestas consultas sobre possíveis efeitos colaterais de uso de hormônios e sobre as ISTs, visando prevenção de doenças e a promoção em saúde.

Para além de condutas adotadas durante as consultas em saúde, é possível planejar quanto à criação de espaços de diálogo sobre autoconhecimento e saúde sexual, conjuntamente com os profissionais da enfermagem, farmácia, medicina e agentes comunitárias de saúde; bem como a produção de materiais informativos em saúde para divulgação, visando educação em saúde para a comunidade.

1.6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2016: Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Série G. Estatísticas e Informações em Saúde. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Serie C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Reprodutiva**. Cadernos de Atenção Básica, n. 26. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Política Nacional de Humanização**. Documento base para para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos de Atenção Básica: Saúde das mulheres**. Brasília, DF, 2016.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol. 5. Rio de Janeiro: Editora 34. 1997.

FERREIRA, Ana Lúcia; PEREIRA, Maria de Fátima Wakoff. O mapa falante como instrumento do processo ensino-aprendizado do aluno de medicina: relato de experiência. **Revista de Pediatria SOPERJ**, Rio de Janeiro, V. 14, nº 1, p. 29-32, out. 2013.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **Medicalização em psiquiatria**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017

GOLDSTEIN, Roberto Argento; BARCELLOS, Christovam de. Geoprocessamento e Participação Social: ferramentas para a vigilância ambiental em saúde In: MIRANDA, A. C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schiling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 18-37, set. 2018.

MEHRY, Emerson. **Saúde: Cartografia do trabalho vivo**. 3 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa COVID-19 – Escritório da OPAS e da OMS no Brasil**. Atualizado em 21 de agosto de 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19>>. Acesso em: 23 de agosto de 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **História de Marau**. Disponível em: <<http://www.pmmarau.com.br/conheca-marau/historia-de-marau>>. Acesso em: 23 de agosto de 2020.

REIS, Maurício de Novais; ANDRADE, Marcilea Freitas Ferraz de. **O pensamento decolonial: análise, desafios e perspectivas**. Revista Espaço Acadêmico, n. 292, Maringá, mar. 2018.

Residências Multiprofissionais. Universidade Federal da Fronteira Sul. 2020. Disponível em: <<https://www.uffs.edu.br/campi/passo-fundo/residencias-multiprofissionais/a-residencia>>. Acesso em: 23 de agosto de 2020.

RIBEIRO, P. da C.; PEDROSA, J. I. dos S.; NOGUEIRA, L. S.; SOUSA, M. F. Ferramentas para o diagnóstico comunitário de saúde na consolidação da estratégia saúde da família, **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, n. 58, v. 3, p. 278-83, dez. 2012.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

2 CAPÍTULO II – PROJETO DE PESQUISA

2.1 RESUMO INFORMATIVO

Resumo

Este Projeto de Pesquisa corresponde à uma experiência em uma Estratégia de Saúde da Família, cenário prático do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul. Tem por tema a atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres e LGBTQI+, bem como as singularidades envolvidas neste cuidado. Trata-se de uma cartografia de uma pesquisa-intervenção durante acolhimentos multiprofissionais em Saúde da Mulher e momentos de Educação Permanente em Saúde com a equipe de referência. Como resultados, espera-se o fortalecimento de dois pilares fundamentais para este cuidado: o princípio da autonomia, produtor e potencializador de escolhas conscientes; e a atenção à singularidade dos corpos, dentro de uma perspectiva interseccional de gênero, raça, história, classe, cultura e determinantes sociais em saúde.

Palavras chave: Saúde da Mulher, Saúde LGBTQI+, Saúde Sexual e Reprodutiva, Educação Permanente em Saúde. Determinantes Sociais em Saúde

Abstract

This Research Project corresponds to the experience in a Family Health Strategy, a practical setting of the Multiprofessional Residency Program in Health at the Federal University of the Fronteira Sul. the singularities involved in this care. It consists of a cartography about an intervention-intervention during the multiprofessional welcoming in Women's Health and the moments of Permanent Education in Health with the reference team. As a result, it is expected to strengthen two fundamental pillars for this care: the principle of autonomy, producer and enhancer of conscious choices; and attention to the singularity of bodies, within an intersectional perspective of gender, race, history, class, culture and social determinants.

Key words: Women's Health, LGBTQI+'s Health, Sexual and Reproductive Health, Permanent Health Education.

2.2 INTRODUÇÃO

Este Projeto de Pesquisa-Intervenção é parte integrante do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). É trabalho proveniente da inserção de residentes na Atenção Primária à Saúde no município de Marau/RS. A presente experiência consiste na pesquisa de uma psicóloga residente na Estratégia de Saúde da Família Santa Rita.

Através do acompanhamento, observação e implicação durante acolhimentos e consultas em Saúde da Mulher e Saúde Sexual e Reprodutiva foi possível identificar importância de contribuição à equipe de saúde quanto ao cuidado à atenção integral às mulheres, tendo por pilares fundamentais a atenção à singularidade dos corpos e o princípio da autonomia, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM (2004a).

As mulheres são assinaladas pela PNAISM (2004a) como maioria da população brasileira e principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma vez que ocupantes deste espaço tanto como usuárias quanto como acompanhantes de seus filhos, pais, companheiros e companheiras, demais familiares e vizinhos – considerando o papel histórico atribuído e desempenhado pelas mulheres de cuidadoras de sua rede familiar-social.

Embora população majoritária na saúde, cabe perguntar: estas usuárias recebem o olhar necessário à sua singularidade? Na literatura (CORREA, PETCHESKY, 1996; CORREA, 2018) é possível identificar recortes que sugerem certa dificuldade dos serviços para a atenção que demandam os corpos histórica e socialmente entendidos como de mulher.

Fragmentos elucidantes podem ser encontrados no trabalho de Darc (2009), a respeito da invisibilidade lésbica dentro dos serviços de saúde e da deslegitimação do sexo entre mulheres, acarretando na negligência para com a saúde destas usuárias. Recortes como a falsa ideia de virgindade atribuída às mulheres que fazem sexo com outras mulheres e os efeitos desta prática não só emocionais e psicológicos, mas de irresponsabilidade quanto ao acompanhamento adequado em exames como a coleta de preventivo e a ausência de orientações para proteção contra ISTs a mulheres lésbicas e bissexuais são evidenciados pela autora.

Para que o processo de atenção à mulher nos serviços de saúde não seja produtor de afastamento para as usuárias que fogem à norma, é preciso pensar sobre as particularidades destes corpos.

Como fundamentos para este diálogo, é possível pensar sobre as especificidades de corpos não cisgêneros e/ou heterossexuais; os tabus que envolvem o prazer sexual da mulher; a falta de informações quanto aos processos vivenciados neste corpo, como produção de mucos cervicais, alterações durante o ciclo menstrual; a compulsória prescrição de anticoncepcionais combinada com insuficiente orientação e explicação quanto aos efeitos colaterais a curto e longo prazo, como alteração dos fluídos vaginais, diminuição de libido, aumento de chances de quadros de trombose, entre outros.

A partir destas considerações, coloca-se a urgência da pesquisa ética e do cuidado integral à atenção à saúde sexual da mulher, para que esta não mais seja marcada apenas pela saúde reprodutiva, assim como corpos LGBTQI+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros, queers, intersex, agêneros, assexuados e mais) sejam vistos dentro do cuidado em saúde para além de saúde sexual; mas por suas singularidades e história, entendendo identidade de gênero, orientação sexual e escolhas conscientes como pontos imprescindíveis de conhecimento e organização de trabalho para as equipes de saúde.

Assim, coloca-se o desafio cotidiano da implementação das Políticas de Humanização (2004b), de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004a) e as de Promoção da Equidade da Saúde da População LGBTQI+ (2013) no SUS.

2.3 TEMA

A atenção à saúde sexual e reprodutiva da mulher e população LGBTQI+ e as singularidades envolvidas neste cuidado, a partir de uma perspectiva interseccional e dos determinantes sociais em saúde.

2.4 PROBLEMA DE PESQUISA

Como acontecem as práticas de cuidado integral à saúde da mulher e população LGBTQI+ na Atenção Primária à Saúde (APS)?

Como produzir aproximação com as demandas individuais de grupos invisibilizados no serviço de saúde?

2.5 OBJETIVOS

2.5.1 Objetivo geral

Analisar como se dá o processo de produção do cuidado à saúde das mulheres e população LGBTQI+ usuárias da Estratégia de Saúde da Família Santa Rita a fim de contribuir no processo de educação permanente da equipe multiprofissional na perspectiva do atendimento humanizado a esta população.

2.5.2 Objetivos específicos

- Identificar o perfil das mulheres usuárias cadastradas no serviço de saúde da Estratégia de Saúde da Família Santa Rita em Marau/RS, a fim de mapear usuárias LGBTQI+;
- Conhecer e compreender como ocorrem os processos de produção do cuidado às mulheres nesse ponto da rede de atenção à saúde e sua articulação com os demais serviços do SUS e em redes intersetoriais;
- Analisar as diversas formas de compreensão presentes nos integrantes da equipe de saúde acerca do cuidado à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, suas implicações nos processos de cuidado às mulheres e da população LGBTQI+ nas relações interceccionais e em relação aos determinantes sociais em saúde;
- Desenvolver processos de educação permanente com a equipe multiprofissional de saúde sobre essa temática, a fim de realizar a análise dos processos de cuidado a esta população de forma coletiva;
- Conhecer a concepção que as mulheres usuárias da Estratégia de Saúde da Família Santa Rita têm sobre o cuidado à sua saúde;
- Construir junto à equipe e usuárias ações educativas e de promoção à saúde da mulher e população LGBTQI+.

2.6 JUSTIFICATIVA

A Saúde da Mulher, ainda nos dias de hoje, é distintamente marcada pelo processo reprodutivo. O corpo fragmentado construído ao longo da trajetória científica da biomedicina clássica, salienta o processo de saúde a partir dos órgãos genitais, útero e mamas. Dentro desta lógica, invisibiliza-se o corpo desviante das normas, como a mulher LGBTQI+, por exemplo.

Partindo destas considerações, faz-se imprescindível o aprofundamento desta temática enquanto RMS, a partir do princípio da integralidade do SUS. Amplos movimentos são precisos para que a concepção do corpo “de mulher” seja atravessada também pela perspectiva do desejo, da sexualidade e do prazer enquanto processo de saúde.

A investigação científica sobre as demandas em saúde relacionadas às mulheres cisgênero, transexuais, heterossexuais, lésbicas, bissexuais, negras, indígenas, de baixa renda, refugiadas, imigrantes, dentre outro possibilita a ampliação de um cuidado em saúde adequado para cada corpo usuário do SUS. A partir da atenção sobre quem são estas usuárias, suas histórias e cultura, é possível adequar o serviço de saúde: preparando o trabalhador para o acolhimento à estas singularidades, oferecendo um serviço voltado para o cuidado integral à saúde das mulheres e que esteja preparado para o cuidado adequado à população LGBTQI+.

Observada a disposição do trabalho no que se refere à Saúde da Mulher na equipe da ESF Santa Rita, questões importantes foram identificadas, como número expressivo de usuárias sob uso de anticoncepcionais injetáveis entre 12 e 59 anos de idade e constrangimento na abordagem sobre orientação sexual entre profissionais e usuários. As profissionais ACS da equipe referem dificuldade em tratar deste assunto com os usuários durante o momento do cadastramento. Em decorrência disto, há a ausência de um perfil das usuárias LGBTQI+ que corresponda à realidade. Coloca-se a importância desta e outras informações concernentes como fundamentos para o cuidado necessário às usuárias.

Enquanto produção científica, ainda são escassos os estudos sobre o conceito de interseccionalidade em espaços de saúde, bem como sobre saúde da população LGBTQI+ na APS. Entendendo a importância do preparo das equipes de saúde no que se refere a este grupo dentro de todos os cuidados em saúde: sejam oncológicos, ginecológicos, psicológicos, psiquiátricos, em acolhimentos e afins, salienta-se a relevância deste estudo para ampliar a discussão deste tema e expandir o arsenal teórico

produzido, referindo a importância na apropriação das equipes de referência quanto ao atendimento adequado à população LGBTQI+ em todas as esferas da atenção à saúde.

O processo de construção do cuidado integral à saúde é um desafio colocado ao conjunto dos espaços do SUS. Produzir caminhos para o fortalecimento da autonomia e afirmação da singularidade dos sujeitos se faz preceito ético no cuidado em saúde, estando de acordo com os princípios e diretrizes tranversionais à atuação na saúde da Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2004b), da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004a) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2013). Dessa forma, sustenta-se o princípio de integralidade do SUS, “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

2.7 REFERENCIAL TEÓRICO

Resultado de décadas de luta do movimento pela Reforma Sanitária e instituído pela Constituição Federal de 1988, o SUS consolida-se pelas Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142 no ano de 1990 e passa a ser direito comum à população (CARVALHO, 2013). Têm, entre seus princípios e diretrizes, as noções de universalidade, igualdade, integralidade, intersetorialidade, equidade, resolutividade, autonomia, descentralização, regionalização, hierarquização, dentre outros. Neste contexto, a APS corresponde ao primeiro nível da atenção, sendo a principal porta de entrada do SUS e responsável pela promoção à saúde, prevenção de agravos e tratamento (PORTELA, 2017).

No ano de 2005, por via da Lei 11.129, é instituída a Residência em Área Multiprofissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu e voltada para as profissões da área da saúde – exceto medicina. Como dinâmica de organização, a RMS é voltada para a educação em serviço, produzindo saber na interação ensino-serviço-comunidade (SILVA, 2018).

Com a atuação dos residentes multiprofissionais nos espaços de saúde, produz-se o tensionamento de práticas institucionalizadas e a possibilidade de renovação de estratégias organizativas e de cuidado. Dentre as diversas inserções do residente na APS, há o cuidado em Saúde da Mulher, Saúde Sexual e Reprodutiva.

Historicamente, a relação do corpo feminino na medicina é marcado por uma série de problemáticas. Por um longo período, o momento do parto foi tradição exclusiva de mulheres: parturientes, parteiras e acompanhantes. No século XVI, esse cenário passa por modificações advindas de regulamentações governamentais e da igreja. As motivações para essas intervenções correspondem ao objetivo de que não seriam realizados abortos e, para diversas autoras contemporâneas, a garantia da monopolização do saber acerca da cura de doenças e demais processos de saúde como exclusivas da área médica. Este período ficou conhecido como “Caça às Bruxas”, correspondendo à morte de diversas parteiras, curandeiras, benzedeiros e demais representantes do saber tradicional em saúde (VIEIRA, 2002; FEDERICI, 2019).

Como resultado, as mulheres passaram a ser relegadas do processo do parto, sendo apenas corpo objeto de estudo e trabalho, uma vez que o campo de trabalho médico era exercido unicamente por homens. Este período é marcado por uma prática invasiva e fragmentada, na qual o corpo da mulher é demarcado enquanto processo reprodutivo.

Com o tempo, a ciência médica e o ato do parto voltam a ser exercidos por mulheres, com a entrada destas nas áreas médicas no ano de 1889. Entretanto, não sem nítida violência de gênero: Vieira (2002) aponta para o estereótipo exigido para a “aceitação” da mulher médica dentro dos espaços de atuação, como a perda de sua feminilidade.

Desta forma, o parto, apropriado pelo ato médico, volta a poder ser exercido pelas mulheres, agora ocupantes do status de médicas. Entretanto, novas questões vão sendo identificadas neste novo período: o corpo da mulher passa a ser um corpo medicalizado.

A partir do movimento de controle de natalidade, a sociedade passa por mudanças de valores, como a redução do número de filhos. Esse processo envolve o alto incentivo ao uso de anticoncepcionais e esterilização às mulheres. Há registros da esterilização de mais de 45.000 pessoas nos Estados Unidos da América entre os anos de 1907 e 1945 (PETCHESKY, 1985). Esse processo correspondia à um ato compulsório em prol da prevenção de *procriações indesejadas* entre pobres, criminosos e pessoas com deficiência (VIEIRA, 2002).

De acordo com Vieira (2002),

[...] quando se elege a reprodução como o foco das questões femininas, opera-se na medicalização uma redução da problemática do feminino social

ao problema da concepção, parto e contracepção. Deixa-se de se tratar e enfrentar, com igual atenção e de forma articulada como a própria reprodução, outros problemas referentes à condição feminina, que vão desde a sexualidade até a patologia do útero. Por exemplo: o diagnóstico precoce do câncer do aparelho reprodutor feminino, que aparece como terceira causa de morte nessa população, é insuficientemente realizado (p. 67).

Considerando os apontamentos referentes à primazia à saúde reprodutiva enquanto modelo exercido na atenção à saúde da mulher, algumas questões importantes devem ser levantadas, como de que forma ocorre o aconselhamento e acompanhamento às usuárias que não desejam o uso de métodos anticoncepcionais? Ou, como é exercido o cuidado à mulher quando esta não corresponde à norma clássica do modelo de feminilidade ou, mesmo, ao corpo biológico de mulher? Como ocorre a atenção às mulheres sem o aparelho reprodutor feminino, ou mesmo, aos homens trans que menstruam e gestam? Ainda, de que forma é realizado o cuidado e orientação às mulheres que fazem sexo com outras mulheres, em prol da prevenção à ISTs? Para além das questões de gênero, é possível identificarmos nas consultas em saúde da mulher espaços seguros para denúncias de violência e tantas outras demandas fortemente presentes à mulher na atualidade?

Davis (2016) descreve o conceito de interseccionalidade como a relação de categorias estruturais como gênero, raça e classe, sinalizando para a importância de não dissociarmos todos os fatores inerentes à vida e que contribuem para uma experiência concreta e subjetiva enquanto sujeito.

Enquanto processo de saúde, faz-se imprescindível que o cuidado na APS e nos demais pontos da rede sejam atravessados pelo entendimento da singularidade inerente aos corpos, isto é, o olhar atento às experiências vividas pelos usuários enquanto sujeitos portadores de sua própria história, cultura, classe, identidade de gênero, orientação sexual, raça e demais determinantes em saúde.

O presente projeto de pesquisa corresponde a uma proposta de caminho possível para a aproximação do olhar da equipe de saúde da APS às demandas singulares referentes às usuárias em saúde da mulher. Como modo de percorrer e narrar esta experiência, optou-se pelo método da pesquisa-intervenção cartográfica.

A cartografia, método proposto por Deleuze e Guattari, é descrita por Romagnoli (2009) como

[...] valiosa ferramenta de investigação, exatamente para abarcar a complexidade, zona de indeterminação que a acompanha, colocando problemas, investigando o coletivo de forças em cada situação, esforçando-se para não se curvar aos dogmas reducionistas. Contudo, mais do que

procedimentos metodológicos delimitados, a cartografia é um modo de conceber a pesquisa e o encontro do pesquisador com seu campo. (p. 169).

Para Passos, Kastrup e Escóssia (2015), pesquisar cartograficamente exige a inversão do sentido etimológico da palavra metodologia, no qual o caráter apriorístico do “metá-hódos” é substituído por uma “aposta na experimentação do pensamento” (2009, p. 10). O “hódos-metá” é justamente a proposta de “um método não para ser aplicado, mas para ser experimentado e assumido como atitude” (ibidem, p. 11).

Experimentar o trajeto, afetar-se pelo campo que produz estranhamento e, com a afetação dessa estranheza, compor caminho e meta, trajeto e objetivo. Na esteira do acontecimento, pesquisadores, sujeitos da pesquisa e a pesquisa em si produzem-se conjuntamente e processualmente.

Nessa perspectiva, esta pesquisa propõe Educação Permanente em Saúde (EPS) com a equipe de saúde de referência incorporação de atendimentos multiprofissionais nas consultas de Saúde da Mulher. Esses momentos se orientarão por processos de construção coletiva e compartilhada de saberes e práticas embasados na educação popular em saúde e na educação permanente em saúde. Considerando a preocupação metodológica desta construção, se propõe trabalhar com práticas de aprendizado que afirmem a dialogicidade, o protagonismo de quem aprende e a construção coletiva e democrática do conhecimento, rompendo com práticas de educação bancária, de transferência de conhecimento de uma figura que supostamente sabe para outra que supostamente não sabe (FREIRE, 2018).

Este processo propõe-se em experimentar, juntamente com os sujeitos participantes, caminhos possíveis para a aproximação da APS com as demandas das usuárias e população LGBTQI+.

2.8 METODOLOGIA

2.8.1 Tipo de estudo (desenho) e intervenção a ser desenvolvida

O Projeto caracteriza-se como pesquisa qualitativa exploratória do tipo pesquisa-intervenção de natureza aplicada, uma vez que pretende gerar conhecimentos para aplicação prática, considerando que ocorrerá com o público que compõe o universo do estudo junto à Estratégia de Saúde da Família.

Se constitui em pesquisa exploratória pois há pouco conhecimento acumulado e sistematizado sobre o tema. Ainda, será do tipo pesquisa-intervenção interagindo no cotidiano do serviço de saúde para transformar a realidade de forma participativa.

Quanto aos meios de investigação, corresponde à pesquisa de campo vinculada aos serviços de saúde na Atenção Primária do SUS.

O desenho metodológico que visa contemplar os objetivos elencados apresentam a seguinte operacionalização: a pesquisa-intervenção será realizada através do método da cartografia, no qual há análise implicação permanente da pesquisadora junto à equipe da Estratégia de Saúde da Família, na qual atua de forma sistemática e processual.

Busca-se tensionar os modelos tradicionais e ainda hegemônicos de pesquisa, pretende-se fazer uso de recursos metodológicos adequados para análise de processos de trabalho e de cuidado em saúde. Por conta disso, a pesquisa-intervenção na perspectiva cartográfica é a escolha neste projeto. Também será uma forma de “desestabilizar” o lugar do cientista especialista que “desvela realidades”, a partir de uma pesquisa na qual os pesquisadores (as) comprometem-se eticamente, experimentam e acompanham um processo e, junto aos sujeitos que compõem o campo de pesquisa, produzem conhecimentos na interação cotidiana do trabalho em saúde.

Assim, pode-se sintetizar a proposta metodológica a ser desenvolvida da seguinte forma:

- a) Levantamento do perfil das usuárias da ESF Santa Rita a fim de mapeamento por identidade de gênero, a partir de análise dos relatórios de dados do E-SUS;
- b) Cartografia através de observações participantes dos atendimentos multiprofissionais às usuárias da ESF com observação participante e registro em diário cartográfico. Considerando a abordagem realizada durante as consultas em Saúde da Mulher, entende-se a investigação quanto aos hábitos e características das usuárias como recurso de cunho questionário, o qual será observado e cartografado;
- c) Educação Permanente em Saúde com equipe de saúde da ESF sob a ótica de identidade de gênero, orientação sexual, classe, raça/etnia, cultura através de encontros preparados em conjunto com a equipe, a fim de provocar relato e reflexão sobre experiências de cuidado junto às mulheres e população LGBTQI+, utilizando o diário cartográfico como ferramenta de registro.

Será feito o acompanhamento do processo de construção dos espaços de discussão sobre os temas da Saúde da Mulher, Saúde Sexual e Reprodutiva, assim como as singularidades que habitam estes corpos. Buscando, desta forma, problematizar esta experiência enquanto dispositivo de aprendizado em saúde, identificando potências para estabelecer uma educação que sensibilize e comprometa eticamente a equipe de saúde para o cuidado pertinente à população destacada.

Em cada um destes momentos haverá relatório descritivo como base para as reflexões, assim como diário cartográfico, estudos e análise posterior.

2.8.2 Local e período de realização

O estudo será realizado na Estratégia Saúde da Família Santa Rita, localizada no bairro Santa Rita no município de Marau/RS. Os encontros que envolvem a equipe de saúde acontecerão em momentos destinados à Educação Permanente em Saúde, enquanto os encontros relativos às usuárias correspondem às consultas em Saúde da Mulher, realizadas na ESF.

O período corresponde a abril de 2021 a dezembro de 2021.

2.8.3 População e amostragem

A pesquisa-intervenção envolverá a equipe de saúde da ESF Santa Rita e as usuárias moradoras da comunidade referida. Todos os profissionais atuantes da equipe de referência são entendidos como parte fundamental para a construção deste percurso. No momento, a equipe conta com 15 profissionais, podendo aumentar no decorrer do tempo. As usuárias acompanhadas e atendidas serão as que estiverem em consulta para saúde da mulher na ESF no dia em que a pesquisadora estiver realizando a pesquisa para compor o processo de observação e cartografia.

Assim, a amostragem envolverá aproximadamente 30 mulheres usuárias que utilizarão a ESF dentro do período de três meses após liberação do Comitê de Ética em Pesquisa e, 15 profissionais da equipe de saúde.

O número descrito quanto aos participantes trabalhadores da equipe de saúde corresponde ao quantitativo relativo a toda equipe disposta na ESF. Quanto às participantes usuárias do serviço, a escolha quantitativa se deve ao cálculo do número possível de acolhimentos em Saúde da Mulher durante um turno semanal de quatro horas de trabalho dentro do período estipulado para coleta de dados, uma vez que a

pesquisadora estará realizando estes acolhimentos de forma multiprofissional durante um turno no decorrer de cada semana.

Os participantes serão convidados a participar do estudo a partir de sua procura por acolhimento em Saúde da Mulher no turno respectivo da residente, que, por sua vez, será a responsável pelas coletas de dados durante os acolhimentos.

Os sujeitos participantes serão *protagonistas* ativos deste processo, não sendo compreendidos como *objetos* da pesquisa-intervenção.

Devido à pandemia de Coronavírus, são necessárias estratégias seguras para a devolutiva dos resultados aos participantes. Desta forma, planeja-se quanto à elaboração de materiais a serem divulgados à comunidade a partir das redes sociais digitais às quais a equipe tem acesso, tais como WhatsApp e Facebook.

Os dados serão arquivados em local seguro na ESF Santa Rita, em arquivos destinados a estudos realizados na comunidade. Após o período de cinco anos, serão destruídos.

2.8.4. Critérios de Inclusão

Será considerado critério de inclusão para participação na pesquisa os (as) trabalhadores (as) da equipe da Estratégia de Saúde da Família Santa Rita que consentirem a participação na pesquisa, de acordo com TCLE, e as usuárias em acolhimento nas consultas de Saúde da Mulher nos dias em que a pesquisa será realizada, com concordância em TCLE para a participação da pesquisa.

As usuárias admitidas para participação na pesquisa serão mulheres heterossexuais, lésbicas, bissexuais, mulheres transexuais, homens transexuais, travestis, assexuais e intersexuais.

Caso não se identifique usuárias LGBTQI+ para consulta dentro do período dos dois primeiros meses da pesquisa, haverá busca ativa no território com usuárias já cadastradas no serviço da ESF.

2.8.5. Critérios de Exclusão

Haverá recorte de idade assinalando mulheres maiores de 18 anos de idade. Considerando a população LGBTQI+, deve-se destacar que homens gays não farão parte da pesquisa.

2.8.6 Variáveis e coleta de dados

O principal instrumento de registro de dados será o diário cartográfico da pesquisadora, principal ferramenta do cartógrafo na medida em que com o recurso da escrita se torna possível registrar estranhamentos, afetações, dúvidas e reflexões. Ou seja, neste dispositivo se sintetizam as produções de conhecimento dadas no acompanhamento do processo junto aos sujeitos da pesquisa, tanto nos atendimentos multiprofissionais em saúde às usuárias como em EPS com a equipe.

Para o desenvolvimento das ações de EPS junto à equipe, haverá previamente análise de registro de atas das reuniões de equipe e busca e análise de documentos relacionados ao tema proposto, como: legislações, normas, políticas e informações junto a órgãos públicos.

A experimentação cartográfica com a equipe de saúde para reflexão e produção de ações inovadoras no cuidado a saúde integral das mulheres e população LGBTQI+, acontecerá através de encontros de formação e da elaboração de materiais educativos. Estes últimos construídos a partir das demandas emergentes e em articulação com as usuárias que assim desejarem e pela equipe. A divulgação destes materiais poderá ser feita em formato de publicações de infográficos e/ou vídeos nas redes sociais vinculadas à equipe de saúde.

2.8.7 Processamento e análise dos dados

Para interpretação e análise das informações e dos dados será utilizado o Método de Análise de Conteúdo (Minayo, 2012).

As três fases de realização da análise são: 1ª fase – Pré análise: organização do material e definição de unidades de registro, de contexto, trechos importantes e categorias, a partir dos objetivos e questões de estudo da pesquisa. Leitura exaustiva do material. 2ª fase – Exploração do material: momento de aplicação do que foi definido na fase anterior. Necessidade de inúmeras leituras de um mesmo material. 3ª fase – Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: tentativa de desvendar o conteúdo subjacente ao manifesto.

A opção por este método deve-se à possibilidade de oportunizar uma abordagem das categorias de análise na perspectiva de uma compreensão, em profundidade, acerca do tema em pauta. O objetivo é a obtenção de uma visão de conjunto, bem como a apreensão das particularidades que se encontrarem presentes nesta totalidade, que é parcial.

Em relação aos documentos: como procedimentos, serão observadas as orientações de análise de conteúdo (Sá et al, 2009), que apontam o percurso das decisões tomadas acerca de determinado tema ou assunto e são extraídas informações a partir de diferentes etapas empreendidas pelos pesquisadores: organização das informações a serem categorizadas e, posterior análise, elaboração de sínteses.

A pesquisa documental é um procedimento que se vale de técnicas e métodos que permitem a “(...) apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos” (Sá et al, 2009, p. 5). Procedimentos: inicialmente localização dos documentos, avaliação de sua credibilidade e representatividade, seleção e análise preliminar; posteriormente serão extraídos os “significados temáticos” e o contexto. Após organizados os dados, fruto de várias leituras, serão construídas categorias de análise, confrontando o material empírico com as leituras teórico-conceituais.

2.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto atenderá à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012) e a Portaria nº 510, de 07 de abril de 2016 (BRASIL, 2016) do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as normas e diretrizes das pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2016) e será encaminhado para: 1) Comitê de ética em Pesquisa da UFFS, e inserção na Plataforma Brasil.

A coleta de dados acontecerá mediante a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa indicado pela Plataforma Brasil. Além disso, serão consideradas as recomendações das Instituições e autoridades sanitárias conforme evolução da pandemia de COVID-19, caso se mantenha a pandemia durante a realização da pesquisa-intervenção.

A organização e análise dos dados e das informações está prevista da seguinte forma: os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) serão numerados e subdivididos em categorias alfabéticas, no qual cada letra representa um sujeito de pesquisa (Anexo 1 e 2).

A equipe de referência receberá via do TCLE ao início da aplicação da pesquisa. Da mesma forma, as usuárias receberão, durante a consulta, via do TCLE. Após o atendimento, as observações feitas serão registradas no diário cartográfico da pesquisadora.

A Secretaria Municipal de Saúde assinará Termo de Ciência e Concordância para realização da pesquisa antes da submissão desta na Plataforma Brasil (Anexo 3).

Análise crítica de riscos e benefícios

Uma vez que toda pesquisa oferece riscos e benefícios aos seus participantes, pode-se dizer que o risco desta pesquisa foi dimensionado como leve, e está relacionado ao possível desconforto de participantes em relembrar e reviver situações que lhes causaram sofrimento ou causem constrangimento. Como forma de minimizar estes riscos, será oferecido acompanhamento psicológico e em saúde para os participantes que, porventura, venham a se sentir abalados psicologicamente após participar desta pesquisa.

É dimensionado como risco aos participantes atuantes da equipe de saúde, possível constrangimento ao compartilhar ou relembrar situações passadas com os demais colegas. Quanto aos usuários do serviço, é possível que se sintam constrangidas quando abordadas, durante consulta de saúde, para participação em estudo ou, ainda, relatando suas histórias e percepções.

Como forma de minimizar estes riscos, será oferecido acompanhamento psicológico e em saúde para os participantes que, porventura, venham a se sentir abalados psicologicamente após participar desta pesquisa.

O benefício direto diz respeito à oportunidade de poder ressignificar experiências e conceitos relacionados a essas situações discriminatórias sofridas ao longo da vida e, o indireto, ao fato de contribuir com uma discussão maior que envolve a luta pelos direitos da população LGBTQI+ e a sua valorização, assim como a qualidade do cuidado em saúde.

Medidas de proteção à confidencialidade

Em relação à confidencialidade encontra-se descrito no TCLE que será mantido o anonimato dos sujeitos e a confidencialidade. Os TCLEs serão guardados em envelopes de acordo com a ordem alfabética e permanecerão em total anonimato. O nome dos participantes não será mencionado sob nenhuma circunstância.

Os arquivos serão mantidos em local privado às pesquisadoras na ESF e serão armazenados pelo prazo de cinco anos, sendo destruídos após o decorrer deste tempo.

Crítérios para suspender ou encerrar a pesquisa

Será considerado critério para suspender ou encerrar a pesquisa a recusa em participar desta por todos os sujeitos que atendam o perfil descrito para compô-la.

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Somente participarão da pesquisa os trabalhadores da ESF e as usuárias que estiverem aptas pelos critérios de inclusão e que aceitem fazê-lo após leitura e explicação dos objetivos e do TCLE. Estes assinarão, então, o TCLE em duas vias, sendo que, uma ficará consigo, e a outra será arquivada. Será explicado oralmente que será possível interromper ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Posteriormente, será realizado o atendimento com algumas perguntas norteadoras do cuidado integral. Após o término da pesquisa será feito o registro no diário cartográfico a ser anexada ao TCLE respectivo; abordada a manutenção da confidencialidade, a proteção do anonimato, e explicitados os riscos e os benefícios diretos e indiretos advindos.

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA SMS – Marau/RS

A declaração, assinada por dirigente da SMS, segue no Apêndice (Anexo 3).

2.10 RESULTADOS ESPERADOS

Como desdobramentos possíveis, almeja-se aumento de autoconhecimento por parte das usuárias sobre seu corpo e as escolhas referentes a este; disponibilização de informações precisas e detalhadas sobre contraceptivos, favorecendo o processo de escolha consciente das usuárias e usuários; aproximação da população LGBTQI+ do serviço de saúde do território por questões para além de saúde sexual; quebra de tabus referentes ao corpo sexual; apropriação da equipe de saúde sobre a Política Nacional de Atenção Integral à População LGBT, favorecendo, assim, um cuidado em saúde contra-hegemônico, transversalizado por pautas LGBTQIA+ antirracistas, antissexistas; ampliação da discussão e, por conseguinte, melhora na qualidade da oferta de cuidados específicos para população LGBTQI+; atravessamentos destas compreensões pelo profissional durante acolhimentos e consultas em saúde da mulher e saúde sexual e reprodutiva e; entendimento da aplicação de contraceptivos hormonais injetáveis e

distribuição de preservativos como momentos de atenção à saúde sexual e, portanto, de potencial aproximação entre equipe e usuários.

2.11 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão divulgados e discutidos com a equipe de saúde em momento posterior à conclusão do estudo, durante encontro com fins planejados para tanto.

Em decorrência da pandemia, se faz necessário que estratégias sejam pensadas em prol da segurança das usuárias participantes da pesquisa. Desta forma, serão produzidos materiais informativos a fins de divulgação à comunidade dos resultados dessa pesquisa, os quais serão via plataformas online, a partir das redes sociais vinculadas à equipe de saúde, tais como: página no Facebook e; grupos de WhatsApp como do Conselho Local de Saúde, Grupo de Gestantes, de Mulheres e LGBTQI+.

2.12 RECURSOS

Discriminação	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Papel, lápis, borracha, canetas	100 unidades	R\$ 5,00	R\$ 500,00
Xerox, impressões e livros	50	R\$ 200,00	R\$ 1000,00
Transporte	30	R\$ 20,00	R\$ 600,00
TOTAL			R\$ 2100,00

O projeto será financiado pela pesquisadora.

2.13 CRONOGRAMA

O cronograma de trabalho para o período do projeto será de 10 meses e obedecerá ao seguinte planejamento:

Atividades/Período	Abril a julho	Agosto a Setembro	Outubro a
---------------------------	----------------------	--------------------------	------------------

	2021	2021	Dezembro 2021
Revisão de Literatura	X	X	X
Atendimento com observação participante	X	X	
Coleta de Dados	X	X	
Análise de dados e Produção do Relatório Parcial		X	
Redação do artigo, defesa, socialização aos participantes e divulgação de resultados			X

2.14 REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. 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, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Serie C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Política Nacional de Humanização**. Documento base para para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2004b.

CARVALHO, Gilson. A Saúde Pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, V. 27, nº 78, p. 7-26, abr. 2013.

CORREA, Sonia and PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis** [online]. 1996, vol.6, n.1-2, pp.147-177. ISSN 0103-7331. <https://doi.org/10.1590/S0103-73311996000100008>.

CORREA, Sonia. A “política do gênero”: um comentário genealógico. **Cad. Pagu, Campinas**, n. 53, e185301, 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332018000200401&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Dec. 2020. Epub June 11, 2018. <https://doi.org/10.1590/18094449201800530001>.

DARC, Larissa. **Vem cá:** vamos conversar sobre a saúde sexual de lésbicas e bissexuais. 2 ed. São Paulo: Editora Dita Livros, 2009.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe.** 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

FEDERICI, Silvia. **Mulheres e caça às bruxas.** 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2019.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido.** 65. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, nº 3, p. 621-626, out. 2012.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana. **Pistas do método da cartografia:** Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. 4. Porto Alegre: Sulina, 2015.

PETCHESKY, R.P. **Abortion and Woman's Choice: the state sexuality and reproductive freedom.** Londres: Verso, 1985.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, V. 27, nº 2, p. 255-276, set. 2017.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **SciELO**, 29 mai. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n2/v21n2a03.pdf>>. Acesso em: 14 outubro 2020.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie et al. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Rev. Bras. De História & Ciências Sociais.** Nº 1, p. 1-15, jul. 2009.

SILVA, Letícia Batista. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálysis**, Florianópolis, nº 1, v. 21, p. 200-209, abr. 2018.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro:
Editora Fiocruz, 2002.

2.15 APÊNDICE

2.15.1 Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para trabalhadores.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

para participantes presentes nos Encontros de Educação Permanente em Saúde

Prezado (a) participante da pesquisa,

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre a Atenção Integral à Saúde da Mulher e População LGBTQI+: desafios para a equipe multiprofissional na Atenção Primária à Saúde, que será desenvolvida na Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Rita. Esta pesquisa está associada ao Trabalho de Conclusão de Residência da residente Samantha Pimentel de Oliveira Stieven, da Residência Multiprofissional em Saúde e orientado pela Professora Dra. Vanderléia Laodete Pulga, da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e coorientado pela Preceptora Ma. Fabiana Schneider da Secretaria Municipal da Saúde de Marau e preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

Este estudo tem como objetivo geral analisar como se dá o processo de produção do cuidado à saúde das mulheres e população LGBTQI+ usuárias da Estratégia de Saúde da Família Santa Rita na perspectiva da universalidade, da integralidade, da equidade e das implicações de gênero, sexualidade, classe, raça, cultura, geração na saúde; a fim de contribuir no processo de educação permanente da equipe multiprofissional e viabilizar o atendimento humanizado a esta população. Como parte da pesquisa, serão realizados três (03) encontros e você poderá contribuir com suas experiências e sabedorias. Estes encontros consistirão na modalidade de Educação Permanente em Saúde e serão realizados na Estratégia Saúde da Família Santa Rita, no município de Marau/RS.

Como benefícios diretos do presente estudo, será disponibilizado a você um espaço acolhedor, de respeito e valorização de seu saber. Além disso, este estudo pode trazer benefícios ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à Atenção Básica no sentido de permitir aos profissionais de saúde repensar a relevância do saber popular e dos espaços que aproximam a comunidade do serviço, promovendo a valorização de suas diferentes formas de organização.

Este estudo pode expor a riscos de caráter emocional, por envolver a exposição de sentimentos e elementos de suas histórias de vida. É dimensionado como risco aos participantes atuantes da equipe de saúde, possível constrangimento ao compartilhar ou relembrar situações passadas com os demais colegas. Entretanto, será oferecido escuta e acolhimento, terá garantido o direito e respeito às suas falas e expressões e, caso haja necessidade, será encaminhada (o) para acolhimento junto a rede local.

Estando de acordo em participar, a pesquisadora será a única a ter acesso aos dados e tomará todas as providências necessárias para manter o sigilo, mas sempre existe a remota possibilidade de quebra do sigilo, mesmo que involuntária e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Além disso, você terá uma devolutiva do estudo que poderá ser de forma oral ou escrita. Os resultados serão divulgados e discutidos com a equipe de saúde em momento posterior à conclusão do estudo, durante encontro com fins planejados para tanto. Em decorrência da pandemia, se faz necessário que estratégias sejam pensadas em prol da segurança dos participantes da

pesquisa. Desta forma, serão produzidos materiais informativos a fins de divulgação à comunidade dos resultados dessa pesquisa, os quais serão via plataformas online, a partir das redes sociais vinculadas à equipe de saúde, tais como: página no Facebook e; grupos de WhatsApp como do Conselho Local de Saúde, Grupo de Gestantes, de Mulheres e LGBTQI+. A divulgação dos resultados não implica na identificação dos participantes.

Sinta-se à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter qualquer prejuízo. Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pela pesquisadora responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação na pesquisa. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa, poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

A pesquisadora responsável compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto, você poderá entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento pelo telefone (54) 992170782 ou pelo telefone (54) 3342-8531 (entre 07:30 e 17:00), e-mail stievensamantha@gmail.com, endereço: Rua Miguel Magnan, nº 530, bairro Santa Rita, CEP 99150000, Marau – RS. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS pelo telefone (49) 2049-3745, e-mail cep.uffs@uffs.edu.br ou pessoalmente na Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, Sala 310, 3º andar, localizada na Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, Chapecó, Santa Catarina, Brasil, CEP 89815-899.

Eu,....., li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive da pesquisadora todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido(a) e optei por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.

Marau, de de 2021

Assinatura do participante:

Samantha Stieven
E-mail: stievensamantha@gmail.com
Telefone: (54) 99217-0782

Vanderléia Laodete Pulga
E-mail: vanderleia.pulga@gmail.com
Telefone: (54) 99629-3228

Fabiana Schneider
E-mail: fabischneider19@hotmail.com
Telefone: (54) 99998-441

2.15.2 Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuários.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) para usuárias da ESF

Prezado (a) participante da pesquisa,

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre a Atenção Integral à Saúde da Mulher e População LGBTQI+: desafios para a equipe multiprofissional na Atenção Primária à Saúde, que será desenvolvida na Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Rita. Esta pesquisa está associada ao Trabalho de Conclusão de Residência da residente Samantha Pimentel de Oliveira Stieven, da Residência Multiprofissional em Saúde e orientado pela Professora Dra. Vanderléia Laodete Pulga, da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e coorientado pela Preceptora Ma. Fabiana Schneider da Secretaria Municipal da Saúde de Marau e preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

O local de execução deste estudo será a Estratégia Saúde da Família Santa Rita, Marau/RS, durante a realização de consulta em Saúde da Mulher.

Este estudo tem como objetivo geral analisar como se dá o processo de produção do cuidado à saúde das mulheres e população LGBTQI+ usuárias da Estratégia de Saúde da Família Santa Rita na perspectiva da universalidade, da integralidade, da equidade e das implicações de gênero, sexualidade, classe, raça, cultura, geração na saúde; a fim de contribuir no processo de educação permanente da equipe multiprofissional e viabilizar o atendimento humanizado a esta população. Como parte da pesquisa, serão realizadas perguntas durante seu atendimento em Saúde da Mulher e você poderá contribuir com suas experiências e sabedorias. Como benefícios diretos do presente estudo, será disponibilizado a você um espaço acolhedor, de respeito e valorização de seu saber. Além disso, este estudo pode trazer benefícios ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à Atenção Básica no sentido de permitir aos profissionais de saúde repensar a relevância do saber popular e dos espaços que aproximam a comunidade do serviço, promovendo a valorização de suas diferentes formas de organização.

Este estudo pode expor a riscos de caráter emocional, por envolver a exposição de sentimentos e elementos de suas histórias de vida. É possível que se sinta constrangida quando abordada ou relatando suas histórias e percepções. Entretanto, será oferecida escuta e acolhimento, terá garantido o direito e respeito às suas falas e expressões e, caso haja necessidade, será encaminhada (o) para acolhimento junto aos profissionais da ESF.

Estando de acordo em participar, a pesquisadora será a única a ter acesso aos dados e tomará todas as providências necessárias para manter o sigilo, mas sempre existe a remota possibilidade de quebra do sigilo, mesmo que involuntária e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Além disso, você terá uma devolutiva do estudo que poderá ser de forma oral ou escrita. Em decorrência da pandemia, se faz necessário que estratégias sejam pensadas em prol da segurança dos participantes da pesquisa. Desta forma, serão produzidos materiais informativos a fins de divulgação à comunidade dos resultados dessa pesquisa, os quais serão via plataformas online, a partir das redes sociais vinculadas à equipe de saúde, tais como: página no Facebook e; grupos de

WhatsApp como do Conselho Local de Saúde, Grupo de Gestantes, de Mulheres e LGBTQI+. A divulgação dos resultados não implica na identificação dos participantes.

Sinta-se à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter qualquer prejuízo. Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pela pesquisadora responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação na pesquisa. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa, poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

A pesquisadora responsável compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto, você poderá entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento pelo telefone (54) 992170782 ou pelo telefone (54) 3342-8531 (entre 07:30 e 17:00), e-mail stievensamantha@gmail.com, endereço: Rua Miguel Magnan, nº 530, bairro Santa Rita, CEP 99150000, Marau – RS. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS pelo telefone (49) 2049-3745, e-mail cep.uffs@uffs.edu.br ou pessoalmente na Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, Sala 310, 3º andar, localizada na Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, Chapecó, Santa Catarina, Brasil, CEP 89815-899.

Eu,....., li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive da pesquisadora todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido(a) e optei por livre e espontânea vontade participar da pesquisa. Marau, de de 2021

Assinatura do participante:

Samantha Stieven
E-mail: stievensamantha@gmail.com
Telefone: (54) 99217-0782

Vanderléia Laodete Pulga
E-mail: vanderleia.pulga@gmail.com
Telefone: (54) 99629-3228

Fabiana Schneider
E-mail: fabischneider19@hotmail.com
Telefone: (54) 99998-4410

2.15.3 Anexo 3 – Termo de Ciência e Concordância da Instituição.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA**

Termo de Ciência e Concordância da Instituição

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, **Douglas Kurtz**, representante legal da instituição Secretaria Municipal de Saúde de Marau/RS, envolvida no projeto de pesquisa intitulado **“ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER E POPULAÇÃO LGBTQI+: DESAFIOS PARA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”**, declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes. Ademais essa autorização permite o acesso aos dados do sistema de informação G-MUS, conforme consta no projeto original.

Douglas Kurtz

Secretário Municipal de Saúde de Marau

Samantha P. de O. Stieven

Psicóloga Residente – Pesquisadora Responsável

Marau, ____ de _____ de 2020.

2.15.4 Anexo 4 – Termo de Compromisso de Utilização de Dados em Arquivo.

Termo de Compromisso de Utilização de Dados em Arquivo

Eu, Samantha Pimentel de Oliveira Stieven, da Universidade Federal Fronteira Sul - UFFS no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “Atenção integral à saúde da mulher e população LGBTQI+: desafios para a equipe multiprofissional na Atenção Primária à Saúde” comprometo-me com a utilização dos dados contidos no G-MUS, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP/UFFS.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos arquivos e atas, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, às pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a apreciação do CEP/UFFS.

Esclareço ainda que os dados coletados farão parte dos estudos do aluno Samantha Pimentel de Oliveira Stieven, discente de Especialização/Residência em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal Fronteira Sul- UFFS, sob minha orientação.

Passo Fundo, ____ de _____ de 2021.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Orientador

Assinatura do Coorientador

3 CAPÍTULO III – RELATÓRIO DA COLETA DE DADOS

3.1 INTRODUÇÃO

Este relatório corresponde ao registro das atividades de coletas de dados da pesquisa intitulada “Atenção Integral à Saúde da Mulher e População LGBTQIA+: desafios para a equipe multiprofissional na Atenção Primária à Saúde”, que tem por objetivo analisar como se dá a produção de cuidado à saúde das mulheres e população LGBTQI+ usuárias da Estratégia de Saúde da Família Santa Rita (ESF), a fim de contribuir no processo de educação permanente da equipe multiprofissional na perspectiva do atendimento humanizado a esta população. Esta pesquisa é parte integrante do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, área temática Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade e se propõe um olhar cartográfico sobre um projeto de pesquisa-intervenção.

3.2 LOGÍSTICA E AS ETAPAS DA COLETA DE DADOS

3.2.1 Logística prévia à coleta de dados

Os atendimentos em Saúde da Mulher ocorrem na sala de enfermagem da ESF Santa Rita durante os turnos designados para coleta de preventivo. Inicialmente, foi planejado que a inserção da pesquisadora acontecia em turno único durante a semana, definido como quartas-feiras à tarde. Entretanto, devido constante reajuste na agenda da equipe de saúde motivada por ausências de profissionais na ESF para realizarem vacinação contra o vírus da Covid-19 na população do município, foi necessária reorganização da agenda da pesquisadora a fim de encaixe nos turnos possíveis para realização da coleta de dados.

A duração dos atendimentos tem cerca de 30 minutos até 1 hora de duração, dependendo das dúvidas da usuária e das questões trazidas durante o momento de acolhimento. A explicação da pesquisa realizada bem como explanação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ocorre por parte da pesquisadora responsável.

3.2.2 Instrumento de coleta de dados

Os dados obtidos correspondem a relatos advindos dos diários cartográficos dos atendimentos multiprofissionais em Saúde da Mulher, na preparação dos momentos de Educação Permanente em Saúde com a equipe relativos ao tema e no cotidiano dos profissionais. Estes diários são produzidos em momento posterior à consulta, não havendo gravação ou anotações durante o momento do atendimento.

A partir de inserção nas consultas de saúde da mulher, a pesquisadora pode através do método da observação ativa vivenciar esta experiência e relatar suas percepções em diário cartográfico, relatando afetos, acontecimentos e reflexões possíveis a partir do encontro entre profissionais e usuários.

3.2.3 Perdas e recusas

Devido constante alteração nos horários para agendamento de consultas eletivas, dentre elas o exame de coleta de preventivo, houve significativa perda de possibilidades de coleta de dados.

Importante ressaltar que este trabalho constitui uma intervenção de trabalho multiprofissional, sendo necessário não apenas organização da pesquisadora responsável, mas disponibilidade de outros membros da equipe.

Ainda, enquanto obstáculo para efetivação das coletas, houve a ausência da pesquisadora na ESF para realização dos estágios curriculares.

No que concerne as recusas por parte de usuárias, poucas situações foram constatadas. O primeiro dia de coletas foi marcado pela primeira recusa de usuária em ser acompanhada durante o exame Citopatológico por mais de um profissional de saúde, alegando sentir-se constrangida, motivo pelo qual evita realizar o exame no intervalo de tempo correto. Este mesmo dia corresponde ao exame de outra colega de equipe, que referiu preferir ficar a sós com a enfermeira por sentir-se exposta.

3.3 POTECCIALIDADES E DESAFIOS ENCONTRADOS DURANTE A COLETA DE DADOS

É possível identificar a consulta compartilhada por diferentes núcleos como potencializadora do cuidado integral ao usuário. A partir da colaboração de saberes, surge a possibilidade de identificar questões em saúde que não necessariamente seriam

percebidas em uma consulta convencional, além da oportunidade de levantamento de demandas que talvez não seriam trazidas pelo usuário senão a partir da presença de determinado núcleo que o incentive para tal. Como na situação em que, após ouvir que a segunda profissional presente era psicóloga, usuária traz sobre desejo antigo de procurar acolhimento psicológico, pois algumas coisas em sua família não andam bem.

Somado a isto, esta modalidade de acolhimento e acompanhamento gera mais de um profissional referência ao usuário, o que facilita o fortalecimento do vínculo com a equipe e reduz sobrecarga aos profissionais.

A partir da troca de saberes entre diferentes núcleos, caminha-se para a construção da atuação transprofissional, um dos objetivos das consultas compartilhadas em uma equipe de saúde da família.

Este ambiente gera facilitação de espaço para diálogo, uma vez que o saber circula e é compartilhado, oportunizando uma conversa leve e fluída, com metodologia relacionada ao círculo entre profissionais e usuário/usuários.

Embora marcada por potencialidades, há, também, desafios a serem superados nesta metodologia de atendimento. Tais como a necessidade de agenda combinada entre profissionais, o que pode ser desafiador, principalmente quando a demanda é significativa. Isto gera redução de disponibilidade na agenda de núcleo e consequente redução de atendimentos ofertados para a população. Entretanto, a longo prazo, a consulta compartilhada pode significar redução de atendimentos crônicos ou agudos, uma vez que possíveis demandas são identificadas sob o olhar de outro núcleo em tempo anterior à queixa, trabalhando prevenção e promoção à saúde.

Há também a possível recusa em ser atendida por mais de um profissional, seja pela privacidade como em coletas de preventivo, ou por constrangimento de relatar determinados fatos a mais de uma pessoa, como situação em que usuária solicita ficar a sós com enfermeira pois lhe é muito difícil realizar o exame preventivo por sentir-se constrangida.

Ainda assim, o maior desafio encontra-se na dificuldade em conseguir inserir-se quando não há muito conhecimento da parte de um dos profissionais sobre a demanda apresentada pelo usuário. Embora desafiador e por alguns momentos desconfortável, este momento de estranhamento pode ser impulsionador para a identificação de fragilidades deste profissional e seguinte busca por amparo teórico e prático junto à sua equipe.

3.4 RELATO E DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO

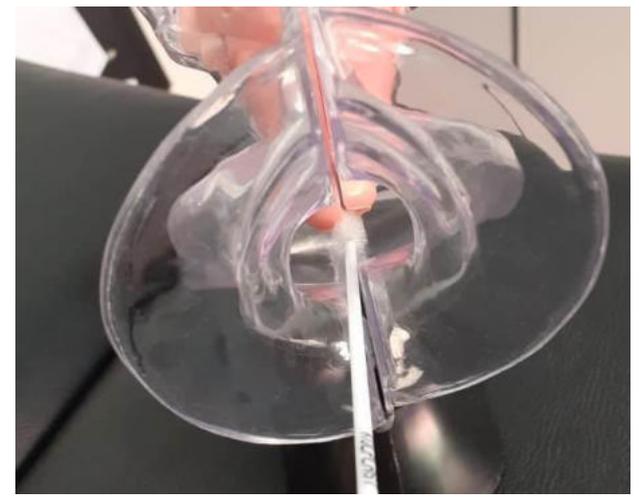
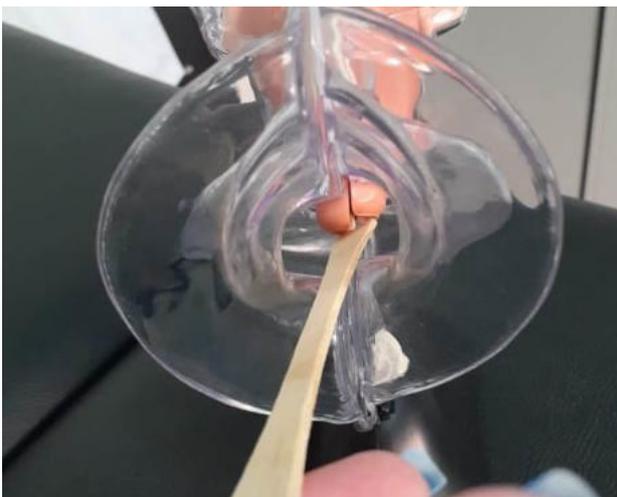
Acordado em agenda, as consultas multiprofissionais em Saúde da Mulher foram compartilhadas com a pesquisadora psicóloga residente do segundo ano e enfermeira residente do segundo ano. Em um momento específico, houve o compartilhamento entre a pesquisadora responsável e a enfermeira gestora da Unidade.

Ao receber a usuária, as profissionais realizavam sua apresentação. Este momento é importante para que a usuária conheça os profissionais que a estarão acompanhando. Para além disso, este momento também foi utilizado para apresentação da pesquisa proposta, sendo solicitado a usuária seu consentimento para tanto. Uma segunda via assinada pela pesquisadora responsável foi entregue a cada uma das usuárias.

Durante o acolhimento, é realizado um entendimento da procura da usuária pelo exame preventivo. Isto é, se por estar no tempo adequado, se há alguma queixa que motivou a procura, se houve busca ativa da equipe. Ainda, importante compreender o quanto a usuária conhece sobre o teste, sua periodicidade e seu corpo.

Quanto a este último item, foi possível identificar que há escassez de informações sobre os processos naturais do próprio corpo, como mucos sendo confundidos com corrimentos, por exemplo; pouco conhecimento anatômico da parte externa e interna da vulva. Em relação a isso, chama atenção que mulheres que realizam o exame preventivo há muitos anos surpreendam-se quando lhes é mostrado e explicado como o exame é realizado bem como sobre onde localiza-se o colo do útero, seu aspecto e como a coleta é feita.

Esta explicação foi realizada pela enfermeira residente, que a partir de imagens localizadas no Google Imagens mostrou o aspecto real de um colo de útero. Ainda, demonstrou através dos materiais anatômicos que a Unidade dispõe como é realizada a coleta do exame, tais quais expressam as imagens a seguir:



Durante o acolhimento, outros conteúdos são levantados, a fim de maior compreensão sobre a saúde da usuária. Alguns exemplos são: idade da primeira menstruação e da primeira relação sexual; se houve gestações, abortos, filhos e quais os

tipos de parto; relação conjugal da usuária; histórico de ISTs e câncer na família; realização do último exame preventivo e da mamografia (se em idade indicada); cuidados com a alimentação, saúde física e mental; como é a relação com a família; se há algo causando sofrimento, desconforto ou alguma questão importante para esta usuária; entre outros possíveis assuntos.

As usuárias foram convidadas a realização de Teste Rápido para ISTs, bem como aconselhadas sobre Hepatite B e C, HIV e Sífilis. Também lhes foi realizado o Exame Clínico de Mama, no qual a enfermeira ensina o passo a passo para reprodução em casa, frisando que conhecer o próprio corpo é a forma possível para identificar alguma alteração. Abaixo, imagem meramente ilustrativa do Exame Clínico de Mama:



Importante ressaltar a explicação dos métodos contraceptivos disponíveis no SUS, tais como camisinha interna e externa, diafragma, DIU de Cobre e anticoncepcionais orais e injetáveis. Abaixo, imagens do diafragma, DIU e vulva anatômica:



A tabela abaixo refere-se a agenda de coleta de dados da pesquisadora até julho de 2021:

Data	Descrição
09 de abril	Reunião com Vereador representante do Coletivo Plural no município.
21 de abril	Recusa das usuárias.
28 de abril	Sem agendamentos para o dia.
05 de maio	Assembleia dos residentes.
11 de maio	Reunião com coorientadora e decisão sobre turnos nas terças de manhã quando houver usuárias agendadas.
12 de maio	Não comparecimento das usuárias agendadas.
18 de maio	Três agendamentos, dois comparecimentos. Concordância de ambas.
19 de maio	Três agendamentos, dois comparecimentos. Concordância de ambas.
25 de maio	Um agendamento. Concordância de usuária.
26 de maio	Dois agendamentos, um comparecimento. Concordância de usuária.
02 de junho	Pesquisadora em estágio CAPS Marau.
09 de junho	Pesquisadora em estágio CAPS Marau.
16 de junho	Agenda de CPs fechada por haver apenas uma enfermeira na ESF, devido estágio curricular de enfermeira residente.
23 de junho	Pesquisadora em Colóquio sobre Insurgências Decoloniais, Psicologia e os Povos Tradicionais.
30 de junho	Enfermeiras em atividade extra ESF.
02 de julho	Um agendamento. Concordância da usuária.
07 de julho	Pesquisadora em estágio Gestão SMS Marau.
21 de julho	Férias.
28 de julho	Férias.

3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E ENCERRAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

A partir da implementação dos atendimentos multiprofissionais em Saúde da Mulher, foi possível identificar alguns pontos relevantes para compreender o perfil das usuárias atendidas e/ou que buscam atendimento em Saúde da Mulher.

Chama atenção que todas as usuárias correspondam a mulheres cisgênero em relacionamentos com homens, isto é, mulher heterossexuais ou bissexuais – entretanto, não houve questionamento da orientação sexual destas usuárias, sendo possível apenas assumir estar duas possibilidades.

Este dado chama a atenção no que concerne ao cuidado às mulheres lésbicas ou que mantêm relações com outras mulheres. Permanecem as perguntas: onde estão estas usuárias? O que as afasta do cuidado em Saúde da Mulher de sua ESF de referência?

Em relação à forma como o atendimento é realizado, é necessário exaltar aspectos positivos, principalmente no que tange à maneira delicada e sensível com que este espaço de escuta e exame clínico é administrado, salientando que o exame preventivo corresponde muitas vezes a um desconforto para as usuárias.

Por se tratar de uma consulta em que há apenas a presença da usuária, este espaço também torna-se um momento de acolhimento a demandas de outra esfera, como questões importantes em saúde mental e até mesmo violência. Desta forma, é preciso trabalhar com os profissionais responsáveis por esta consulta as maneiras adequadas de acolhimento, orientação e encaminhamento.

Outro aspecto relevante identificado nas consultas refere-se a escassez de informações que as mulheres possuem em relação ao próprio corpo. Algumas destas compreensões sugerem ausência de orientações adequadas por profissionais de saúde ao longo da vida da usuária, tais como efeitos de anticoncepcionais e demais medicamentos utilizados, diminuição da libido, a diferença entre mucos naturais do corpo e corrimentos que possivelmente estejam sinalizando algo importante a ser cuidado, entre outros.

Desta forma, é de suma importância que a consulta em Saúde da Mulher seja realizada com a atenção necessária ao que demanda cada usuária, a fim de certificar que está havendo a comunicação precisa e diminuição do hiato existente entre os corpos femininos e o conhecimento por parte das mulheres.

4 CAPÍTULO IV – ARTIGO

Atenção Integral à Saúde da Mulher e População LGBTQIA+: potencialidades do acolhimento multiprofissional na Atenção Primária à Saúde

Comprehensive Attention to Women's Health and the LGBTQIA+ Population: potentialities of multidisciplinary care in Primary Health Care

Atención integral para la salud de la mujer y la población LGBTQIA +: potencialidades de la atención multidisciplinar en Atención Primaria de Salud

RESUMO

Trata-se da reflexão cartográfica produzida a partir da experiência em uma Estratégia Saúde da Família, cenário prático do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul, área de concentração Atenção Básica. Tem por tema a atenção à saúde da mulher com ênfase em uma experiência em saúde da mulher LGBTQIA+. Constitui uma pesquisa-intervenção realizada durante acolhimentos multiprofissionais em Saúde da Mulher e momentos de Educação Permanente em Saúde com a equipe de referência durante o período de abril a outubro de 2021, como necessidade apontada na análise territorial. Para tanto, foram utilizados os registros em Diário Cartográfico sobre os atendimentos realizados na ESF e os registros em relatórios dos encontros de educação permanente com a equipe de saúde da família. Esses registros foram sistematizados e organizados em categorias de análise que compõem as reflexões presentes nesse artigo. Conclui-se sobre a importância da afirmação da singularidade dos sujeitos como preceito ético no cuidado em saúde, assim como a promoção da equidade articulada à integralidade e à universalidade do SUS. Esta experiência destaca a relevância em adentrar espaços e produzir tensionamento na medida do contato com o novo, tendo pelo estranhamento, a matéria condutora de novas possibilidades.

Palavras chave: Educação Permanente em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Mulher. Saúde da população LGBTQIA+.

ABSTRACT

This is the cartographic reflection produced from the experience in a Family Health Strategy, practical scenario of the Multiprofessional Residency Program in Health at the Federal University of Fronteira Sul, Primary Care concentration area. Its theme is women's health care with an emphasis on an LGBTQIA+ women's health experience. It is an intervention research carried out during multidisciplinary receptions in Women's Health and moments of Permanent Education in Health with the reference team during the period from April to October 2021, as a need identified in the territorial analysis. For this purpose, the records in the Cartographic Diary were used about the assistance provided in the FHS and the records in reports of the permanent education meetings with the family health team. These records were systematized and organized into

categories of analysis that make up the reflections present in this article. It is concluded on the importance of affirming the singularity of subjects as an ethical precept in health care, as well as the promotion of equity articulated to the integrality and universality of the SUS. This experience highlights the importance of entering spaces and producing tension in the measure of contact with the new, having strangeness as the material that leads to new possibilities.

Key Words: Continuing Health Education. Primary Health Care. Woman. Health of the LGBTQIA+ population.

ABSTRACTO

Esta es la reflexión cartográfica producida a partir de la experiencia en una Estrategia de Salud de la Familia, escenario práctico del Programa de Residencia Multiprofesional en Salud de la Universidad Federal de Fronteira Sur, área de concentración de Atención Primaria. Su tema es el cuidado de la salud de la mujer con énfasis en una experiencia de salud de la mujer LGBTQIA+. Se trata de una investigación de intervención realizada durante recepciones multiprofesionales en Salud de la Mujer y momentos de Educación Permanente en Salud con el equipo de referencia durante el período de abril a octubre de 2021, como necesidad identificada en el análisis territorial. Para ello, se utilizaron los registros del Diario Cartográfico sobre la asistencia prestada en la ESF y los registros de los informes de los encuentros de educación permanente con el equipo de salud de la familia. Estos registros fueron sistematizados y organizados en categorías de análisis que componen las reflexiones presentes en este artículo. Se concluye sobre la importancia de afirmar la singularidad de los sujetos como precepto ético en la atención a la salud, así como la promoción de la equidad articulada a la integralidad y universalidad del SUS. Esta experiencia destaca la importancia de adentrarse en los espacios y producir tensión en la medida del contacto con lo nuevo, teniendo la extrañeza como material que conduce a nuevas posibilidades.

Palabras clave: Educación Continuada en Salud Atención Primaria a la Salud. Mujer. Salud de la población LGBTQIA+.

4.1 INTRODUÇÃO

O cuidado integral à saúde da mulher e da população LGBTQIA+ é um desafio histórico junto ao Sistema Único de Saúde (SUS). Na Atenção Básica várias são as possibilidades de atuação que se colocam para as equipes das Estratégias de Saúde da Família (ESF) para o cuidado integral à saúde da população, em especial, essa situada. A par dos processos de naturalização das desigualdades de gênero, raça/etnia, classe e geração, suas implicações sobre a forma de compreender e cuidar do corpo e da saúde, tanto das usuárias como de profissionais da saúde, muitas vezes, os processos de trabalho e as formas de abordagem tendem a reprodução social desses processos.

As reflexões que aqui seguem são resultado da experiência de cuidado multiprofissional envolvendo os núcleos de Enfermagem, Farmácia e Psicologia na atenção à saúde da mulher em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) no norte do estado do Rio Grande do Sul. É proveniente de uma pesquisa-intervenção realizada no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), área de concentração Atenção Básica, da Universidade Federal da Fronteira Sul/Campus Passo Fundo (UFFS/PF). Como escolha metodológica e ética, foi utilizado o recurso da cartografia como caminho para percepção e registro desta vivência. Desta forma, as experiências aqui relatadas correspondem a reflexões, pensamentos, afetos, sensações, discussões e vinhetas registradas em Diário de Campo durante a execução deste trabalho, atreladas ao aporte teórico que fundamenta o olhar para a prática.

Como parte do processo formativo, o grupo de residentes têm sido provocado a construir um Diagnóstico Territorial do espaço adscrito. Este dispositivo pedagógico corresponde ao reconhecimento das necessidades e demandas de saúde em um determinado território. Isto é, para qualificar o acesso e a atenção ofertada à população que produz o território, se torna imprescindível que haja reconhecimento do perfil da comunidade, as fontes de renda, saneamento, determinantes sociais em saúde, demandas observadas pela própria comunidade, entre outros (RIBEIRO et al., 2012). Esta construção amplia a compreensão da dinâmica da experiência viva de um território que se organiza e modifica na medida das interações que são produzidas nele. A partir disso, demandas importantes referentes à população foram identificadas. Uma delas, escolhida como ponto de partida para a materialização desta experiência, se refere à ausência de mulheres LGBTQIA+ e homens trans na unidade de saúde. A partir do planejamento referente a este foco, outras necessidades de igual relevância foram observadas no

decorrer de sua execução, como a escassez de informações sobre os processos naturais e anatomia do corpo, entendido como de mulher, por parte das usuárias.

Como recurso estratégico para contribuir com estas demandas, o acolhimento multiprofissional e a Educação Permanente em Saúde (EPS) com a equipe de referência foram os caminhos escolhidos, de forma a intensificar as ações de saúde com foco na atenção integral à saúde da mulher. A partir do trabalho com a equipe se aposta no fortalecimento de dois pilares fundamentais para este cuidado: o do princípio da autonomia, produtor e potencializador de escolhas conscientes; e a atenção à singularidade dos corpos, dentro de uma perspectiva interseccional de gênero, raça, história, classe, cultura e determinantes sociais. Desta forma, foram propostos à equipe a inserção de turnos semanais fixos de atendimentos multiprofissionais em Saúde da Mulher, compartilhado entre enfermeira residente e psicóloga residente, bem como a facilitação de espaço de EPS sobre o tema da Saúde LGBTQIA+ no contexto da APS.

Como modo de percorrer e narrar esta experiência, optou-se pelo método da pesquisa-intervenção cartográfica. A cartografia, método proposto por Deleuze e Guattari, é descrita por Romagnoli (2009) como

[...] valiosa ferramenta de investigação, exatamente para abarcar a complexidade, zona de indeterminação que a acompanha, colocando problemas, investigando o coletivo de forças em cada situação, esforçando-se para não se curvar aos dogmas reducionistas. Contudo, mais do que procedimentos metodológicos delimitados, a cartografia é um modo de conceber a pesquisa e o encontro do pesquisador com seu campo. (p. 169).

Para Passos, Kastrup e Escóssia (2015), pesquisar cartograficamente exige a inversão do sentido etimológico da palavra metodologia, no qual o caráter apriorístico do “metá-hódos” é substituído por uma “aposta na experimentação do pensamento” (2009, p. 10). O “hódos-metá” é justamente a proposta de “um método não para ser aplicado, mas para ser experimentado e assumido como atitude” (ibidem, p. 11). Experimentar o trajeto, se afetar pelo campo que produz estranhamento e, com a afetação dessa estranheza, compor caminho e meta, trajeto e objetivo. Na esteira do acontecimento, pesquisadores, sujeitos da pesquisa e a pesquisa em si produzem-se de forma conjunta e processual.

Este processo propôs-se a experimentar, juntamente com os sujeitos participantes, caminhos possíveis para a aproximação da Atenção Primária à Saúde (APS) com as demandas das usuárias e população LGBTQIA+. A tentativa de

subdividir este olhar cartográfico em categorias reforça a indissociabilidade das várias faces de uma experiência: por vezes, o leitor encontrará vinhetas e pensamentos atravessados que se confundem pelo tempo, indo e retornando neste percorrer que contempla o período próximo de um ano.

A presente cartografia contém os afetos despertados, reflexões suscitadas, inquietações, desafios e estranhamentos decorrentes desta inserção que serão descritos em três categorias de análise: a primeira corresponde à relação entre usuárias LGBTQIA+ do território com a ESF de referência; a segunda, às percepções a partir das consultas multiprofissionais em Saúde da Mulher e; a terceira, versará sobre os movimentos propostos à equipe de saúde a fim de discutir e qualificar o cuidado em Saúde da Mulher e Saúde da Mulher LGBTQIA+.

4.2 Cadê as mulheres LGBTQIA+ na Atenção Básica em Saúde?

A ausência e invisibilidade das mulheres na ESF de referência

Esta experiência se inicia ainda nos primeiros contatos com o novo território de inserção. Enquanto profissional da saúde em processo de formação, percorrer o bairro no qual se localiza a ESF campo prático do Programa, intriga quanto à atenção oferecida às usuárias mulheres. Há, na Unidade, agenda com quantitativo impressionante de turnos semanais no núcleo da enfermagem voltados ao cuidado em saúde da mulher, nos quais oferta-se a realização do Exame Citopatológico (CP) acompanhado pela execução do Exame Clínico de Mama (ECM). Da mesma forma, a agenda das consultas médicas envolve uma série de horários voltados ao pré-natal de gestantes e puérperas. Desta forma, é possível vislumbrar uma Unidade de Saúde com grande movimentação de usuárias mulheres sob demanda programada.

Esta realidade não é novidade à nível macro. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004a) assinala as mulheres como maioria da população brasileira e principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma vez que ocupantes deste espaço tanto como usuárias quanto como acompanhantes de seus filhos, pais, companheiros e companheiras, demais familiares e vizinhos – considerando o papel histórico atribuído e desempenhado pelas mulheres de cuidadoras em sua rede familiar-social.

Enquanto público majoritário frequentador da ESF, chama a atenção a nítida ausência de usuárias LGBTQIA+, o que provoca questionar: não há quantitativo expressivo de usuárias pertencentes a esta população no território ou às usuárias é assumida uma compulsória heterossexualidade e, portanto, não as evidenciamos? Ainda, estão nossas usuárias LGBTQIA+ acessando os serviços da ESF? Conversando com profissionais da equipe, surge a observação da baixa procura por usuárias LGBTQIA+ no que concerne à saúde sexual e saúde da mulher, tais como CP, ECM, Testagem Rápida (TR) para Sífilis, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Hepatites B e C. Em contrapartida, usuários homens LGBTQIA+ fazem-se presentes na ESF para distintas questões em saúde, sejam elas relacionadas à saúde sexual, saúde mental, exames de rotina, etc. Motivo pelo qual homens gays cisgênero não foram considerados público alvo para este estudo.

Em tempo, antes de dar continuidade, é preciso esclarecer quanto à população adscrita nesta pesquisa a fim de elucidação da escolha realizada bem como introdução a alguns conceitos importantes. Considerando as diversas formas de experienciar gênero e orientação sexual, foi preciso reconhecer e abranger mulheres cisgênero (pessoas nascidas sob o gênero feminino, socializadas como mulheres e que se identificam com este gênero) heterossexuais, bissexuais e lésbicas. Embora não realizem o exame CP de colo de útero, mulheres transexuais (que nasceram com anatomia masculina e identificam-se com o gênero feminino) e travestis foram consideradas público incluso neste estudo, uma vez que população que demanda atenção singular do serviço de saúde e, em especial, na saúde da mulher. Ainda, homens transexuais (que nasceram sob a anatomia feminina e se identificam com o gênero masculino) gays, heterossexuais e bissexuais também contemplam público importante a ser adscrito, considerando as particularidades inerentes a este cuidado.

A literatura e produção científica voltada à saúde sexual de pessoas com vulva que se relacionam com outras pessoas que possuem vulva ainda é escassa. Um relevante material produzido sobre esta temática e que manifesta a importância política e ética de visibilizar esta realidade foi produzido por Darc (2009). A autora elucida fragmentos a respeito da invisibilidade lésbica dentro dos serviços de saúde e da deslegitimação do sexo entre mulheres, acarretando na negligência para com a saúde destas usuárias. Recortes como a falsa ideia de virgindade atribuída às mulheres que fazem sexo com outras mulheres e os efeitos desta prática não só emocionais e psicológicos, mas de irresponsabilidade quanto ao acompanhamento adequado em exames como a coleta de

preventivo e a ausência de orientações para proteção contra ISTs a mulheres lésbicas e bissexuais são evidenciados pela autora. Para que o processo de atenção à mulher nos serviços de saúde não seja produtor de afastamento para as usuárias que fogem à norma, é preciso pensar sobre as particularidades destes corpos e prover tecnologias de cuidado que conversem com as necessidades de cada usuária dentro de seu contexto de saúde, social, econômico e demais fatores relevantes ao cuidado.

Considerando o panorama da relação da ESF com as moradoras LGBTQIA+ do território, os primeiros movimentos envolveram contato com pontes estratégicas com as usuárias LGBTQIA+ do território, tais quais as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) da equipe e agendamento de reunião com vereador do município representante do Coletivo LGBTQIA+ da região. O diálogo com o grupo de ACS trouxe à luz questões importantes sobre a temática. As profissionais relatam sentir-se constrangidas em abordar durante o momento do cadastramento de usuários quanto à orientação sexual. Em decorrência disto, há a ausência de um perfil dos usuários LGBTQIA+ que corresponda à realidade, uma vez que este dado nem sempre é exposto. Esta e outras informações concernentes são fundamentais para o cuidado necessário às usuárias e, portanto, se há desconforto em abordar este assunto, é preciso que enquanto equipe de saúde produzam-se estratégias que movimentem na contramão deste afastamento, como portar ferramentas que ofereçam segurança para conduzir este diálogo e oferecer o acolhimento necessário.

A reunião realizada com o representante do coletivo teve como intuito conhecer o movimento local, apresentar este projeto, discutir possibilidades e acessar usuárias LGBTQIA+ integrantes do coletivo que estejam residentes na comunidade de atuação. Este primeiro contato resulta na confirmação da presença de moradoras LGBTQIA+ em idade jovem no território, moradoras estas engajadas politicamente com o coletivo e que, após busca em prontuário eletrônico, foi possível constatar que não haviam acessado a ESF em nenhum momento de suas vidas. Destas usuárias, apenas uma respondeu ao contato, solicitando maiores informações sobre a proposta. Ao receber o convite para comparecer até a Unidade de Saúde a fim de conversar sobre saúde sexual, saúde da mulher, exames clínicos e demais questões possíveis, não houve retorno.

Esta experiência provoca refletir sobre algumas questões importantes: a recusa acontece por não haver vinculação com o serviço de saúde? Já há estabelecido um local de acesso no qual existe vínculo e, portanto, conhecer a Unidade de referência não produz interesse? Há, de fato, um espaço de saúde em que estas usuárias estejam

recebendo a atenção adequada às suas demandas? Os recortes expostos por Darc (2019) sobre vivências de mulheres lésbicas e bissexuais em espaços de saúde sugerem compreensões possíveis sobre os motivos pelos quais mulheres LGBTQIA+ bem como homens transexuais e travestis afastam-se do cuidado em saúde. São prevalentes no cuidado médico e nas demais ciências da saúde equívocos quanto à forma com que ocorre o relacionamento sexual entre pessoas com vulva, gerando imprecisão na conduta adotada durante entrevista em saúde e orientação à realização ou não de exames clínicos e demais questões indispensáveis para produzir um cuidado integral à saúde da população LGBTQIA+ (DARC, 2019).

A dificuldade em acessar as usuárias do território anuncia logo nos primeiros percursos deste trajeto o desafio de discutir e oferecer saúde de qualidade à um público que sequer porta nos dias de hoje de métodos adequados à prevenção de ISTs e permanece invisível nos estudos acadêmicos. Não por acaso encontramos mulheres LGBTQIA+ nesta linha fronteira. Enquanto corpos marcados pelas experiências de ser mulher e ser LGBTQIA+, lésbicas e bissexuais vivem as consequências de uma lógica que tem por fundamento a exclusão. Enquanto processo de saúde, faz-se imprescindível que o cuidado na APS e nos demais pontos da rede sejam atravessados pelo entendimento da singularidade inerente aos corpos, isto é, o olhar atento às experiências vividas pelos usuários enquanto sujeitos portadores de sua própria história, cultura, classe, identidade de gênero, orientação sexual, raça e demais determinantes em saúde. O conceito de interseccionalidade é descrito por Davis (2016) como a relação de categorias estruturais como gênero, raça e classe, sinalizando para a importância de não dissociarmos os fatores inerentes à vida e que contribuem para uma experiência concreta e subjetiva enquanto sujeito.

É substancial que enquanto espaço de saúde se produza cuidado considerando todos os elementos interseccionais que constroem a experiência humana de quem está sendo acolhido. Do contrário, quanto mais atravessados por intersecções que culminam na lógica da exclusão, mais distantes estes sujeitos estarão de um cuidado adequado às suas singularidades.

O acesso às usuárias LGBTQIA+ do território foi possível a partir de busca ativa com pessoas acompanhadas pela equipe de saúde por demandas outras, como saúde mental. Houve contato com duas usuárias em acompanhamento psicológico a fim de oferecer agendamento para consulta em Saúde da Mulher e Sexual. Estas corresponderam às únicas usuárias LGBTQIA+ que participaram deste estudo em

consultas multiprofissionais. É reiterada a importância do vínculo neste contexto, uma vez que a partir da relação que estas usuárias mantêm com a ESF e vice-versa possibilitou a busca ativa e resposta positiva.

A usuária que aqui será chamada pelo nome Lilás corresponde à jovem de 22 anos de idade. Lilás nasceu com Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC), que, de acordo com o Ministério da Saúde (2017) corresponde a um “conjunto de síndromes transmitidas de forma autossômica recessiva, que se caracterizam por diferentes deficiências enzimáticas na síntese dos esteróides adrenais”, o que provoca o desenvolvimento de questões hormonais relacionadas aos gêneros biológicos masculino e feminino em seu corpo. Devido a prevalência de um corpo socialmente compreendido como *de mulher*, a família de Lilás decidiu por esta socialização desde a tenra idade. Parte importante de seu tratamento clínico consiste no uso contínuo de medicações que controlam a acentuação de hormônios andrógenos em seu corpo.

No entanto, Lilás não se identifica com o gênero atribuído e que passa por manutenção via tratamento médico. Relata sentir atração por mulheres e descreve confusão quanto à sua identidade de gênero, embora tenda a identificar-se como homem. Enquanto compartilha essas informações, reitera por alguns momentos que é mulher: “eu sou mulher, nasci mulher”. Explica não possuir pessoa referência para esclarecer seus questionamentos, uma vez que a família não aceita a forma como se identifica. A partir disso, iniciamos um diálogo sobre identidade de gênero e sexo biológico, o uso de camisinhas internas e externas, a ausência de métodos adequados para o ato sexual entre pessoas com vulva e maneiras de cuidar-se, tais quais o diálogo aberto com a pessoa com quem está mantendo relação, o uso da camisinha interna como possibilidade de criação de barreira protetora, a importância de frequência na realização de TR para ISTs e o conhecimento do próprio corpo como caminho indispensável para a identificação de alterações e, especialmente, como autoconhecimento.

Reitera-se a relevância do serviço de saúde como local de acolhimento e referência aos usuários. Para isso, é preciso que a equipe esteja preparada para acolher os sujeitos considerando suas singularidades e, que, por meio da EPS aproprie-se das ferramentas necessárias para prover um diálogo que ofereça o aporte para um cuidado emancipatório e produtor de saúde.

4.3 O Corpo: Que Território é esse? A relação das usuárias com seus corpos e as implicações na saúde

Na organização da Unidade de Saúde, as consultas em Saúde da Mulher costumam estar voltadas à coleta do Exame Citopatológico (CP), embora o Exame Clínico de Mama (ECM) e requisição para Mamografia – quando indicada – também façam parte da consulta, assim como a possibilidade de realização dos Testes Rápidos (TRs) para Sífilis, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Hepatites B e C. Portanto, este espaço é um local de acolhimento à saúde íntima das usuárias, versando saúde da mulher com saúde sexual e reprodutiva.

O exame de CP consiste na coleta de células da região interna e externa do colo do útero, através de uma pequena raspagem realizada por profissional capacitado. Para muitas mulheres, a coleta de CP representa um momento desconfortável, um dos motivos pelos quais há atraso na realização do exame ou, até mesmo, a recusa em fazê-lo. Dentre os fatores registrados nos acolhimentos e identificados na literatura quanto a não adesão ao exame, a vergonha em expor o próprio corpo e o desconforto advindo tanto da posição na qual a usuária é submetida para a coleta como da sensação causada pelo procedimento são os mais relatados (SMIESKIL, 2018).

Parte fundamental desta experiência foram as consultas realizadas de forma conjunta com a Enfermeira Residente do Programa enquanto atendimentos multiprofissionais em Saúde da Mulher. A partir de demanda programada, as usuárias são recebidas para atendimento e acolhidas em sua demanda. No contexto desta pesquisa, houve apresentação da proposta deste estudo às usuárias bem como convite a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), condição para a participação no estudo.

Acompanhar e contribuir nestas consultas, suscita muitas observações. Uma delas referente à prevalência com que as usuárias buscam a realização do exame a partir de preocupação e incomodo após identificar a presença de fluidos na região vaginal, embora sem concomitante queixa de ardência, odor, coloração, dor, sangramento ou desconforto durante a relação. O frequente equívoco por parte das mulheres entre os mucos cervicais e os corrimentos genitais – que podem estar sinalizando algum desequilíbrio em saúde – estão atrelados ao desconhecimento dos processos naturais que ocorrem em seus corpos, resquícios de práticas da medicalizantes e expropriantes da ciência (VIEIRA, 2002).

Historicamente, a relação do corpo feminino na medicina é marcada por uma série de problemáticas. Por um longo período, o momento do parto foi tradição exclusiva de mulheres: parturientes, parteiras e acompanhantes. No século XVI, esse cenário passa por modificações advindas de regulamentações governamentais e da igreja. As motivações para essas intervenções correspondem ao objetivo de interromper a prática de abortos e, para diversas autoras contemporâneas, a garantia da monopolização do saber acerca da cura de doenças e demais processos de saúde como exclusivas da área médica. Este período ficou conhecido como “Caça às Bruxas”, correspondendo à morte de diversas parteiras, curandeiras, benzedadeiras e demais representantes do saber tradicional em saúde (VIEIRA, 2002; FEDERICI, 2019).

Como resultado, as mulheres passaram a ser relegadas do processo do parto, sendo apenas corpo objeto de estudo, uma vez que o campo de trabalho médico era exercido unicamente por homens. Este período é marcado por uma prática invasiva e fragmentada, na qual o corpo da mulher é demarcado enquanto processo reprodutivo.

Com o tempo, a ciência médica e o ato do parto voltam a ser exercidos por mulheres, com a entrada destas nas áreas médicas no ano de 1889. Entretanto, não sem nítida violência de gênero: Vieira (2002) aponta para o estereótipo exigido para a “aceitação” da mulher médica dentro dos espaços de atuação, como a perda de sua feminilidade. Desta forma, o parto, apropriado pelo ato médico, volta a ser exercido por mulheres, agora ocupantes do status de médicas.

Os efeitos desse exílio impactam até os dias de hoje, como é possível perceber durante os atendimentos às usuárias do território. Assim como há dúvida e desconhecimento referente à produção de mucos cervicais enquanto processo saudável de um corpo que vivencia ciclos menstruais, há a negação do corpo sexual: vergonha pela presença de pelos pubianos, dificuldade em verbalizar queixas atuais ou histórico sexual, asco pela aparência do órgão genital e o recorrente desconhecimento de sua aparência física externa ou interna.

Antecedendo a coleta, a enfermeira explica de forma acessível como o exame é realizado: mostrando em imagens reais o que é o colo do útero, o que nele é coletado e em que local, assim como os instrumentos necessários para tanto, ilustrando o uso de cada um em material anatômico que a equipe dispõe. De forma geral, as usuárias interessam-se pela explicação e por aprender como o exame é realizado. É possível perceber atenção a cada etapa explicada, surpresa pela simplicidade do processo e, em quadro geral, gratidão pela sensibilidade com que a explicação ocorre. Considerando

não ter havido usuária que estivesse realizando o exame pela primeira vez, é possível constatar, a partir da surpresa advinda da explicação, que ao longo dos anos em que estas mulheres são recebidas em diferentes espaços de saúde não é habitual o detalhamento sobre o processo que seria realizado em seus corpos. Lógica essa que contribui para o desconforto em relação ao exame e possível afastamento das usuárias deste cuidado.

Dentre as informações trazidas pelas usuárias, chama a atenção a recorrência do longo uso de Anticoncepcionais Orais (ACO) ou injetáveis. Em especial, no que concerne aos ACOs, o longo tempo de uso não implica em fazê-lo de forma correta: algumas usuárias referem o uso incorreto seja na contagem dos dias, seja em não o ingerir diariamente. Ainda, manifestam tê-lo iniciado em idade jovem, próximo ao momento da primeira menstruação.

O processo pelo qual passa o alto incentivo ao uso de anticoncepcionais é antigo. A partir do movimento de controle de natalidade, a sociedade passa por mudanças de valores, como a redução do número de filhos. Esse processo envolve o alto incentivo ao uso de anticoncepcionais e esterilização às mulheres. Há registros da esterilização de mais de 45.000 pessoas nos Estados Unidos da América entre os anos de 1907 e 1945 (PETCHESKY, 1985). Esse processo correspondia à um ato compulsório em prol da prevenção de procriações indesejadas entre pobres, criminosos e pessoas com deficiência (VIEIRA, 2002).

De acordo com Vieira (2002),

[...] quando se elege a reprodução como o foco das questões femininas, opera-se na medicalização uma redução da problemática do feminino social ao problema da concepção, parto e contracepção. Deixa-se de se tratar e enfrentar, com igual atenção e de forma articulada como a própria reprodução, outros problemas referentes à condição feminina, que vão desde a sexualidade até a patologia do útero (p. 67).

Considerando a primazia ao uso de ACOs, cabe questionar de que forma vem ocorrendo a orientação sobre seu uso. Em relação ao uso incorreto e indiscriminado de ACOs, é passível questionar: a população está tendo acesso à conhecimento de qualidade quanto aos efeitos colaterais, como interrupção do ciclo menstrual regular, possível diminuição de libido, alterações hormonais e relações com o surgimento de questões em saúde, como trombose arterial, quadro que pode causar AVC ou infarto agudo do miocárdio (BRASIL, 2013a)? Reitera-se a imprescindibilidade de portar

informações seguras e responsáveis para que seja possível a tomada consciente de decisões a respeito do uso do método contraceptivo desejado.

O registro em diário de campo reverbera afetos e aciona reflexões sobre a experiência vivida. O uso dessa ferramenta possibilita pensar criticamente sobre a conduta adotada durante a realização dos acolhimentos. A respeito da baixa procura de usuárias LGBTQIA+ à ESF, outra reflexão é suscitada quando as consultas são revisitadas: é possível que tenhamos deixado passar questões importantes referentes à orientação sexual e identidade de gênero das usuárias quando relatado por estas estarem em um relacionamento com um homem e/ou serem mães?

A heterossexualidade compulsória é um importante fator à invisibilidade de outras sexualidades. Sobre isso, é deveras urgente que possamos ofertar, além da escuta e acolhimento às demandas trazidas, oportunidade e espaço seguro para que questões relevantes dentro da dinâmica do cuidado possam ser explicitadas.

4.4 Como cuidar? O atendimento multiprofissional como potencializador do cuidado integral à saúde da mulher

Identificando a Atenção Primária à Saúde (APS) como local de responsabilidade e potência na atenção à saúde da mulher, este trabalho teve como proposta interventiva processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) construídos com a equipe de saúde de referência. Os eixos deste processo foram a implementação de turno semanal de acolhimento multiprofissional em saúde da mulher na agenda da equipe e a facilitação de encontro da equipe para discutir sobre Saúde da Mulher LGBTQIA+.

Implementada pelo Ministério da Saúde como política, a EPS exerce papel fundamental na qualificação e formação continuada dos trabalhadores do SUS. O principal objetivo desse processo é transformar as práticas profissionais em prol de aprimorar a atenção à saúde, com foco no trabalho individual, coletivo e organizativo do serviço (FERREIRA et. al., 2019). A EPS configura importante instrumento de atualização dentro dos espaços de saúde, possibilitando o encontro entre sujeitos atuantes em um espaço, visando a troca, o diálogo, a dialética, a inovação de práticas de cuidado, a constante reavaliação de conhecimentos técnico-científicos, a percepção da relação com o território e a forma de organização do trabalho realizado.

Na APS, a EPS opera enquanto importante instrumento impulsionador do exercício de trabalho. O tensionamento de práticas institucionalizadas provoca o rompimento de lógicas endurecidas, produzindo como desdobramento a possibilidade de reorganização do sistema. Nesta lógica, os dois momentos sob os quais esta experiência apoia-se, versam a EPS enquanto atualizadora das práticas do serviço. A implementação do turno fixo de atendimento multiprofissional em Saúde da Mulher age como processo reorganizativo da agenda da ESF e dos trabalhadores. A partir da troca de saberes entre diferentes núcleos, caminha-se para a construção de uma atuação transprofissional. Este ambiente gera a facilitação de espaço para diálogo, uma vez que o saber circula e é compartilhado, oportunizando conversa leve e fluída, com metodologia relacionada ao círculo entre trabalhadores (as) e usuário/usuários. Ainda, promove o fortalecimento do vínculo entre a equipe, elevando o entrosamento entre os profissionais e a resolutividade do cuidado (COSTA et. al., 2014).

Para além de agir enquanto processo técnico-pedagógico, a consulta compartilhada por diferentes núcleos opera como potencializadora do cuidado integral ao usuário. A integralidade é um dos princípios do SUS descrito na Lei 8.080/90 e propõe garantir a atenção considerando todos os aspectos que compõe saúde. O processo de construção do cuidado integral à saúde é um desafio colocado ao conjunto dos espaços do SUS. Produzir caminhos para o fortalecimento da autonomia e afirmação da singularidade dos sujeitos se faz preceito ético no cuidado, estando de acordo com os princípios e diretrizes transversionais à atuação na saúde da Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2004b), da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004a) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2013b). Dessa forma, sustenta-se o princípio de integralidade do SUS, “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

A colaboração de diferentes saberes propicia identificar questões em saúde para além do escopo teórico de uma consulta convencional, além da oportunidade de levantamento de demandas que talvez não fossem expostas senão o olhar multiprofissional. Com recorrência, as usuárias verbalizam desejo ou necessidade em conversar com profissional da psicologia após apresentação dos núcleos que a estariam acompanhando durante a consulta, fato que versa sobre a necessidade observada pelas

usuárias em receber uma atenção em saúde que evoque o princípio da integralidade. Somado a isto, esta modalidade de acolhimento e acompanhamento amplia as possibilidades de referência ao usuário, o que facilita o fortalecimento do vínculo com a equipe e reduz a sobrecarga dos profissionais.

Embora marcada por potencialidades, há, também, desafios a serem superados nesta metodologia de atendimento. A necessidade de agenda combinada entre profissionais, em uma demanda de fluxo expressivo, gera restrição de disponibilidade na agenda de núcleo e conseqüente redução de atendimentos ofertados para a população. Entretanto, a longo prazo, a consulta compartilhada pode significar redução de atendimentos crônicos ou agudos, uma vez que possíveis demandas são identificadas sob o olhar de outro núcleo em tempo anterior à queixa, trabalhando prevenção e promoção à saúde.

Decorrente da sensação de desconforto prevalente entre as usuárias em realizar a coleta de CP, há também a possível recusa em ser atendida por mais de um profissional, seja pela privacidade, ou por constrangimento em relatar determinados fatos a mais de uma pessoa. Durante a realização desta pesquisa-intervenção, houveram situações em que usuárias solicitaram ficar a sós com enfermeira, alegando dificuldade em realizar o exame preventivo devido constrangimento.

Ainda assim, o maior desafio encontra-se na dificuldade em inserir-se enquanto psicólogo quando não há conhecimento técnico sobre a demanda apresentada pelo usuário. Embora desafiador e por alguns momentos desconfortável, este momento de estranhamento pode ser impulsionador para a identificação de fragilidades deste profissional e seguinte busca por amparo teórico e prático junto à sua equipe.

O outro braço guia desta experiência configurou-se na execução de EPS sobre o cuidado em saúde às mulheres LGBTQIA+. Esse momento se orientou por processos de construção coletiva e compartilhada de saberes e práticas embasados na Educação Popular em Saúde e na Educação Permanente em Saúde (EPS) com a equipe de referência, mediante aceite de TCLE. Considerando a preocupação metodológica desta construção, se propôs trabalhar com práticas de aprendizado que afirmem a dialogicidade, o protagonismo de quem aprende e a construção coletiva e democrática do conhecimento, rompendo com práticas de educação bancária, de transferência de conhecimento de uma figura que supostamente sabe para outra que supostamente não sabe (FREIRE, 2018).

A construção desta EPS foi gerida visando o círculo e o diálogo aberto. Introduzir e debater temas que representam ruptura com o tradicional requer disponibilidade das partes e há que se oferecer escuta e acolhimento livre de julgamentos, em prol de diálogo franco e que vise a informação. Compor a produção de práticas dialógicas que fujam do modelo hegemônico de transferência de informação é desafiador. Para tanto, é necessário negar métodos convencionais e propor a construção conjunta de conhecimento, na qual os lugares invertam-se e coproduzam-se.

Como disparados para este diálogo, propomos a realização individual de desenho que expressasse o corpo. O resultado desta proposta coleciona haveres: palavras atreladas ao corpo como tradução de identificações e sentimentos, corpos inseridos em tempos ou lugares especiais, enfim, corpos: às vezes infantis, as vezes adultos; mas quase sempre agêneros – ou pelo menos o mais próximo disso.

Chama a atenção que a concepção de corpo nesta situação ultrapasse a dinâmica do gênero e identifique-se mais com experiências e histórias pessoais de cada participante. Com este propulsor, pensamos coletivamente sobre o caminho da integralidade na atenção à saúde LGBTQIA+, percorrendo conceitos, recortes da literatura, experiências pessoais, dúvidas compartilhadas. Ao discutirmos sobre a representação de cada sigla integrante do termo LGBTQIA+, adentramos novos caminhos para pensar sexualidade e imagem, assuntos relativamente novos enquanto sociedade. Neste quesito, a equipe evidencia questões principalmente no que tange compreender a transexualidade, como de que forma melhor referenciar-se a alguém, considerando nome social e pronomes. Compreender novas possibilidades de identidade de gênero e orientação sexual representam desafios que podem significar barreiras relevantes no cuidado. Desta forma, o diálogo é facilitador de uma construção em saúde que caminhe para a integralidade e equidade.

4.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação científica sobre as demandas em saúde relacionadas às mulheres cisgênero, transexuais, heterossexuais, lésbicas, bissexuais, negras, indígenas, de baixa renda, refugiadas, imigrantes, dentre outras singularidades, possibilita a ampliação de um cuidado em saúde adequado para cada corpo usuário do SUS. A partir da atenção sobre quem são estas usuárias, suas histórias e cultura, é possível adequar o serviço de

saúde: preparando o trabalhador para o acolhimento a estas singularidades, oferecendo um serviço voltado para o cuidado integral à saúde das mulheres e que esteja preparado para o cuidado adequado à população LGBTQIA+.

Enquanto produção científica, ainda são escassos os estudos sobre o conceito de interseccionalidade em espaços de saúde, bem como sobre saúde da população LGBTQIA+ na APS. Entendendo a importância do preparo das equipes de saúde no que se refere a este grupo dentro de todos os cuidados em saúde: sejam oncológicos, ginecológicos, psicológicos, psiquiátricos, em acolhimentos e afins, salienta-se a relevância deste estudo para ampliar a discussão deste tema e expandir o arsenal teórico produzido, referindo a importância na apropriação das equipes de referência quanto ao atendimento adequado à população LGBTQIA+ em todas as esferas da atenção à saúde.

O processo de construção do cuidado integral à saúde é um desafio colocado ao conjunto dos espaços do SUS e produzir caminhos para o fortalecimento da autonomia e afirmação da singularidade dos sujeitos se faz preceito ético no cuidado em saúde. Esta experiência dialoga sobre a importância em adentrar espaços e produzir tensionamento na medida do contato com o novo, tendo pelo estranhamento a matéria condutora de novas possibilidades. Afinal, a atenção integral à saúde é produção constante de platôs ampliados de qualidade do cuidado e, intensivamente, de inclusão, sobretudo em tempos em que a diversidade é tão explicitamente e inconsequentemente combatida, como nos informam os indicadores de violência e óbitos diários.

4.6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. 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, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Sexual e Reprodutiva. **Cadernos de Atenção Básica, n. 26**. Brasília, DF, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, DF, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Política Nacional de Humanização**. Documento base para para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Serie C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF, 2004a.

COSTA, Juliana et. al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde Debate**, v. 38, n. 103, out./dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140067>. Acesso em: 10 nov. 2021.

DARC, Larissa. **Vem cá: vamos conversar sobre a saúde sexual de lésbicas e bissexuais**. 2 ed. São Paulo: Editora Dita Livros, 2009.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

FEDERICI, Silvia. **Mulheres e caça às bruxas**. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2019.

FERREIRA, Lorena et. al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate**, v. 43, n. 120, p. 223-229, jan./mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>. Acesso em: 5 nov. 2021.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 65. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2018.

Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC) ou Hiperplasia Congênita da Supra-renal: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Antigo Saúde*, 2017. Disponível em:

<https://antigo.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-da-triagem-neonatal/hiperplasia-adrenal-congenita-hac>. Acesso em: 10 nov. 2021.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana. **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. 4. Porto Alegre: Sulina, 2015.

PETCHESKY, R.P. **Abortion and Woman's Choise**: the state sexuality and reproductive freedom. Londres: Verso, 1985.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Scielo**, 29 mai. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n2/v21n2a03.pdf>>. Acesso em: 14 outubro 2020.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

SMIESKIL, A. F. et al. Fatores associados a não realização do exame papanicolau segundo a percepção das mulheres atendidas na UBS Dr. Carlos Scholtão município de Sinop/MT. **Scientific Electronic Archives**, Sinop, v. 11, n. 2, abr. 2018.