

CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO -UNIBRA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ALEXANDRA ALVES

JOSÉ MANOEL DA SILVA

MARTA SOARES DA SILVA

PETERSON DOMINGUES NEGREIROS

**CONEXÃO ARCO ÍRIS: AÇÕES DE SAÚDE
DIRECIONADAS A POPULAÇÃO LGBTQIA+ NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

RECIFE / 2022

ALEXANDRA ALVES
JOSÉ MANOEL DA SILVA
MARTA SOARES DA SILVA
PETERSON DOMINGUES NEGREIROS

**CONEXÃO ARCO ÍRIS : AÇÕES DE SAÚDE
DIRECIONADAS A POPULAÇÃO LGBTQIA+ NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Pesquisa apresentada como requisito para conclusão da
Disciplina TCC 2 do curso de Bacharelado em Enfermagem do
Centro Universitário Brasileiro – UNIBRA.

Professor Orientador: Anderson Rolim Costa

Ficha catalográfica elaborada pela
bibliotecária: Dayane Apolinário, CRB4- 2338/ O.

C747 Conexão arco íris: ações de saúde direcionadas a população LGBTQIA+ na
atenção primária à saúde / Alessandra Alves [et al]. - Recife: O Autor,
2022.

33 p.

Orientador(a): Anderson Rolim Costa.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário
Brasileiro – UNIBRA. Bacharelado em Enfermagem,, 2022.

Inclui Referências.

1. LGBTQIA+. 2. Ações em saúde. 3. Políticas públicas. 4. Diversidade.
5. Comunidade. I. Silva, José Manoel da. II. Silva, Marta Soares da. III.
Negreiros, Peterson Domingues. IV. Centro Universitário Brasileiro -
UNIBRA. V. Título.

CDU: 616-083

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	04
1.1 Justificativa	07
1.2 Pergunta Condutora.....	09
1.3 Hipóteses.....	09
2 OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo Geral	10
2.2 Objetivos Específicos.....	10
3 DELINEAMENTO METODOLÓGICO	11
4 REFERENCIAL TEORICO.	13
4.1 Homofobia: Uma Doença Social	16
4.2 Direito a Saúde "como" um Desafio	19
4.3 Políticas Públicas e Ações Estratégicas.....	20
4.4 Características LGBTQIA+ no Território.....	23
5 RESULTADOS	25
5.1 Educação Permanente - Profissionais de Saúde	26
5.2 Ações Intersetoriais.....	28
5.3 Ações afirmativas e campanhas de visibilidade.....	28
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERENCIAS	32

CONEXÃO ARCO ÍRIS : AÇÕES DIRECIONADAS A POPULAÇÃO LGBTQIA+ NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

ALEXANDRA ALVES

JOSÉ MANOEL DA SILVA

MARTA SOARES DA SILVA

PETERSON DOMINGUES NEGREIROS

ORIENTADOR: ANDERSON ROLIN COSTA

RESUMO: As ações de saúde são ferramentas fundamentais para a promoção da saúde da população. Estudar essas ações específicas direcionadas as particularidades da identidade de gênero das pessoas Lésbicas ,Gays, Bissexuais , Transsexuais, Queer , Intersexo ,e Assexuais, pode proporcionar o conhecimento necessário para estruturação de políticas publicas que garantas o atendimento integral a essa comunidade. Com objetivo de verificar as ações que foram realizadas no periodo de 2016 a 2020 na atenção básica, este trabalho realizou uma busca ativa de produções científicas correlacionando essa base teórica aos documentos oficiais da prefeitura que evidenciam quais as ações foram realizadas. Quando estruturadas e devidamente aplicadas, essas ações (sejam assistenciais, atividades representativas, ou de educação continuada), promovem o reconhecimento da plástica do território e da população estudada, bem como fortalece o debate acerca da saúde da população LGBTQIA+, promovendo voz as minorias tão historicamente sofridas devido ao preconceito estrutural e homofobia. Nesse contexto é importante destacar que após anos de luta através dos movimentos sociais e representações de classe , o estado assumiu para si a responsabilidade sobre a saúde da população LGBT criando politicas públicas que asseguram o tratamento equânime , integral e humanizado , bem como também determinou a criminalização da homofobia; Neste trabalho citada como um dos principais problemas sociais para essa população.

Palavras-chave: LGBTQIA+. Ações em Saúde. Políticas Públicas. Diversidade. Comunidade.

1 INTRODUÇÃO

As ações em saúde sempre tiveram vários desafios ao longo dos anos. Impulsionado a partir do início dos anos 90, veio ganhando destaque e crescente relevância para a saúde pública. Para Cavalcanti (2014), essas ações, sobretudo na atenção primária são ferramentas que auxiliam na estratégia do governo federal em propor a reorganização dos serviços, norteando o processo do cuidado.

A criação do Sistema Único de Saúde e sua promulgação em 1988, afirma que o todo cidadão tem direito a saúde, sendo esse, dever do estado. Nesse contexto, o SUS também assume a responsabilidade inovadora de propor uma saúde descentralizada possibilitando a integralidade do tratamento em saúde (PAIM et al., 2011).

Segundo Carnut (2017) a constituição federal de 1988 resgata a necessidade de compreender o indivíduo enquanto ser holístico e biopsicossocial em sua essência. Para ele, ainda, a lei Orgânica 8.080/90 amplia esse conceito possibilitando o usuário ao acesso integral em todos os níveis do sistema. Ressalta ainda que a integralidade deve ser uma oferta que atenda as demandas e necessidades construídas, e essa construção sempre será relacionada ao contexto de vida do usuário. É considerando a valorização do contexto de cada paciente que propomos estudar as ações de saúde para a população LGBTQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros, queers, intersex, agêneros, assexuados e mais).

Conforme Sousa (2019) Esse debate ainda é muito pertinente pois mesmo após anos de luta por parte desta comunidade junto aos movimentos sociais, muitos desses pacientes ainda não têm atendimento à saúde garantido sob a luz da integralidade e equidade.

Para Sousa et al (2011) já que a os princípios norteadores do SUS não possui nenhuma natureza discriminatória, o atendimento à saúde com a população LGBTQIA+, não deve ser diferente.

É importante sobretudo destacar que a própria sigla representativa da comunidade no Brasil tem origens em encontros sociais e científicos que debatiam sobre os condicionantes e determinantes da saúde dessa população, principalmente conteúdos de controle da proliferação DSTs/Aids. Mesmo diante de fortes acusações e autoritarismo, esses encontros resultaram em passeatas pela cidade afirmando orgulho gay. A primeira parada do orgulho gay no Brasil, aconteceu em 1999 em São

Paulo, passou a ser chamada de Parada do Orgulho GLBT e posteriormente em 2008 foi rebatizada como Parada do Orgulho LGBT (SANTOS,2018).

Sobre esse assunto Bortoletto (2019), reforça que cada vez mais os movimentos sociais se preocupam em proporcionar mais inclusão para as pessoas garantindo assim o exercício da cidadania. A identidade da comunidade em si é uma das maiores preocupações da militância que a constrói. Se outrora o movimento se limitava a sigla GLS (gays, lésbicas, e simpatizantes), durante a sua evolução se viu na necessidade de criação de diversas outras siglas e alteração das siglas já existentes. transformando-se assim na comunidade LGTBQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros, queers, intersex, agêneros, assexuados e mais) construindo desta forma uma identidade singular para cada um dos indivíduos, afim de incluir todas as pessoas em sua bandeira através das representações específicas que cada uma das siglas traz em si.

Foi considerando essas particularidades e pontuações da comunidade que foi criada a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas , Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais como principais fundamentos à humanização na promoção , atenção, e no cuidado a saúde, norteando uma série de programas específicos para tratar a saúde ao passo que se enfrentaria a discriminação e a exclusão social que implicam diretamente no direito à saúde (BRASIL,2013).

Sobre esse assunto, Deslantes (2006) pontua que os profissionais de saúde, “de uma forma geral” não estão constantemente atentos a dimensão subjetiva do outro.

É nesse cenário de subjetividade e particularidades da população LGBTQia+ que inserem-se as estratégias de humanização em saúde, onde buscam solucionar as questões expostas, proporcionando atendimento integral e considerando a singularidade do sujeito . É nesse contexto que mais se aproximam os conceitos de acolhimento e clínica ampliada que objetiva enxergar a dimensão biopsicossocial do indivíduo, suas correlações e seu modo de produção de vida e trabalho (CAMPOS;AMARAL,2007).

Se tratando de identidade de gênero e orientação sexual a Organização das Nações Unidas (ONU), desencadeou uma série de documentos que visam proteger essa população da discriminação ; todavia, no campo da saúde, o que acontece de uma forma geral é que são observadas desigualdades no atendimento, desde o acesso e direito universal a saúde até a escassez de integralidade para atender as particularidades desses usuários (FERREIRA,PEDROSA,NASCIMENTO,2018).

Conforme Santos et al(2015), na sociedade brasileira ,a população LGBTQIA+ está dentre as minorias sociais mais marginalizadas sofrendo dificuldades de acesso a saúde. São na maioria das vezes vítimas de julgamentos e juízo de valor pelos profissionais de saúde, comprometendo assim a assistência em saúde e desencadeando uma limitação aos espaços de produção do cuidado.

Sendo assim, o próprio ministério da saúde (2013), através da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais define que as instituições de saúde precisam dispor de um ambiente acolhedor, livre de preconceitos de qualquer natureza para que desta forma o serviço tenha condições de prestar umaatenção a saúde de forma integral a essa população.

Santos et al (2019) ainda reforça que devido a marginalização desse público e estigmaque sofrem, se faz necessário um debate contínuo com os profissionais e prestadoresde serviço, para que possamos gerar uma maior sensibilidade mediante as necessidades do público LGBTQIA+ garantindo assim a melhoria da qualidade a prestação de serviços oferecida.

Sabemos que discutir as particularidades das demandas da população LGBTQIA+ noBrasil é um grande desafio; Pesquisas de revisão no período de 2011 a 2016 que consideram como marco teórico e embasamento científico a política nacional de saúde LGBT ,concluíram que o cuidado a saúde desta população está limitado apenas ao controle de infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) , caracterizando o preconceito institucionalizado a essa população . Da mesma forma no meio acadêmico, não se identificam artigos sobre as estratégias ou ações de saúde que comprovem o avanço na abordagem e promoção da saúde da população Lgbtqia+ (SANTOS,et al,2019).

Considerando a importância da pluralidade e diversidade das pessoas, Silva et al (2019), afirma que ações em saúde direcionadas para esse público, associado a uma avaliação, se utilizando de anamnese minuciosa e ampliada, possibilita a observação das respostas humanas diante do contexto de vida do indivíduo, estimulando a participação do mesmo, e garantindo sua autonomia do processo do cuidado a saúde. Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2013) se faz de extrema relevância quando ressalta a importância dos profissionais conhecerem os determinantes e condicionantes em saúde dos indivíduos, pois esses fatores interferem diretamente em sua qualidade de vida.

Apesar dos relatos de dificuldade específicas, determinantes sociais de saúde e

iniquidades sofridas por essa população , a atenção do enfermeiro é de extrema importância para o conjunto de ações que podem dar visibilidade e legitimar o acesso desse público ao serviço de saúde . Nesse contexto, os serviços de porta de entrada do Sistema Único de Saúde, tornam-se assim, via fundamental para a produção de saúde e o acolhimento no serviço ferramenta principal para valorização das particularidades dessa população. Ainda é importante ressaltar que educação em saúde , tanto direcionada para os profissionais , quanto para os usuários realizada pelo enfermeiro, contribui para a difusão das informações e atendimento qualificado, auxiliando no combate a homofobia e no processo de conscientização das equipes e da população . Contudo, é preciso considerar que, para ser efetiva, a atuação profissional precisa vencer desafios e barreiras que interditam o atendimento (SOUZA et al 2019).

Dentre esses serviços de porta de entrada,destacamos aqui a importante atuação da atenção primaria e suas ações ,que assume a partir daí ,o papel estratégico, como primeiro nível da atenção em saúde, conduzindo e direcionando o processo de “fazersaúde”. É nesse contexto que se propõe a implementação da integralidade daassistência à saúde, valorizando as particularidades do individuo de acordo com suas necessidades fortalecendo assim o vínculo entre indivíduos / profissionais / comunidade (SOUSA,2007;CECCIM;FEUERWERKER,2004).

Correlacionando a realidade LBBTQIA+ com os atendimentos realizados pelos profissionais de saúde, estudos apontam que um ,em cada cinco indivíduos, não revela sua orientação, ou condição sexual para o profissional de saúde durante o atendimento. Quando se trata de pessoas transexuais , esses tendem a evitar a procura por atendimento de saúde mesmo quando doentes e existem até mesmo casos relatados de negação de atendimento ao público LGBTQIA+, tudo isso resultado do medo da discriminação pelos profissionais e o serviço de saúde (NAMI,2016).

Sabemos que a atenção saúde é composta por uma rede organizada que inclui vários serviços de porta de entrada que vão desde Unidades básicas de Saúde formada por equipes de saúde da família até policlínicas, serviços de pronto atendimento e ambulatoriais. É preciso, portanto considerar quais são as ações realizadas que são direcionadas para a população LGBTQIA+ bem como inserir a participação de todos os profissionais da saúde que atendem no serviço de forma a sensibiliza-los para as particularidades desse público, entendendo que que ações direcionadas podemcontribuir para o encurtamento desse elo, fortalecendo a rede de

cuidados.

Guimarães, et al (2017), afirmam que é possível visualizar a negação do sexismo e as barreiras criadas para esse público , potencializando o preconceito tal qual também acontece como o racismo estrutural e institucional . Ressalta que é importante se criarem estratégias e ações em saúde que permitam o espaço de falas no processo da construção dos discursos coletivos , permitindo assim a todos os atores envolvidos enxergarem com clareza o preconceito encarnado nas subjetividades.

Portanto, constitui-se como objetivo deste estudo evidenciar, através das produções científicas presentes no Brasil, a existência e a atuação das políticas públicas direcionadas às necessidades de saúde da população LGBTQIA+, observando especificamente quais ações foram realizadas na atenção básica, possibilitando à população em geral e, principalmente, aos profissionais de saúde a visão e a reflexão acerca da atual conjuntura da saúde LGBTQIA+, sinalizando aspectos desafiadores da formulação e da implantação de políticas e de ações que, efetivamente, atendam às demandas desse público.

Como pergunta condutora: Quais são as ações de saúde para população LGBTQIA + que foram realizadas no período de 2016 a 2020 no distrito sanitário 1 da prefeitura da cidade do Recife?

O objetivo do trabalho é destacar as ações de saúde direcionadas a população LGBTQI+ entre o período de 2016 à 2021 na atenção básica.

2 DELINEAMENTO METODOLOGICO

Nossa pesquisa optou pela abordagem tipo exploratória com base em levantamento bibliográfico de estudo quantitativo. Segundo Gil (2017), essas pesquisas têm a capacidade de trazer mais familiaridade com o problema, tornando – o mais explícito e flexível, possibilitando assim a consideração dos aspectos mais relevantes sobre o assunto estudado. Para atender aos objetivos desse estudo foi escolhida a pesquisa bibliográfica e documental – considerada adequada para visualizar o problema, retirando-o da generalidade ao especificá-lo. Estas técnicas complementadas a outras fontes de informações obtidas por bases de dados secundários de cunho oficiais possibilitam ampliar as possibilidades para revelar melhor o objeto em investigação.

Os dados foram coletados, processados e analisados, com a finalidade de identificar as estratégias e ações que foram realizadas no âmbito do distrito sanitário em questão no período de 2016 a 2020.

Para tanto, traçamos o seguinte percurso metodológico, a saber: Na primeira etapa, foi analisada a pesquisa em artigos científicos em plataformas de pesquisa como scielo, Pubmed, Lilacs, considerando os critérios de inclusão / exclusão, tais como: Artigos manuscritos em português, artigos sobre a temática em estudo, e texto completo disponível online data de publicação a partir dos últimos 10 anos (foram considerados alguns artigos que datam sua publicação antes desse período por considerarmos sua relevância para a pesquisa) como podemos observar na tabela abaixo:

	Documentos Oficiais (Prefeitura do Recife)	Artigos (Plataformas digitais de Pesquisa)
Encontrados	5	89
Utilizados	5	51
Excluídos	0	38

A partir desse levantamento realizamos o cruzamento de informações dos artigos pesquisados com os documentos oficiais fornecidos pela Coordenação da Política de Saúde Integral a População LGBTQIA+ da atenção básica e as ações em saúde realizadas que trouxeram relevância para essa comunidade adscrita dentro do território.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Compreender o SUS como direito de todos e dever do Estado resgata nossa necessidade subjetiva de entender o comportamento humano em toda singularidade de cada indivíduo a fim de lhes garantir a essência dos princípios doutrinários do SUS (BRASIL, et al, 2019).

Para conceber a Saúde como um Patrimônio do sujeito, faz-se necessário, dentre outras formas, recorrer à proposição realizada pela Constituição de 1988 em seu artigo 196 que traz a seguinte perspectiva:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Desta forma os princípios do SUS coexistem em conjunto, contemplados na Universalidade, Equidade, e Integralidade a fim de atender a todos, valorizando o acolhimento integral ao sujeito de acordo com suas necessidades, superando assim as desigualdades.

Segundo Mello, et al (2011), considerar as conquistas asseguradas na constituição federal é muito importante, porém, destacam que o processo de construção de políticas públicas de saúde direcionado a população LGBTQIa+ sempre enfrentou desafios e dificuldades para reconhecer as demandas específicas de seguimentos distintos e que culturalmente/socialmente são marginalizados.

Brasil, et al (2019), Observa ainda que para desenvolver ou atender as necessidades de saúde desta população, o indivíduo precisa ser enxergado dentro de toda sua subjetividade humana, e que é impossível negar essa subjetividade. Se negamos a particularidade de cada indivíduo, é o mesmo que negar os princípios doutrinários do SUS, contribuindo assim para o esquecimento do gênero como uma categoria histórica e das orientações sexuais como peças manifestantes das relações humanas.

Para Arán e Peixoto Júnior (2007) as regulações de gênero não são apenas mais um exemplo de exclusão exercido por um poder maior, mas constituem uma em uma forma de regulação específica que tem efeitos constitutivos sobre a subjetividade.

Sendo assim, ir contra a subjetividade do ser humano, em saúde, também é executar a negação dos princípios doutrinários do SUS em sua mais notória essência, desconsiderando os eixos de atuação da política, e conseqüentemente marginalizar grupos sociais, contribuindo para o preconceito institucionalizado. Se faz necessário, entender o contexto histórico da construção do preconceito, a identidade tão diversificada dessa comunidade e as lutas dos movimentos sociais dessa população como base de um estudo teórico que direcione a um paradigma libertador como necessidade básica dos sujeitos implicados no cuidado a saúde. Sobre a identidade desse público é importante ressaltar que tal qual a sociedade evolui e se modifica, a comunidade também avança no ritmo dessa evolução (BRASIL, et al, 2019).

Bortoletto (2019) , destaca que no ano de 2005, durante o XII Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Transgêneros, foi definido que a letra “b”, de bissexuais, passaria a fazer parte oficialmente da sigla, tal como ocorreu a conciliação de que a letra “t” passaria a referir igualmente aos indivíduos travestis, transexuais, e transgêneros dentro da comunidade. Posteriormente, a sigla LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros) se tornaria a denominação oficial, conforme aprovado pela I Conferência Nacional GLBT (gays, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros). Ainda afirma que mesmo que seja uma decisão recente, essa sigla continua em constante mudança. Vale lembrar que a militância, diante de sua pluralidade ,propoe ainda novas letras para representar novas homossexualidades, como o “i” de intersex, o “q” de queer e o “a” de agêneros e assexuados. Dessa forma é possível de se distinguir a preferência pela sigla LGBTQIA+, que vem a indicar a possibilidade da inclusão de novas homossexualidades.

Contudo ,para entender a pluralidade da dessa comunidade é indispensável destacar a importância de seu símbolo principal. O Arco-Íris. Para isso se faz necessário resgatar o contexto histórico de sua representatividade. A associação de cores diferentes aos homossexuais começou durante a Alemanha nazista que para identificar as vítimas com essa identidade sexual, fixavam triângulos cor de rosa em suas roupas. Décadas se passaram e o triângulo rosa esteve desde então associado a

causa gay. Porém a comunidade precisava ser aceita e reconhecida como tal; o símbolo do movimento homossexual precisaria reter algo que comportasse um pertencimento mais amplo que apenas aquele estacionado historicamente conforme afirma Teixeira (2010) na citação a seguir:

O símbolo da comunidade LGBT precisaria também expressar a singularidade única do momento e do porvir – o tão esperado coming out (“sair do armário”), que, afinal, se começava a vivenciar. Então a novidade: uma bandeira com as cores do arco-íris (rainbow flag), criada em 1978 pelo norte-americano Gilbert Baker, e exibida pela primeira vez durante a San Francisco Gay and Lesbian Parade daquele ano. Tendo buscado inspiração na estética hippie, Baker pretendeu que cada cor representasse um aspecto diferente da vida gay: rosa, para o sexo; vermelho, para o fogo; laranja, para a cura; amarelo, para o Sol; verde, para a natureza; azul turquesa, para a arte; azul índigo, para a harmonia; violeta, para o espírito. O arco-íris – adotado por aceitação espontânea, não por eleição “oficial” – foi o suporte imagético adequado para o momento do coming out, a representação perfeita para a novidade que a explosão da homossexualidade fazia circular. “Minha hipótese é a seguinte: a adoção do arcoíris por parte da comunidade gay no mundo todo se deu em função de seus três principais atributos simbólicos, a saber, seu caráter natural, universal e inofensivo”. Visto com cuidado, o arco-íris revela-se inscrito no âmbito da luta política empreendida pelo movimento homossexual. Uma arma simbólica de peso: a escolha de um fenômeno natural como a imagem que representa os homossexuais é, em si mesma, um contra-ataque ao principal pilar da proibição moral e legal que historicamente lhes foi imposta, a de que uma relação entre pessoas do mesmo sexo é algo que iria contra a natureza humana. Delicadamente – a sutileza às vezes é a melhor ferramenta da eficiência –, o arcoíris associa, simbolicamente, natureza e homossexualidade, contribuindo assim para desarticular a condenação de cunho religioso TEIXEIRA (2010).

Entender o contexto e desenvolver espaços de diálogo sobre diversidade sexual significa resgatar elementos para compreender significados e dar sentido a essa construção social nela inserida a saúde do indivíduo. É se revelar a partir de uma história de identidade sexual cheias de significados, símbolos e representações para garantir os direitos de cidadania a essas pessoas (TONIETTE, 2006).

3.1 HOMOFOBIA: UMA DOENÇA SOCIAL

Antes de discutirmos estratégias e ações de saúde para a comunidade LGBTQIA+ faz-se necessário iniciar nossas reflexões a respeito de um dos conceitos mais recorrentes em pesquisas sobre as relações entre pessoas heterossexuais e homossexuais. A homofobia.

Segundo Smigay apud Asinelli & Cunha (2011), “a homofobia ainda é um conceito

ambíguo, geralmente associado à homossexualidade, uma postura de rejeição, de medo de contato”. Porém , para os autores Abramovay, Castro & Silva (2011), a homofobia se refere ao “tratamento preconceituoso [frente] às discriminações sofridas por jovens tidos como homossexuais” que ferem a dignidade destes sujeitos, causando sofrimentos e revoltas.

Contudo, para construção desse trabalho consideramos que o conceito de homofobia que melhor pauta os nossos objetivos é que:

“a homofobia, portanto, reflete a aversão, o ódio, sentimento de repulsa ou medo que é sentido e/ou manifestado por pessoas e que resulta em atitude de hostilidade e violências em relação à pessoa homossexual, caracterizando uma manifestação arbitrária que qualifica o homossexual como contrário, inferior, anormal, estranho e, por isso, o discrimina e agride” ASINELLI-LUZ E & CUNHA (2011).

Para um conceito polissêmico e plural, vale citar ainda a definição de homofobia proposta por Borillo:

A homofobia pode ser definida como a hostilidade geral, psicológica e social contra aquelas e aqueles que, supostamente, sentem desejo ou têm práticas sexuais com

indivíduos de seu próprio sexo. Forma específica do sexismo, a homofobia rejeita, igualmente, todos aqueles que não se conformam com o papel predeterminado para seu sexo biológico. Construção ideológica que consiste na promoção constante de uma forma de sexualidade (hétero) em detrimento de outra (homo), a homofobia organiza uma hierarquização das sexualidades e, dessa postura, extrai consequências políticas BORILLO (2015).

Partindo desse pressuposto está a questão clara da hierarquização das sexualidades com base no modelo heteronormativo, que historicamente rege as relações de/entreos indivíduos, dita normas, valores e princípios de conduta que devem ser seguidos de forma equânime por todos, sendo ratificado continuamente, muitas vezes de forma agressiva.

Para Warner (2014), No modelo heteronormativo os indivíduos são organizados de acordo com um padrão, no qual afirma que as sociedades realizam esses processos, então, constroem os contornos demarcam fronteiras entre aqueles que representam a norma (que estão em consonância com seus padrões culturais) e aqueles que ficam fora dela, às suas margens.

Em nossa sociedade, a norma que se estabelece, historicamente, remete ao homem branco, heterossexual, de classe média urbana e cristão e essa passa a ser a referência que não precisa mais ser nomeada. Onde a mulher é representada como "o segundo sexo" e gays e lésbicas são descritos como desviantes da norma heterossexual." (LOURO, 2000).

Sendo assim, por meio de ações e comportamentos reguladores acionados por estes grupos sociais de poder e constantemente reafirmados, se (re)produz em nossa sociedade um sistema de diferenças legitimada que justifica a exclusão, a discriminação e o preconceito contra as pessoas LGBTQIA+. Neste sentido, podemos dizer que a homofobia se aproxima de outras formas de discriminação como a xenofobia, o racismo e o antissemitismo, pois considera os homossexuais como seres inferiores, desiguais ou até anormais articulando (como qualquer outra forma de intolerância) em torno das emoções, dispositivos ideológicos, e institucionais reproduzindo com justificativas próprias a exclusão, a dominação e a violência (PERUCCHI, BRANDÃO E VIEIRA, 2014).

Desta maneira, para esses autores a homofobia se caracteriza como um fenômeno social complexo, repleto de multifaces que pode trazer consequências físicas, psíquicas e sociais relacionados aos indivíduos que se identificam como LGBTQIA+.

Sobre isso Borges & Meyer (2008, p. 60), ratificam que “comportamentos homofóbicos variam desde a violência física da agressão e do assassinato até a violência simbólica”.

No entanto, ao longo da história das lutas sociais no cenário político, após uma série de recursos jurídicos que propunham proteger e promover a integridade dos indivíduos homossexuais, em 06 de junho 2019, o STF (Supremo Tribunal Federal) passou a afirmar que as condutas homofóbicas e transfóbicas, na omissão do Poder Legislativo em regular a matéria, deveriam passar a serem tratadas como “Crimes de Racismo”, nos termos da Lei 7.716/89; Criminalizando assim de forma histórica a homofobia no Brasil (CABETTE, 2020).

Segundo Johns et al (2013), Para nosso entendimento sobre as repercussões da homofobia na saúde mental dessa população, foi observado que os indivíduos que se identificam como pertencentes a comunidade LGBTQIA+ apresentam níveis mais altos de depressão e ansiedade com tendências mais favoráveis ao suicídio do que seus pares heterossexuais.

É importante ainda destacar que homofobia experienciada por esse grupo atua como principal preditor de problemas relacionados a saúde mental. (MEYER, 2015).

Sendo assim, a homofobia é especificamente, o principal modelo do estresse dessas minorias, explicando os níveis elevados de psicopatologias neste grupo. O estigma da sexualidade desenvolve agentes estressores específicos no cotidiano desse grupo que interferem diretamente no seu cotidiano (DUNN, GONSALEZ, et al, 2014).

Porém, para Meyer (2003), quando esses agentes estressores são tratados de forma individual e integral, com apoios sociais que caracterizam a identidade da comunidade LGBTQIA+, e rede de apoio a saúde física e mental, é possível criar estratégias que podem amenizar os impactos sobre essa população com desfechos mais favoráveis a preservar esses indivíduos.

3.2 DIREITO A SAÚDE COMO DESAFIO

A sexualidade do indivíduo determina o modo de pensar , de ser , de se enxergar e de se colocar no mundo , sendo o principal fator que estrutura a identidade e personalidade das pessoas pois , unifica os níveis , biológicos , psicológicos e sociais. (ABDO; GUARIGLIA-FILHO, 2004).

Percebendo isso, dentro da comunidade LGBTQIA+ surgem movimentos sociais queem uma estrutura de organização popular , reivindicam direitos humanos junto a outras minorias também representadas, e impulsionam reivindicações que pediam acesso a políticas de saúde e proteção do estado contra a violência legitimada (CARRARA, 2010).

Quando correlacionamos sexualidade e saúde, percebemos que os movimentos começam a acontecer no Brasil de forma mais significativa na virada do século XX para o século XXI, em consonância com a noção dos direitos sexuais. A partir de então, passa-se a considerar as necessidades desse grupo populacional e a pensar em políticas de saúde voltadas aos mesmos (BARBOSA; FACCHINI, 2009).

É visto portanto que desde essa época, vem se considerando avanços importantes no contexto brasileiro, como o Programa Brasil Sem Homofobia e a Política de Assistência Integral à saúde da população LGBT. Porém é público e notório no Brasil e no Mundo a dificuldade do acesso a saúde enfrentado por essa população marcado de obstáculos , preconceitos, e violência cometidos por parte dos profissionais de saúde (GUTIERREZ, 2007; HECK et al., 2006).

Para Albuquerque, et al, 2013, a homossexualidade vem, historicamente, sendo contextualizada com o preconceito e a discriminação , e no âmbito da saúde publica isso não é diferente. A universalidade como princípio norteador do SUS não vem sendo cumprida pois o acesso a dessa população aos serviços de saúde tem sido descrito como injusto e excludente, e, conseqüentemente, evidencia a vulnerabilidade do grupo LGBTQIA+.

Foi através de muita luta que o movimento social buscou através das garantias constitucionais a efetivação dos seus direitos, nele inserido o direito a saúde, mesmo que este ainda seja negligenciado. Como fruto desses movimentos e considerando a vulnerabilidade desses grupos , em conjunto com grupos sociais de cidadania e

academia, que em 2004, o estado se responsabiliza pela saúde física e mental dessa população criando , através do Ministério da Saúde o Programa Brasil sem Homofobia, e posteriormente, instituindo a portaria nº 2.836 de 01 de dezembro de 2011 que define a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Esta política visapromover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (PRADO; SOUZA;2017).

Percebem-se então que, mesmo diante dos avanços em programas e políticas públicas de saúde e das boas perspectivas das ações propostas por essas políticas e programas, a efetivação das mesmas ainda configura-se como desafiadora (ALBUQUERQUE;et al; 2013).

3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE E AÇÕES ESTRATÉGICAS

Conforme a Resolução nº 2, de 6 de dezembro de 2011 da Comissão Intergestores Tripartite O Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT tem como objetivo principal mostrar estratégias para os gestores das três esferas federativas (Municipal, Estadual, e Federal) no processo de enfrentamento às desigualdades em saúde que acometem a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2012).

A Política define os princípios, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão voltadas para a melhoria das condições de saúde desse grupo populacional. Sendo assim, trata-se de uma política transversal com gestão e execução compartilhadas entre as três esferas de governo, e garantia da articulação com as demais políticas do Ministério da Saúde. Essas estratégias definidas foram descritas , em um plano operacional com metas e ações definidas construído sobre o contexto de garantia de qualidade de vida, promoção da saúde, prevenção, vigilância em saúde, na atenção básica e na atenção especializada, incluindo, as ações de urgências e emergências, com os seguintes Objetivos:

Garantir e ampliar o acesso de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais às ações e aos serviços de saúde com qualidade;

- Incluir os temas orientação sexual e identidade de gênero nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social;
- Ampliar a participação das representações destas populações nos conselhos estaduais e municipais de saúde e em outros espaços de gestão participativa;
- Identificar, combater e prevenir situações de preconceito, discriminação, violência e exclusão nos serviços de saúde;
- Garantir a utilização dos quesitos orientação sexual e identidade de gênero na produção de informações para a definição de prioridades e tomada de decisão;
- Identificar as necessidades de saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades (BRASIL.2013).

Segundo Silva, et al, 2020, O Plano Operativo da Política Nacional de Saúde IntegralLGBTQA+ encontra-se estruturado em quatro eixos estratégicos e incluem ações que incidem sobre os diferentes condicionantes e determinantes que sustentam a desigualdade social em saúde que acometem a população LGBTQIA+, são eles:

Eixo 1: Acesso da população LGBTQIA+ à Atenção Integral à Saúde

Eixo 2: Ações de Promoção e Vigilância em Saúde para a população LGBTQIA+

Eixo 3: Educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBTQIA+

Eixo 4: Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBTQIA+

Para Araújo et al.2016, para garantir a eficácia dessas estratégias é necessário o vínculo entre profissional e usuário valorizando a qualidade dos cuidados de saúde. Contudo, há vulnerabilidade nesse contato, especialmente na comunicação, em que demandas essenciais sobre sexualidade podem ser ocultadas, refletindo em lacunas na promoção de saúde. O mesmo ainda ratifica que as ações de promoção de saúde para a comunidade LGBTQIA devem envolver sobretudo o apoio matricial, mencionado como uma ferramenta contra o preconceito dos profissionais em relação aos usuários e fortificando o Eixo 1 da PNSI LGBTQIA+ .

Ainda sobre o eixo 1 e eixo 2, Negreiros, et al, 2019, refere que é necessário o desenvolvimento de indicadores e ações de monitoramento contemplando o contexto de morbimortalidade e acesso dessa população aos serviços de saúde. Este, ainda aponta necessidades de discussões sobre a intensidade do tema HIV/Aids, relacionada à vulnerabilidade a que essa população foi sujeitada historicamente. O simples fato do individuo se identificar como membro da população LGBTQIA+ nos

estabelecimentos de saúde , quase que imediatamente são encaminhados para centros de testagem de DST/AIDS como se a população LGBT só tivesse questões de doenças sexualmente transmissíveis.

O eixo 3 da PNSI LGBTQIA+ trás as estratégias de educação em saúde e seus impactos consideráveis na saúde dessa população. Já foi discutido que a opressão histórica de uma cultura hetero normativa coloca os indivíduos oprimidos em riscos de saúde e muito desses problemas podem ser amenizados com a educação em saúde. Vale destacar que é percebido que homossexuais masculinos, além de vítimas da violência e homicídios homofóbicos, passam por experiências discriminatórias na sociedade e nos serviços de saúde, e podem sofrer: baixa autoestima; sentimento de culpa; insegurança; isolamento social; dificuldade de estabelecer e manter relações amorosas; depressão; e maior risco para suicídio (CARDOSO, et al ,2020).

No caso específico das mulheres, o Dossiê da Rede Feminista de Saúde (2016) mostrou que 40% das mulheres lésbicas ou bissexuais não revelam sua orientação sexual nas consultas. Muitas mulheres lésbicas relatam discriminação ao acessarem serviços de saúde e referem ser desmotivadas a procurar cuidados à saúde; e, quando os procuram, suas demandas não são abordadas.

No que se refere ao monitoramento e à avaliação das ações de saúde descritas no eixo 4, destaca-se positivamente a criação e manutenção dos comitês de saúde LGBTQIA+ nos estados e municípios para acompanhamento das ações propostas. Nesse eixo, mostra-se necessário o estudo continuo em outros cenários que contribuam para a monitoramento, implementação e avaliação da PNSI LGBTQIA+ .

Sendo Assim , é imprescindível a efetivação dos princípios doutrinários do SUS de universalidade, integralidade e equidade, expressos em políticas públicas que de fato promovam o enfrentamento da homofobia nos serviços de saúde, garantindo o cumprimento e eficiência dos eixos da PNSI LGBTQIA+ (SILVA,et al, 2020)

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, também chamada de “Lei Orgânica da Saúde”, traduz na prática o princípio da constituição federal quando define no seu artigo 7º que “as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal”, obedecendo ainda os seus princípios para execução dessas ações (BRASIL,1990).

O planejamento para essas ações estratégicas precisam considerar o comportamento da população em questão e suas pontuações a partir do controle social junto a participação popular. A base do sucesso das ações em saúde está diretamente ligada a essa participação.

A partir desse entendimento A Secretaria Municipal de Saúde do Recife instituiu a Política Municipal de Saúde Integral para População LGBT, no âmbito municipal, com “o objetivo geral de promover a saúde integral desta população, eliminando a discriminação, o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equânime”.

O Recife destaca-se como o segundo município do Brasil a lançar de forma “ativa” uma política municipal direcionada a esse público, de caráter transversal, envolvendo todas as áreas de saúde relacionadas ao processo de promoção prevenção e produção de saúde, estruturando ações baseadas em linhas de cuidado específicas para a assistência integral da saúde da comunidade LGBTQIA+ (RELATORIO DE GESTÃO,RECIFE, 2020).

Com base na busca de documentos oficiais da Prefeitura do Recife, distrito sanitário 1 e relatórios de gestão, este trabalho identificou as principais ações realizadas no território descrito direcionadas para o público LGBTQIA+ , a saber:

Correlacionando a Política Nacional de Educação Permanente e considerando a Política Nacional de Saúde Integral da população LGBTQIA+, a coordenação desta política promoveu vários encontros de capacitação para atendimento humanizado e integral a pessoa LGBT nos serviços de saúde do Recife. em vista ao contexto de preconceito e discriminação social que afeta a população LGBT, a não abordagem de temas como diversidade sexual e identidade de gênero nos cursos de saúde em geral dificulta um acolhimento e atendimento com qualidade para esta comunidade. Promover a Educação Permanente “*in loco*” é uma forma de direcionar as equipes para um atendimento mais humanizado e objetivando também formar multiplicadores de promoção a saúde integral .

Desta forma podemos observar as principais atividades na tabela a seguir:

Tabela 1 : Principais ações de Educação Permanente direcionados para o público LGBTQIA+ realizados com os profissionais de saúde da Prefeitura da Cidade do Recife no período de 2016 a 2020.

AÇÕES	TEMA	PÚBLICO ALVO	Nº REALIZADAS
OFICINAS	promoção, prevenção e cuidados essenciais à saúde da população LGBTQIA+	Nasf	20
OFICINAS	promoção, prevenção e cuidados essenciais à saúde da população LGBTQIA+	PSF	59
SEMINÁRIO	Seminário para a rede de Profissionais de Educação Física	Profissionais que atuam no Programa da Academia da Cidade - PAC	1
SEMINÁRIO	Seminário para a rede de profissionais das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde	Profissionais de Saúde da PCR	1
SEMINÁRIO	Seminário para os profissionais de saúde que atuam na rede de saúde bucal do Recife	Profissionais de Saúde da PCR	1

Fonte: relatório de gestão . Coordenação Municipal da política de Saúde Integral a População LGBTQIA+,2020.

É de suma importância, destacar ainda a atuação O Ambulatório LGBT– Patrícia Gomes, situado na Policlínica Lessa de Andrade no Recife(distrito sanitário IV), que funciona como um equipamento direcionado para o atendimento especializado de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Mesmo não estando situado no território de estudo dessa pesquisa, vem desempenhando um papel importante e pioneiro no atendimento ao público LGBTQIA+.

“O espaço tem por objetivo promover a saúde integral da população LGBT através de atendimento especializado com olhar ampliado e interlocução com a Atenção Básica, resgatando acessos, diminuindo a discriminação e o preconceito institucional e reduzindo a vulnerabilidade na saúde dessa população através da consolidação dos princípios do SUS”. Esse núcleo de atendimento, funciona como um serviço de porta aberta onde atende demanda espontânea e encaminhamentos de diversos seguimentos da rede de saúde, com funcionamento em horário comercial de segunda a sexta, das 08 – 17h.

Sendo assim, foi observado que por se considerar um serviço específico para o atendimento a essa comunidade, as ações realizadas, tanto assistenciais quanto em educação em saúde mais atuantes, partem desse núcleo, como podemos observar na tabela a seguir:

Tabela 2: Principais ações de Educação Permanente direcionados para o público LGBTQIA+ realizados com os profissionais de saúde da Prefeitura da Cidade do Recife no período de 2016 a 2020.

OBJETIVO	AÇÃO	Nº DE CAPACITAÇÕES REALIZADAS	Nº CAPACITAÇÕES REALIZADAS NO DS 1	Nº DE PROFISSIONAIS PARTICIPANTES DS 1	Nº DE PROFISSIONAIS PARTICIPANTES (PÚBLICO GERAL)
Capacitar à rede de saúde do Recife no acolhimento e atendimento da População LGBT.	Capacitações sobre acolhimento e atendimento da População LGBT através do programa de educação permanente do município.	93	12	242	1938

Fonte: relatório de gestão . Coordenação Municipal da política de Saúde Integral a População LGBTQIA+,2020.

Reconhecendo que as vulnerabilidades da população LGBT não são apenas em saúde, sofrem interferências diretas dos condicionantes e determinantes em saúde a Coordenação de Atenção à Saúde da População LGBT fez articulações com outras secretarias do município para garantir uma integralidade do cuidado. Segue as ações intersetoriais:

1. Encaminhamento de usuárias e usuários em vulnerabilidade social para recebimento de cestas básicas e realização de cadastro único no Centro Municipal de Referência em Cidadania LGBT do Recife, que pertence a Gerência de Livre Orientação Sexual na Secretaria Executiva de Direitos Humanos.
2. Distribuição de Kits de Higiene, cedidos pela secretaria executiva de desenvolvimento social, para LGBTs em situação de vulnerabilidade.
3. Distribuição de máscaras facial com as cores do arco-íris para os usuários que acessassem o ambulatorio LGBT - Patrícia Gomes.
4. Participação da Coordenação de Atenção à Saúde Integral da População LGBT do Recife na construção e coordenação do serviço "Teleacolhimento" no aplicativo "Atende em Casa" que tem o objetivo de amenizar os impactos psicossociais da pandemia do COVID-19.
5. Participação de um Comitê sobre Saúde LGBT em Tempos de Covid, com a participação de representantes de várias esferas administrativas (políticas, equipamentos, centros) voltados para a população LGBT.

AÇÕES AFIRMATIVAS E CAMPANHAS DE VISIBILIDADE

O movimento LGBTQIA+ vem se estruturando ao longo dos anos objetivando uma ação mais cirúrgica na sociedade brasileira. As organizações não governamentais, desde discussão e debate, as campanhas direcionadas para o público com temáticas que abordem o comportamento social e promoção à saúde objetivam promover o exercício da cidadania e a construção de uma democracia mais justa, livre de qualquer forma de preconceito (COTTA, 2009).

Buscando dar visibilidade a Política Municipal da Saúde Integral da População LGBT, assim como a rede de serviços de saúde do Recife a coordenação municipal e seus representantes distritais se fez presente em todas as atividades em datas comemorativas do movimento social LGBT:

- Semana Nordestina de Visibilidade Trans;
- Dia da Diversidade Sexual da Zona Norte
- Mês da Mulher – Março
- Dia Mundial de Combate à LGBTfobia
- Dia Mundial do Orgulho LGBT
- Dia Mundial da Mulher Negra e Caribenha
- Diversidade Sexual de Casa Amarela
- Dia da Visibilidade Lésbica
- Parada da Diversidade Sexual do Coque
- Parada da Diversidade Sexual de Pernambuco
- Parada da Diversidade Sexual do Recife
- Outubro Rosa
- Novembro Azul
- Mês da Consciência Negra
- Dia Mundial de Combate a AIDS
- Dia Mundial de Combate a AIDS – II Simposio de HIV e Aids: O Discriminação

A Coordenação também participou de parcerias em campanhas de visibilidade de serviços de saúde para a população LGBT na rede do Recife, assim como temas inerentes sobre promoção de cidadania para o segmento:

- Campanha Recife sem Preconceito e Discriminação – Gerência de Livre Orientação Sexual;
- Campanha de Divulgação do Ambulatório LBT no Hospital da Mulher – Secretaria da Mulher do Recife;
- Campanha “Vida sexual Saudável de Homens Gays e Bissexuais” – Instituto Boa Vista;
- Cartilha da Saúde Integral de Lésbicas e Mulheres Bissexuais – Secretaria Estadual da Mulher

- Campanha “A AIDS ainda não acabou” – Gerência de Livre Orientação Sexual
- Campanha Recife sem Preconceito e Discriminação – Gerência de Livre Orientação Sexual;
- Campanha do Dia da Visibilidade Lésbica do Recife – Secretaria da Mulher do Recife;
- Ação “Colorindo os Terreiros” – Coordenação da Política de Atenção à Saúde da População Negra;
- Cartilha de Prevenção a IST/HIV/AIDS para a População de Homens Transexuais – AHTM e Ministério da Saúde;
- Campanha “A AIDS ainda não acabou” – Gerência de Livre Orientação Sexual
- Campanha Recife sem Preconceito e Discriminação – Gerência de Livre Orientação Sexual;
- Campanha do Dia da Visibilidade Lésbica do Recife – Secretaria da Mulher do Recife;
- Curso: O Racismo Institucional e a Saúde da População Negra do Recife – Coordenação da Política de Atenção à Saúde da População Negra;
- 16 dias de Ativismo pelo Fim da Violência Contra à Mulher – Coordenação da Saúde das Mulheres;

Observamos que existe uma preocupação da coordenação municipal em manter uma articulação com os demais seguimentos de saúde afim manter a política atuante dentro do território. A participação ativa nessas campanhas descritas favorecem a interação e representatividade da comunidade, sendo fundamental para o processo de “fazer saúde”.

Não podemos ignorar a estética marcante e atuante com características peculiares da comunidade LGBTQIA+ para construção de políticas públicas, nela inserida a promoção a saúde. Ocupar os espaços públicos de debates através dessas campanhas, promovem a visibilidade da comunidade, dando voz as minorias e suas necessidades tornando impressindivel as discussões sociais , comportamentais e de promoção a saúde (CABRAL, 2016).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pesquisas realizadas nesse trabalho ,destacam a urgência de sensibilizar a gestão e capacitar os recursos humanos com relação as especificidades da saúde LGBTQIA+.

Tivemos dificuldade durante a etapa de coleta de dados diante da escassez de tabulação de dados e estrutura de rastreamento das ações executadas. Ao longo da pesquisa soubemos que algumas ações foram executadas, mas por falta de registro, mapeamento e tabulação não foram citadas neste trabalho. Um plano de armazenamento de dados em planilha de excel com informações sobre as ações, áreas de atuação, público alvo, classificação de identidade de gênero, dentro outros poderiam evidenciar o trabalho realizado e direcionar o planejamento para ações futuras aproximando-se assim da proposta de integralidade da assistência proposta pela política em questão.

A escassez dos dados demográficos, e epidemiológicos tanto do IBGE quanto das informações divulgadas em sites da prefeitura do Recife, pareceram ao grupo insuficientes , evidenciando o quanto ainda precisamos atender as especificidades dessa população no que refere a coleta de dados de sexualidade e identidade de gênero e suas correlações com os condicionantes e determinantes de saúde.

Foi observado ainda que não existe uma programação direta por parte da coordenação distrital da política de saúde integral a população LGBTQIA+ com cronogramas de atividades em saúde a serem executados ao longo do ano. Considerar os eixos de atenção a saúde descritos nessa política , realizando um planejamento das ações de forma anual e semestral, com divulgação dessas atividades com áreas adscritas no território contemplado, poderão garantir espaços de debate sobre as especificidades LGBT e envolvimento da comunidade em geral, além de fortalecer o vínculo , usuário-profissional.

No que se refere a rede de atenção a saúde, observa-se que as articulações intersetoriais por parte da coordenação municipal encontra dificuldades de garantir a continuidade do processo de humanização não havendo o compromisso das lideranças e profissionais das unidades de saúde de garantir o atendimento da pessoa LGBT com integralidade. O processo de Educação Permanente se torna indispensável para mudanças de paradigmas e combate ao preconceito dentro dos

serviços. Uma forma de garantir multiplicadores do processo de aprendizagem seria sensibilizando as lideranças das unidades para realizarem de forma periódica oficinas de reciclagem com enfoque no enfrentamento a homofobia e preconceito dentro das unidades de saúde.

Visto a característica peculiar do território sobretudo no distrito sanitário 1, é importante criar estratégias de ação que visem a promoção e prevenção da saúde da população considerando o circuito LGBTQIA+ culturalmente construídos nos bairros descritos. Promover ações em saúde que valorizem o comportamento peculiar inegável desse público, respeitando suas particularidades e especificidades, considerando a vida diurna e noturna do território, bem como população de rua nela inserida os profissionais do sexo LGBT, irá promover vínculos com a comunidade contribuindo assim para a promoção e prevenção em saúde.

Ainda ressaltamos a importante atuação do ambulatório LGBT localizado na Unidade Policlínica Lessa de Andrade (Distrito Sanitário IV) que mesmo diante de uma equipe reduzida, realiza atendimento à população adscrita funcionando como serviço de porta aberta. Dele partem ações em saúde desde acolhimento assistencial/ambulatorial até estratégias de educação Permanente. Rever aumento de contratação de pessoal qualificado para potencializar esses atendimentos é imprescindível para garantir a qualidade na continuidade das ações executadas. A forma como ambulatório programa, registra e tabula os dados das ações poderá servir de base para atuação dos demais coordenadores distritais, afim de uniformizar e estruturar a assistência em saúde prestada a essa população.

Nesse sentido, é indiscutível a efetivação dos princípios constitutivos do SUS, de universalidade, integralidade e equidade, expressos em políticas públicas que de fato promovam ações de saúde que garantam o enfrentamento da homofobia, da heteronormatividade sobre o comportamento homoafetivo, e do preconceito nos serviços de saúde. Ademais, percebe-se a escassez de pesquisas que abordem o assunto, o que dificulta o conhecimento acerca da real situação da saúde do grupo. Logo, recomenda-se o estímulo a estudos que busquem conhecer tal relação, como forma de gerar dados que fomentem, inclusive, a formulação de outras políticas que efetivamente aproximem o grupo LGBTQIA+ dos espaços de saúde.

REFERÊNCIAS

FERREIRA B.O, Pedrosa JIS, Nascimento EF. **Gestão da diversidade e acesso aos serviços de Saúde**. Rev Brasileira Promoção a Saúde.online.2018 jan/mar.

SOUSA. **Atenção à saúde LGBT na atenção básica: revisão bibliográfica**. Rev Brasileira Promoção a Saúde.online.2019 jan/mar.

SOUSA, Patrícia Juliana de; ABRÃO, Fátima Maria da Silva; COSTA, Aurélio Molina da; **Humanização no acolhimento de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais na atenção básica: reflexões bioéticas para enfermagem**. Rev. enferm. UFPE. on line;2018 dez.

BRASIL.**Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: 1. ed., 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 19 dez. 2018.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. The lancet, London, p.11-31, maio. 2011.

SOUSA, M. F. **Programa Saúde da Família no Brasil: Análise da desigualdade no acesso à atenção básica**. Brasília: Ed. do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007. 250 p.

CECCIM, R. B. e FEUERWERKER, L. C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis, Rio de Janeiro. v.14, n.1, p.41-65, jun. 2004

CAVALCANTI,P.F. **Atenção básica no Brasil: Desafios e iniciativas para qualificação**. 2014.

CARNUT,L. **Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil** . Rev, integrality and primary care: essential articulation to reflect on the health sector in Brazil .2016.

DESLANDES, S. **Humanização: revistando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica**.Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 33-48

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. **A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. – 35.ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012.

SANTOS,SILVA, FERREIRA .**Saúde da população LGBTI+ na Atenção Primária à Saúde e a inserção da Enfermagem.**2019.

SANTOS,AR.Santos,R.M.M,SouzaM.L,Boery,R.N.S.O,SenaE.L.S,Yarid,S.D.**Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBT .**2019;

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.**2013.

PRADO,E.A.J. Sousa, M.F. **Políticas Públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa.**2019.

SILVA, R.N, Freitas F.D.S, Araújo F.P, Ferreira M.A. **A policy analysis of teamwork as a proposal for healthcare humanization.** 2016.

GUIMARAES.**Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde.**2017.

GUILHERME ENGELMAN BORTOLETTO. **LGBTQIA+: identidade e alteridade na comunidade .**2019.

BASTOS.**A Homofobia em Discurso: Direitos Humanos em Circulação.**2017.

TEIXEIRA.**A vanguarda conservadora: aspectos políticos e simbólicos do movimento LGBT.** 2010.

SANTOS.**O Preconceito nas Relações Sociais Entre Homossexuais e Heterossexuais : Uma Análise Documental.**2015.

- SANTOS. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil.2013.**
- TONIETTE, M. A. Um breve olhar histórico sobre a homossexualidade. Revista Brasileira de Sexualidade Humana.São Paulo, v. 17, n. 1, 2006.**
- BORILLO, Daniel. Homofobia: História e crítica de um preconceito.2015.**
- CABETTE. Homofobia – Racismo: Tentando uma definição típica e uma Projeção da amplitude consequencial da decisão do STF.2020.**
- PAVELCHUK E BORSA.Homofobia internalizada, conectividade comunitária e saúde mental em uma amostra de indivíduos LGB brasileiros Homofobia internalizada.2019.**
- DUNN,GONZALEZ E COSTA. An examination of minority stress and resilience on depressive symptomatology among sexual minority men in two urban areasof Brazil. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity.2014.**
- JOHNS. Igbt community, social network characteristics, and smoking behaviors in young sexual minority women. 2013.**
- MEYER. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations.2013.**
- MEYER. Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities.2015.**
- ALBUQUERQUE,GARCIA E ALVES. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. 2013.**
- BARBOSA, R. M., FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, suppl 2, p. 291-300.2009.**
- BRASIL. Política nacional de saúde integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde.2008.**
- CARRARA, S.Políticas e direitos sexuais no Brasil contemporâneo.2010.**
- GUTIÉRREZ, N. I. M. Siyuación de salud sexual y reproductiva, hombres y mujeres homosexuales hospital Maria Auxiliadora. Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería, v. 3, n. 1, p. 02-16. 2007.**

ABDO, C. H. N.; GUARIGLIA FILHO, J. E. F. **A mulher e sua sexualidade.**2014.

PRADO E SOUSA. **Políticas públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa.**2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica.**2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília: Ministério da Saúde;** 2013.

NEGREIROS ET, AL. **Saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: da formação médica à atuação profissional.**2019.

CARDOSO. **Saúde e população LGBT : demandas e especificidades em questão.** 2012.

FACCHINI, BARBOSA. **Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade.**2016.

SITE: PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE. 2021 . **Serviços disponíveis no território da rede de atenção a saúde.** Disponível em <http://www2.recife.pe.gov.br/servico/localizacao-das-usf?op=MTMz>

Acesso:11/10/2021.

SOUZA. **Memórias e discurso em torno do mercado GLS em recife .**2016.

LEITE. **Contra-usos e espaço público: notas sobre a construção social dos lugares na Manguetown.**2012.

GASPAR. **Avenida Conde da Boa Vista.**2015.

ULHOA. **Importância da participação popular nas ações de saúde.**2012.

COTTA. **Estratégias de visibilidade do movimento LGBT: Campanha Não a Homofobia. Um Estudo de Caso.**2019.

CABRAL. **As Estratégias Sensíveis: Afeto, Mídia e Política.**2016.