

Universidades Lusíada

Cachopo, Maria Helena Loureiro
Barbosa, Maria José de Souza

**Ações de prevenção à saúde de utentes LGBTI
+ na Unidade Municipal de Saúde da Pratinha
(Belém) : uma experiência profissional**

<http://hdl.handle.net/11067/6572>
<https://doi.org/10.34628/7nvp-rg57>

Metadados

Data de Publicação

2021

Resumo

Neste artigo objetiva-se mostrar uma experiência de atenção básica em saúde pública voltada à comunidade LGBTI+, realizada na Unidade de Saúde Básica da Pratinha (UMS Pratinha), bairro periférico da cidade de Belém, capital do Estado do Pará, situado na região Norte (Amazônia – Brasileira), nos anos de 2000 a 2003. Trata-se da implantação de ações voltadas à saúde e à perspectiva de acesso a direitos sociais dessa comunidade. Os dados para a análise foram levantados nos prontuários dos utentes e...

This article objectives to share an experience of basic attention on public health focused on the local LGBTI+ community. The experience was performed in the Public Health UMS Pratinha Unity localized in the peripheric neiborhood of Pratinha, Belém city, in the Estate of Pará, situated in the North region of the Brazilian Amazon, in the years 2000 through 2003. This regards the implementation of actions aimed at secure access to basic health and other social rights of this community. The data fo...

Tipo

article

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-ISSSL] IS, n. 57-58 (2021)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-26T15:20:25Z com informação proveniente do Repositório

**AÇÕES DE PREVENÇÃO À SAÚDE
DE UTENTES LGBTI+ NA UNIDADE
MUNICIPAL DE SAÚDE
DA PRATINHA 2 BELÉM:
UMA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**

**PREVENTIVE HEALTH ACTIONS FOR
LGBTI+ USERS IN THE MUNICIPAL HEALTH
UNIT OF PRATINHA - BELÉM:
A PROFESSIONAL EXPERIENCE**

Maria Helena Loureiro Cachopo

Assistente Social, especialista em saúde do trabalhador

Mestre em políticas sociais e cidadania, na UFPa

Doutoranda em Serviço Social – ISCTE

Docente em Serviço Social – IPBeja

ORCID ID: 0000-0002-4218-2979

Maria José de Souza Barbosa

*Professora do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural e Gestão de
Empreendimentos Agroalimentares, IFPA/Campus Castanhal-Pará, Brasil
Doutora em Serviço Social com Pós-doutorado em Geografia Humana na Universidade
de Alicante.*

ORCID ID:

DOI: <https://doi.org/10.34628/7nvp-rg57>

Data de submissão / Submission date: 20.04.2021

Data de aprovação / Acceptance date: 28.09.2021

Resumo: Neste artigo objetiva-se mostrar uma experiência de atenção básica em saúde pública voltada à comunidade LGBTI+, realizada na Unidade de Saúde Básica da Pratinha (UMS Pratinha), bairro periférico da cidade de Belém, capital do Estado do Pará, situado na região Norte (Amazônia – Brasileira), nos anos de 2000 a 2003. Trata-se da implantação de ações voltadas à saúde e à perspectiva de acesso a direitos sociais dessa comunidade. Os dados para a análise foram levantados nos prontuários dos utentes e nas reuniões mensais, estabelecidas com a finalidade de discutir, refletir e encaminhar demandas por atendimentos a esse público. Inicialmente discute-se a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) e em seguida a implantação do serviço e atendimento voltado as suas demandas específicas.

Palavras-Chave: Saúde pública; Comunidade LGBTI+; Planejamento familiar; Direitos sociais.

Abstract: This article objectives to share an experience of basic attention on public health focused on the local LGBTI+ community. The experience was performed in the Public Health UMS Pratinha Unity localized in the peripheric neiborhood of Pratinha, Belém city, in the Estate of Pará, situated in the North region of the Brazilian Amazon, in the years 2000 through 2003. This regards the implementation of actions aimed at secure access to basic health and other social rights of this community. The data for the analysis was acquired from the user's medical records and the monthly meetings stablished to discuss, reflect and put into motion the demands for this community. Initially it is discussed the National Health System (Sistema Único de Saúde – SUS) structure and secondly is discussed the service implementation and specialized support to the commmunity's demands.

Keywords: Public health; LGBTI+ community; Family planning; Social rights.

Introdução

A experiência ocorrida nos anos de 2000 mostra a construção de ações de atenção à saúde à comunidade LGBTI+, particularmente, quando o Estado Brasileiro assume, hoje, uma postura negacionista, de ampla dimensão, de destruição das políticas públicas, incapazes de se adequarem às transformações sociais que tem se mostrado, contraditórias ao reconhecimento de identidades múltiplas.

O problema da LGBTfobia é uma questão que precisa ser enfrentada nos mais diferentes espaços da sociedade. A violência física e psicológica que gera vítimas fatais e isso se reflete no quadro de tensões e vulnerabilidades, além de demonizar o espírito das lutas sociais dessa comunidade, sugando-lhes energias, contrariamente a se *“abandonar a possibilidade de consciências fragmentadas pelo processo de produção e reprodução social, que aliena e mantém as pessoas na particularidade”* (Ferreira, 2018, pg 23). Dessa forma, as lutas e construções de ações de políticas públicas por movimentos sociais inclusivos, derruba normas fundadas em pré-conceitos para ultrapassar barreiras e romper rótulos específicos de homofobias. O panorama político-social, hoje, mostra-se avesso a tais mudanças, tanto que somente em 2019 que o STF¹ legislou sobre questões relacionadas ao casamento homoafetivo e a criminalização da homofobia.

As primeiras conquistas do movimento LGBTI+ no Brasil, estão elencadas no Programa Nacional de Direitos Humanos que trouxe, em 2002, cinco ações sobre a *“orientação sexual”* enquanto *“garantia do direito à liberdade, opinião e expressão”* e dez relativas à *“garantia do direito à igualdade”* de *“Lésbicas Gays, Travestis,*

¹ Supremo Tribunal de Justiça. <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Inicio>. Acessado em março/2021

Transexuais e Bissexuais – LGBTI+” (Mello; Brito; Maroja, 2012, p.407²).

A criação, em 2004 do Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGBTI+ e de Promoção da Cidadania Homossexual, o Brasil Sem Homofobia (BSH)³ – alavancou a conquista dessa comunidade a um espaço na agenda de política nacional, sob embates importantes com setores das igrejas, e em suas mais diferentes correntes.

A I Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, com o tema “Direitos humanos e Políticas Públicas: o caminho para garantir a cidadania de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais”⁴, foi realizada em 2008, em Brasília, capital do País, Esta Conferência referendou demandas importantes para a autoafirmação dessa comunidade, cujos eixos principais apontaram à necessidades de ações prioritárias na implementação de políticas públicas no tripé da seguridade social (saúde, assistência social e previdência social), assim como em outras políticas de cidadania a exemplo da educação, trabalho e segurança pública. Como resultado houve a instalação do Conselho Nacional LGBT, com participação paritária, entre membros governamentais e não governamentais. Marco histórico de participação popular dessa comunidade.

Em dezembro de 2011, acontece a II Conferência Nacional LGBT, cuja temática era “Por um país livre da pobreza e da discriminação: Promovendo a Cidadania de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis

² Os autores chamam atenção para o fato de que na “...primeira versão do PNDH, aprovada em 1996, já pretendia atribuir aos direitos humanos o estatuto de política pública, seguindo recomendação aprovada na Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993; mas não fazia nenhuma alusão à população LGBT. Já no prefácio à segunda versão do PNDH, o referido Presidente diz que os “direitos dos homossexuais” passaram a integrar a pauta das políticas públicas do Governo Federal” (2012, p.407). acessado em março/2021

³ Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Acessado em março/2021

⁴ <https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/IConferenciaNacionaldeGaysLesbicasBissexuaisTravestiseTransexuaisGLBT.pdf> acessado em março/ 2021

e Transexuais”⁵, a inclusão da sociedade civil organizada como representatividade, reforçou o apoio na aprovação de propostas e diretrizes em áreas estratégicas para os direitos humanos e a cidadania da comunidade LGBTI+s

O reconhecimento das conquistas garantidas pela conferência, não passaram sem repercussão pelos grupos sociais homofóbicos que, não enxergam esses direitos como legalidade principalmente no contexto atual em que há um governo de extrema direita, com agendas de desconstrução de valores sociais em diferentes áreas, essa desconstrução tem comprometido os avanços, inclusive, com extinção de órgãos como a Coordenadoria Nacional de Promoção dos Direitos de LGBT, no âmbito da Secretaria de Direitos Humanos e Conselho Nacional LGBT, ambos criados em 2010.

Neste artigo, portanto, apresentam-se os ecos dos avanços que podem ser visualizados na experiência desenvolvida pelo Serviço Social: o primeiro item trata da estrutura do Sistemas Únicos de Saúde (SUS)⁶ no segundo a experiência da implementação da política de saúde pública, como um insight de uma ação de respeito e reconhecimento da comunidade LGBTI+, visando atenuar os males da homofobia; o terceiro ítem, historiciza-se a Unidade Municipal de Saúde - UMS, sua interlocução com a comunidade e o acesso aos serviços pelos LGBTI+.

Sistema Único de Saúde Pública no Brasil: a universalização do direito à saúde

A Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, tem como diretriz a universalização dos direitos da população brasileira. Um dos destaques desta Carta Constitucional é o Sistema Único de Saúde (SUS), na garantia da política de acesso ao atendimento público para toda a população indiscriminadamente.

⁵ <https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/IIConferenciaNacionaldeGaysLesbicasBisexuaisTravestiseTransexuaisGLBT.pdf>. Acessado em fevereiro/2021

⁶ Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acessado em fevereiro/2021).

Esse sistema regulamentado pelas Leis n.º. 8080/90 e n.º. 142/90⁷, traz o slogan “direito de todos e dever do Estado”⁸, gerando obrigatoriedade na assistência à saúde da população brasileira de forma gratuita a qualquer pessoa que dela venha necessitar.

A estrutura organizacional do SUS apresenta-se em três níveis de atenção à saúde, divididas em complexidades⁹, hierarquizadas em atenção básica, média e alta complexidade, construindo a regionalização com responsabilidades divididas entre os três entes federados (federação, estados e municípios).

O nível primário ou atenção básica¹⁰ consiste no conjunto de ações em saúde que abrangem a prevenção, diagnósticos, promoção e proteção em agravos, tratamentos, realibitações e manutenção da saúde pública individual e ou coletiva. Exige equipe multidisciplinar no gerenciamento das práticas sanitárias, democráticas e participativas na informação e capacitação de hábitos sanitários e saudáveis à população. Neste primeiro nível, filtram-se os fluxos de serviços que atuam por meio do programa Estratégia Saúde da Família – ESF¹¹, uma extensão das Unidades Municipais de Saúde, com atendimento comunitário/domiciliar, para além do que já foi referido acima, também realizam consultas médicas e de enfermagem, avaliações sócio-econômicas e psicossocial, exames, vacinas, entre outros serviços disponibilizados pelas UMS.

No nível secundário ou média complexidade¹² o atendimento possui característica em agravamento o que requer atenção hospitalar. Nesse nível de atenção os pacientes encontram-se

⁷ 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 – Ministério da Saúde.

⁸ (Decreto n.º 99.060, de 7 de março de 1990). acessado em março/2021

⁹ Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Acessado em março/2021

¹⁰ Brasil, Ministério da Saúde n. 648/2006. Estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Acessado em março /2021

¹¹ <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>. Acessado em março/2021

¹² Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 1.372/2004, regulamentada pela Portaria MS/SAS n. 501/2004. acessado em fevereiro/2021

em adoecimento; sua saúde e situação física/orgânica, apontam para o acompanhamento com clínica-médica, requerendo a disponibilidade de leitos e salas de observações, monitorados por profissionais especializados, com recursos tecnológicos, para a realização de diagnósticos e tratamentos. O acesso ao atendimento de média complexidade se dá por meio de uma guia de referência e contra referência destinada a pacientes para tratamentos eletivos¹³.

No terceiro nível, isto é, a alta complexidade os pacientes encontram-se em situações de agravos extremos, que necessitam de procedimentos que envolvem tecnologias densas, com custos ambulatoriais e hospitalares elevados e especializados. Na alta complexidade, por sua especificidade, ocorre o acúmulo de demanda reprimida para atendimento quanto aos procedimentos e esses serviços especificados e qualificados podem ser identificados por tratamentos de: diálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia, entre outros.¹⁴

No entanto foi na atenção básica o primeiro contato realizado entre o serviço social e a comunidade LGBTI+, que buscavam na triagem de acolhimento, atendimentos para seus problemas de saúde.

Atenção de saúde básica aos LGBTI+: os passos de uma experiência de intervenção profissional em Serviço Social

A comunidade LGBTI+, de um modo geral, sofre preconceitos, agressões e violação de direitos, e essa realidade foi observada nos primeiros atendimentos individuais, realizados na UMS da Pratinha. Os usuários, no ambiente da triagem, relataram o porquê de seus agravos que, em sua maioria, relacionavam-se à violência física, moral, social e psicológica.

Uma realidade em que Mott (2005, p. 99) chama atenção para o fato de: “O preconceito anti-homossexual, não obstante, continua

¹³ Procedimentos médicos que são programados, agendados, sem a caracterização de urgência e emergência. (Decreto nº 4.726 de 2003). Acessado em fevereiro/2021.

¹⁴ (Ministério da Saúde, 2005. SUS de A a Z). acessado em fevereiro/2021

atuante e implacável em nossa sociedade”. A LGBTfobia compõe um universo onde cotidianamente e corriqueiramente essa comunidade é violada em seus direitos nos mais amplos espectros. Essa segregação e invisibilidade na década de 2000, uma era não tão distante, já reforçava tais ideias, pois naquele tempo não possuía nenhum programa de saúde adequado à realidade desses sujeitos de direitos.

Nas primeiras abordagens individuais do serviço social veio à tona os conflitos intrafamiliares e comunitários, levando-se a se pensar em ações de acolhimento relativo à discriminação e maus tratos que sofriam por parte da “família segregadora”, com repercussões de uma instituição familiar de caráter patriarcal muitas vezes homofóbica e preconceituosa.

A falta de apoio e o alijamento das famílias eram revelados por depoimentos constantes de sofrimento e dor. Eram relatos de agressões físicas e verbais, carregados de vulnerabilidade; nessas situações percebia-se a necessidade de elevar a autoestima como condição de melhoria de suas próprias condições de sobrevivência e subsistência tanto social quanto psicológica, tendo em vista que estes colocavam momentos de interrogação sobre suas próprias existências.

Ressalta-se que a discriminação que sofriam, não partia somente de seus familiares, mas havia relatos de discriminação dos próprios servidores públicos da UMS que, em alguns casos, recusavam atendimento aos “gays”. uma constante que provocavam muito sofrimento e dor. Nos relatos de agressões físicas e verbais, carregados de vulnerabilidade, se percebia a necessidade de sobrevivência e subsistência que carregavam. No entanto vale ressaltar que a discriminação que sofriam, não partia somente dos citados anteriormente, mas de próprios servidores públicos da UMS que se recusavam-se a atender “gays”. Isso se mostra em acordo com a teoria freudiana ao tratar das identidades, quando particulariza a questão da sexualidade e da estrutura dos desejos, uma vez, que “são formadas com base em processos psíquicos e simbólicos do inconsciente, que funciona de acordo com uma ‘lógica’ muito diferente daquela da Razão, arrasa com o conceito do sujeito cognoscente e racional provido de uma identidade fixa e unificada (...)”, como nos lembra Hall (2005, p. 36).

Os valores sociais nesse sentido, são impregnados por dogmas e preconceitos religiosos, orientadores de uma ética e moral pública canalizadora de discriminação. Elementos originados de uma sociedade pautadas pelo cristianismo e em suas mais diferentes vertentes, procuram modelar os corpos via princípios, apoios e aconselhamentos criados no âmbito de uma sociedade arcaica que prenhe seres xenofóbicos. Estes que compõem a origem de uma sociedade cristã, que tem a igreja como apoio e conselheira, criam e recriam preconceitos, homofóbicos e sexistas e que veem na evolução da própria humanidade, e, em particular, na sexualidade não binária, disfunções e anomalias.

Nessa perspectiva, atos de violência física e psicológica contra a comunidade LGBTI+ tornam-se justificáveis, compreensíveis e aceitáveis para aqueles que vivenciam valores cristãos, como se observa no depoimento de um dos usuários *“Passei mais de dez anos acreditando que minha homossexualidade era uma manifestação do demônio¹⁵”*. A ignorância, certamente, é um dos elementos que levam a esse tipo de compreensão e, em consequência, do sofrimento vivido por parte dessas pessoas que não se sentem como sujeitos com a capacidade de livre opção sexual.

Atendimento LGBTI+ no bairro da Pratinha: um resgate histórico

O bairro da Pratinha se localiza em área periférica da cidade de Belém, capital do estado do Pará, no norte do Brasil, onde se concentram pessoas com baixa renda e em situação de vulnerabilidades sociais, tendo em vista que há poucos equipamentos e serviços públicos, incluindo problemas de segurança pública, baixa capacidade instalada de infraestrutura urbana e saneamento deficiente. Sua população de aproximadamente 30.000 mil habitantes em ocupações irregulares, vive sob forma de segregação socioespacial. Na imagem 1, mostra-se o Mapa dos Bairros de Belém.

¹⁵ Jennifer (nome preservado para manter a privacidade da pessoa atendida)

atendimento de urgência e emergência 24hs, com capacidade instalada de ambulatórios médicos. Até o ano 2000 não havia profissionais de Serviço Social, em seu fluxograma institucional. Essa inclusão do serviço social, decorreu por determinação do Ministério da saúde que naquele momento, implantava os programas sociais em saúde pública e assistência social.

A inserção do Serviço Social passou a gerar um fluxo de atendimento social voltado aos programas como: planejamento familiar, pré-natal, pró-ame, controle de hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose, Sisvan (Programa do leite), saúde mental e atenção à saúde do idoso¹⁷.

A atuação das assistentes sociais com os usuários dos serviços de saúde foram se constituindo em processos visando descortinar o perfil de situações socioeconômicas destes e de suas necessidades. Isto permitiu conhecer suas especificidades incluindo a população LGBTI+ que passou a ser visibilizada em suas questões de gênero e opção sexual, nos serviços da Unidade de Saúde Básica. Anteriormente já buscavam atendimentos de saúde, mas eram desconsiderados em suas particularidades, pois eram tratadas como demandas espontâneas de situações de saúde.

Assim, as assistentes sociais procuravam conhecer e, ao mesmo tempo, entender suas necessidades a partir de questões como: o quê e por quê procuravam a UMS? De que precisavam? Essa busca pela Unidade de Saúde era para tratamentos e

e servia de abrigo para os doentes e excluídos da sociedade por estarem com a doença da Lepra, na dificuldade da cura, havia muito preconceito e discriminação. Acessado em fevereiro/2021.

¹⁷ Planejamento Familiar - voltado à família com intuito de controle das doenças sexualmente transmissíveis DSTs, assim como, Controle de Natalidade; pré-natal - voltado às grávidas afim de acompanhamento mensal à gravidez; Pró Ame - incentivo ao aleitamento materno; Controle de Hipertensão - para pacientes em disfunção hipertensiva; Diabetes - pacientes com descompensação glicósica; Hanseníase - pacientes com a doença hanseniana; Tuberculose - pacientes portadores de bacilo Koch; Sisvan - programa voltado à criança em risco nutricional; Saúde Mental - pacientes portadores de transtorno mental e Saúde do Idoso - pacientes na melhor idade (segundo nomenclatura do ministério da saúde).acessado em fevereiro/2021

medicamentos de doenças de trato sexual – DSTs e IST¹⁸, realidade que elevou a intencionalidade de uma atenção/ação especial a ser dada aos elementos presentes com esse tipo de doenças trazidas pelos usuários LGBTI+.

O ponto de partida foi dado por um convite para uma reunião com o Serviço Social para àqueles que iam com frequência a UMS. Estes passaram a se constituir como articuladores para que outros integrantes da comunidade LGBTI+ que estivessem interessados em participarem, pudessem vir às reuniões. O objetivo era conhecê-los e, para isso, a pauta inicial foi saber suas opiniões sobre os serviços de saúde disponibilizados e se estes os contemplavam, e, em caso de inadequação dos serviços, o que propunham para contribuir na melhoria dos atendimentos.

As primeiras questões colocadas por eles/elas foram exatamente a discriminação sofridas por parte de profissionais da própria Unidade de Saúde, que por vezes negavam-lhes marcações de consultas e exames, externaram a baixa estima e a desvalorização dos profissionais de saúde em relação a presença destes e que isto os faziam se sentirem à margem da sociedade, sujeitos sem direitos (BARBOSA; FACHINE, 2009).

Outra questão que os usuários revelaram foi em relação ao receio de que suas famílias soubessem que frequentavam a UMS por problemas de saúde relacionados ao trato sexual, pois o fato de ser um serviço importante para o bairro da Pratinha, essa informação poderia chegar a suas famílias, já que havia casos em que algumas famílias desconheciam suas orientações sexuais, expressões e identidades de gênero e suas características sexuais.

O desconhecimento das famílias era colocado com receio e ansiedade, uma vez que eram resilientes a repulsão de seus familiares em relação a essa verdade. Eles sabiam do perigo de expulsão de casa, risco iminente, como observado no depoimento de um usuário em reunião: *“Eu nunca consegui contar para minha*

¹⁸ Doenças Sexualmente Transmissíveis ou Doenças Venéreas e Infecções Sexualmente Transmitidas.

<https://www.mdsaude.com/doencas-infecciosas/dst/doencas-sexualmente-transmissiveis/>. Acessado em fevereiro/2021.

mãe e meu pai que sou homossexual, embora ache que era mais fácil, minha mãe aceitar, no entanto, quem manda em casa é meu pai e ele é muito agressivo e com certeza, eu além de apanhar, seria expulsa de casa” (Ketlen¹⁹). Esse certamente se constituiu em um dos maiores obstáculos referentes a intervenção dos assistentes sociais, haja vista que trabalhar concepções familiares patriarcais advindas de gerações, não se transforma com facilidade.

Nas reuniões mensais ocorridas no auditório da UMS foram surgindo novos fatos. Os relatos deles/delas sobre os “homens heterossexuais” casados, que viviam no bairro da pratinha e que mantinham relações sexuais com os LGBTI+, sem preservativos se tornou uma realidade sobre os riscos de contaminação para as companheiras que desconheciam essa prática, particularmente, quando havia situação de prostituição. Essa situação já se constituía um problema grave relatado pelos médicos/ginecologistas que atendiam as mulheres com as DSTs e ISTs e não entendiam o porquê de tantos casos à tratar.

Esse dado mostrou a dificuldade para o enfrentamento de um serviço de saúde que partia de uma relação dialógica entre os profissionais e a comunidade LGBTI+, na medida em que havia a necessidade de ampliar o grupo para incluir o terceiro (os homens heterossexuais), que faziam os programas, no entanto, suas identidades eram preservadas.

Nesse processo de construção do serviço voltado a comunidade LGBTI+ foi necessário a realização de um projeto de intervenção social, com cursos de capacitação, inicialmente, para a equipe multiprofissional da UMS, com foco no atendimento e na garantia dos direitos da comunidade LGBTI+. Posteriormente, criou-se o projeto de intervenção que se caracterizou por um “planejamento familiar dos LGBTI+”, que consistia em articular a rede de serviços sociais visando o encaminhamento e acompanhamento das situações apresentadas nesse espaço dialógico.

¹⁹ Nome fictício, tendo em vista resguardar a identidade do utente.

Planejamento Familiar e a Comunidade LGBTI+.

O programa de planejamento familiar homoafetivo foi baseado na experiência com mulheres que já eram acompanhadas pelo planejamento familiar do Ministério da Saúde, portanto a metodologia utilizada, foi praticamente a mesma, distinguindo, apenas, as especificidades dos usuários. O trabalho foi estabelecido com base em um cronograma de reunião mensal, onde eram demandadas temáticas pela comunidade LGBTI+, a fim de atender seus interesses. A equipe do programa era composta por duas assistentes sociais, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem, sendo que as primeiras eram as coordenadoras das ações efetuadas.

Esse espaço iniciou-se de modo “tímido” com 9 gays e as discussões decorriam sobre seus medos, anseios, dúvidas e inseguranças. A pauta das discussões era determinada por decisões conjuntas. Havia sempre pessoas convidadas para debaterem questões específicas da comunidade LGBTI+ (travestis – profissionais do sexo, que usavam próteses, outras que viajavam para outros países em turismo sexual, entre outros temas, enfim pessoas que pudessem contribuir no esclarecimento de dúvidas daquela juventude desprotegida e desinformada. Sempre buscando não perder o foco da questão principal do planejamento familiar, na prevenção e preservação de suas saúdes e de suas identidades, de seus parceiros, companheiros, ou mesmo daqueles com quem faziam programas sexuais.

Além das palestras, garantia-se a distribuição de preservativos, consultas agendadas, encaminhamentos a outros serviços de políticas públicas para além dos serviços de saúde. É importante destacar que somente em 2004, com o Plano Brasil sem Homofobia²⁰, que as demandas e ações de políticas públicas passaram a se constituir em direitos adquiridos pelos movimentos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transsexuais (LGBTI), nas práticas de governos progressistas.

²⁰ Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf. (acessado em fevereiro/2021).

Considerações finais

As dificuldades em garantir ações de cidadania à comunidade LGBTI+ passam pela necessidade de compreensão de que as opções sexuais das pessoas não se constituem como doenças ou mesmo desvio de conduta. Os preconceitos e a ignorância mostram-se como obstáculos, muitas vezes, intransponíveis para a garantia de direitos de cidadania a esse público.

A invisibilidade dos utentes, como referido acima, dificultavam a organização de serviços de saúde específicos, pois a medida em que se conhece as demandas específicas se é capaz de articular a rede de atenção à saúde (física e mental). A experiência terminou em 2003, com saída das profissionais de Serviço Social que haviam implantado o serviço de atendimento. Ressalta-se que a ação não contava com o apoio da gestão da UMS, uma vez que não encontrava referência para esse programa, no âmbito da política nacional de atenção básica de saúde.

Inclusive, para que houvesse recursos ao projeto de atendimento do planejamento às famílias homoafetivas, era necessário usar nomes fictícios de mulheres, compondo, desta forma, as metas de ações voltada às mulheres. Destaca-se que o projeto terminou com 20 LGBTI+s em acompanhamento pela UMS Pratinha²¹, e mostrou que é possível desenvolver ações capazes de contribuir para a proteção social de grupos sociais específicos, como a comunidade LGBTI+, muitas vezes vulnerabilizados em função do conservadorismo e da negação de identidades múltiplas na sociedade contemporânea.

A participação dos sujeitos interessados nas ações consolidadas, via planejamento familiar homoafetivo, certamente possibilitou avanços na ação de política de ação básica de saúde, assim como nas demais esferas hierarquizadas das políticas públicas de saúde (medida e alta complexidade). Já que abriu caminho para outras ações de políticas na discussão de nomes sociais, hoje referendados

²¹ Em 2003, fomos aprovadas em concurso público, e saímos da UMS Pratinha. Como não era consolidada como política de Estado, o serviço acabou, pois não houve interesse da Gestão e nem da profissional de serviço social que nos antecedeu em continuar com o “programa”

pelas leis LGBTI+ gerando condições múltiplas na sociedade contemporânea de novos caminhos que tornem as políticas públicas necessárias e de fácil acesso ao bem estar dessa população.

Referências bibliográficas

- BRASIL. Anais da 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT – 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde, SUS de A a Z, 2005. SAS/MS n. 968, de 11 de dezembro de 2002.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 – Dispõe sobre a participação da comunidade e transferências intergovernamentais.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998 – Manual para a Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 373, de 26 de fevereiro de 2002 – Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 2002; disponível em PDF).
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro.
- CONSELHO Nacional de Combate à Discriminação. Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- FERREIRA, Guilherme. (2018). Donas de Rua, Vidas Lixadas: Interseccionalidades e Marcadores Sociais nas Experiências de Travestis com o Crime e o Castigo. Porto Alegre. Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Serviço Social
- FONTANA, Luciana; GOMES, Marília do Amparo Alves; SILVA, Simone Santos. (2012). (In)visibilidade da comunidade LGBTQIA+ na assistência social: proteção social a quem necessitar? Revista do Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade. ISSN: 2525-4715 – Ano 2020, Volume 5,

- número 10, Julho – Dezembro.
- FOUCAULT, (1999). História da sexualidade – Vol. I: A vontade de saber. 13ª. Ed. Rio de Janeiro: Graal. (Obra originalmente publicada em 1984).
- _____ (2004a). O combate da castidade. Em M.B. De Motta (Org.), *Ética, sexualidade, política/Michel Foucault: Ditos e escritos V.*, pp. 92-103. (E. Monteiro, & I.A.D. Barbosa, Trads.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- HALL, Stuart. A identidade Cultural na Pós-modernidade. 2.ed. Trad. Tomaz T. da Silva e Guaracira L. Louro. Rio de Janeiro: DP&A, 1998.
- MELLO, Luiz; BRITO, Walderez; MAROJA, Daniela. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. In: *Cadernos Pagu* (39), julho-dezembro de 2012:403-429.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p. il. ISBN 85-334-0325-9.
- SOUZA, Jessé. (2003), *A construção social da subcidadania: para uma sociologia política da modernidade periférica*. Belo Horizonte, Editora UFMG.