



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA**



CAMILA AMARAL MORENO FREITAS

**POLÍTICA DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBT: REFLEXÕES E
APROXIMAÇÕES DA GÊNESE NO ESTADO DA BAHIA**

Vitória da Conquista-Bahia
2020

CAMILA AMARAL MORENO FREITAS

**POLÍTICA DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBT: REFLEXÕES E
APROXIMAÇÕES DA GÊNESE NO ESTADO DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira, da Universidade Federal da Bahia – IMS/CAT/UFBA, como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração em Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Níliá Maria de Brito Lima Prado.

Co-orientadora: Prof. Dra. Cláudia Nicolaevna Kochergin

Vitória da Conquista-Bahia
2020

Biblioteca Universitária Campus Anísio Teixeira – UFBA

F866

Freitas, Camila Amaral Moreno

Política de saúde para a população LGBT: reflexões e aproximações da gênese no Estado da Bahia / Camila Amaral Moreno Freitas. - 2020
189 f.: il.

Orientadora: Prof. Dr^a. Níliá Maria de Brito Lima Prado.
Coorientadora: Prof. Dr^a. Cláudia Nicolaeвна Kochergin.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto Multidisciplinar em Saúde, 2020.

1. Minorias sexuais e de gênero. 2. política de saúde. 3. Gênero. I. Universidade Federal da Bahia. II. Prado, Níliá Maria de Brito Lima. III. Kochergin, Cláudia Nicolaeвна. IV. Título.

CDU: 614.2-055.34(813.8)

Elaborado por Marcos Aurélio Ribeiro da Silva CRB5/1858

Camila Amaral Moreno Freitas

"Política de Saúde e população LGBT: reflexões e aproximações da gênese no Estado da Bahia".

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em 18/12/2020

BANCA EXAMINADORA

Níliã Maria de Brito Lima Prado

Prof.^a Dr.^a Níliã Maria de Brito Lima Prado (Orientadora)
Universidade Federal da Bahia – UFBA/IMS

Claudia Nicolaevna Kochergin

Prof.^a Dr.^a Cláudia Nicolaevna Kochergin (Coorientadora)
Universidade Federal da Bahia – UFBA/IMS

Adriano Maia dos Santos

Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos (Examinador)
Universidade Federal da Bahia – UFBA/IMS

AD

Prof. Dr. Daniel Canavese de Oliveira (Examinador Externo)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Laio Magno Santos de Sousa

Prof. Dr. Laio Magno Santos de Sousa (Examinador Externo)
Universidade do Estado da Bahia – UNEB

**Dedico a meu amado esposo, Danilo
e à minha filha, Laura
Que crescia em meu ventre,
Enquanto este trabalho se desenvolvia**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a todas as forças boas que existem no universo por me criarem e por darem algum sentido em minha vida. A inspiração de fé, para encontrar paz em alguns momentos de “caos” traduz-se na máxima de Buda: “A paz vem de dentro de você mesmo, não procure a sua volta”.

Agradeço aos meus pais, Nivalda e Juscelino, que sempre prezam pela educação de seus filhos e vêem-na como uma forma de construção social do sujeito. Agradeço aos meus irmãos, Amanda, Cloves e Valéria por todo incentivo, pelas brincadeiras, mesmo distantes fisicamente, estamos sempre presentes no coração um do outro. Agradeço ao nosso pai por nos contar histórias nos dias de chuva, nos dias em que faltava energia elétrica, elas me inspiram, eu as carrego comigo até hoje.

Agradeço ao meu esposo Danilo, que apoiou e aceitou todas as minhas decisões desde o início, que pacientemente e com muito amor, superou junto comigo a distância física entre as cidades de Vitória da Conquista e Salvador. Agradeço a minha filha Laura, que cresceu em meu ventre junto com o mestrado. Laura que me deu ânimo com “chutinhos” e “pontapés” em muitos momentos de dúvidas.

Agradeço aos meus sogros, Denise e Dagoberto e aos meus cunhados, pelo acolhimento aqui e por cuidarem de Laura em alguns momentos em que eu precisava estudar, ou sair para o campo e fazer entrevistas. Obrigada.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e agradeço especialmente a Nília, minha orientadora. Obrigada por todo acolhimento, obrigada por ter me aceitado como sua aluna, obrigada pela nossa amizade construída nesse período, obrigada pelo seu abraço, querida Nília serei para sempre a sua *padawan*. Obrigada também por sempre compartilhar os *posts* engraçados da página “Universo Cientista” deixando nossa caminhada, mais leve e divertida, me diverti muito com aqueles *posts*. Agradeço também ao professor Adriano por ter me aceito como aluna do tirocínio docente, obrigada pelos ensinamentos e pela leveza com que transmite a sua prática, obrigada pela sua parceria na escrita de artigos, resenhas, e capítulos de livros. Agradeço a Cláudia minha co orientadora, que mesmo com poucos contatos me ajudou neste percurso.

Agradeço também à professora Danielle Medeiros, coordenadora do mestrado e a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFBA/IMS/CAT, obrigada professores, por serem luz e proporcionar debates críticos, reflexivos, contra hegemônicos.

Agradeço a todos os meus colegas de turma, Mari, Mila, Fabi, Jéssica (s), Ícaro, Beo, Geovani, Taci, Carol, Monique, Cinara, Ricardo. Obrigada galera, pelos momentos juntos, pelos debates, pelas reflexões, pela parceria. Agradeço também as pessoas queridas que me acolheram quando aluna especial: Josi, Duda, Mariah, Jéssica. Obrigada meninas, vocês são

muito especiais. Agradeço novamente a Nília e também a vocês todos pelo cuidado e pela surpresa que fizeram para mim e Laurinha, que momento lindo o chá de fraldas.

Agradeço aos grupos de pesquisa OBRAS e ao grupo de estudos de gênero e sexualidade, pelas reflexões permitidas com textos e encontros fantásticos! Obrigada. Agradeço também a Vinícius e Marcos, super parceiros no projeto.

Agradeço ao movimento LGBT, a todos os grupos e Ongs dos municípios que nos acolheram de braços abertos, especialmente aos grupos de Ilhéus, Itabuna, Jequié, Salvador, Vitória da Conquista e Feira de Santana que estavam dispostos para contribuir com esta pesquisa. Agradeço também à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) pelo acolhimento e pelas contribuições com o projeto.

Agradeço aos funcionários da UFBA/IMS, especialmente ao colegiado. Obrigada pelo empenho e agilidade das ações. Agradeço também ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), chamada CNPq/MS-DIAHV Nº 11/2018 – Pesquisas em Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV, Aids e Hepatites Virais, eixo Análise de gestão de serviços pelo financiamento do projeto.

Por fim, como disse Drummond: “O presente é tão grande, não nos afastemos. Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas [...] O tempo é a minha matéria, o tempo presente, os homens presentes. A vida presente”. Obrigada a todos por termos seguido de mãos dadas nesse período e não nos afastemos, sei que os laços construídos aqui no mestrado serão para toda a vida.

Muito obrigada meus queridos amigxs!!

“A grande batalha das nossas vidas é a construção do nosso próprio futuro. É viver com dignidade apesar de nossa natureza imperfeita... É aceitar os outros como iguais e ao mesmo tempo ter consciência da nossa verdadeira importância e da capacidade de reger nossos destinos. Somos donos dos nossos caminhos [...] Somos livres e essa é nossa única arma” (Eduardo Spohr)

FREITAS, C.A.M. Política de saúde para a população LGBT: reflexões e aproximações da gênese no estado da Bahia. **Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia**. Vitória da Conquista, Bahia: UFBA, 2020.

RESUMO

Os direitos sociais, em especial, à saúde é uma das reivindicações mais antigas da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) em diversos países e no Brasil. Ainda que exista um debate nacional sobre o processo de construção de pautas relacionadas à políticas de saúde, a partir de demandas derivadas dos movimentos sociais, este ainda é incipiente no Estado da Bahia. Essa dissertação analisou a gênese de ações relacionadas à política nacional de Saúde para as Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), por meio de um estudo de sociogênese no período compreendido entre 1979 e 2014. A análise se fundamentou teoricamente em estudos de revisão e em reflexões subsidiadas pela sociologia reflexiva de Bourdieu, apoiado na proposta de Pinell para a análise sociológica de políticas públicas. Os resultados foram estruturados em quatro artigos. O primeiro artigo analisou a conformação de políticas de saúde para a população LGBT em alguns contextos internacionais. O segundo revisou o estado da arte sobre a inclusão da discussão sobre a atenção à saúde a população LGBT nos currículos internacionais dos cursos de graduação na área da saúde para compreender vazios assistenciais históricos. O terceiro artigo, que constitui um capítulo de livro, contemplou uma revisão documental sobre a gênese da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT) no Brasil e permitiu identificar os movimentos sociais nacionais e as bifurcações para o Estado da Bahia. Essas produções forneceram elementos para a compreensão do objeto de estudo central desvelado pelo quarto artigo. Neste, o levantamento bibliográfico e organização temporal dos fatos históricos permitiram reconstruir a dinâmica do espaço social e da participação dos agentes dos campos burocrático, científico e político, bem como do espaço militante (ou associativo) para a gênese de ações relacionadas à política nacional de saúde LGBT no estado da Bahia. A análise do espaço social foi mediada pelo estudo das trajetórias dos agentes envolvidos com a formulação da política no estado da Bahia e as relações entre esses agentes e o espaço social nacional. As condições de possibilidade históricas que permitiram a formulação de ações relacionadas a política nacional foram a publicação do Plano Bahia sem homofobia, que permitiu ampliar o diálogo com a sociedade civil e os movimentos sociais e abarcar as principais críticas para a formulação de ações vinculadas a PNSI-LGBT como resposta assistencial às reais necessidades em saúde da população, a formalização da área técnica LGBT na SESAB em 2013 e a instituição do Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral LGBT da Bahia, em 2014, que se desdobraram em ações direcionadas à garantia de maior integralidade e equidade da atenção à saúde.

Palavras chaves: Minorias sexuais e de gênero; política de saúde, história, sociologia.

FREITAS, C.A.M. Health Policy and LGBT population: reflections and approaches to the genesis in the state of Bahia. **Master's Dissertation presented to the Postgraduate Program in Collective Health of the Federal University of Bahia.** Vitória da Conquista, Bahia: UFBA, 2020.

ABSTRACT

Social rights, especially health rights, is one of the oldest claims of the lesbian, gay, bisexual, transvestite and transgender (LGBT) population in several countries and in Brazil. The debate on the process of building agendas related to health policies, based on demands derived from social movements, has not yet deepened. This dissertation analyzed the genesis of the state health policy for Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transsexuals (LGBT), through a sociogenesis study in the period from 1979 to 2014. The analysis was theoretically based on Bourdieu's reflexive sociology, supported by Pinell's proposal for the sociological analysis of public policies. The results were structured in four articles. The first article analyzed the conformation of health policies for the LGBT population in some international contexts. The second article reviewed the state of the art on the inclusion of the discussion on health care for the LGBT population in the international curricula of undergraduate health courses to understand historical care gaps. The third article, which constitutes a book chapter, contemplated a document review on the genesis of the National Policy for Integral Health of Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transsexuals (PNSI-LGBT) in Brazil and allowed to identify national social movements and bifurcations for the State of Bahia. These productions provided elements for the understanding of the central study object unveiled by the fourth article. In this article, the bibliographic survey and temporal organization of historical facts allowed for reconstructing the dynamics of social space and participation of agents from bureaucratic, scientific and political fields, as well as the militant (or associative) space for the genesis of actions related to the national LGBT health policy in the state of Bahia. The analysis of the social space was mediated by the study on the trajectories of agents involved with policy formulation in the State of Bahia and the relationships between these agents and the national social space. The historical conditions of possibility that allowed the formulation of actions related to national policy were the publication of the Bahia Plan without homophobia, which allowed to expand the dialogue with civil society and social movements and encompass the main criticisms for the formulation of actions linked to PNSI - LGBT as an assistance response to the real health needs of the population, the formalization of the LGBT technical area at SESAB in 2013 and the institution of the State Technical Committee for Integral Health LGBT in Bahia, in 2014, which unfolded in actions aimed at ensuring greater integrality and equity of health care.

Keywords: Sexual and gender minorities; health policy, history, sociology.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<i>Sigla/ Abreviações</i>	<i>Descrição do termo</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATRAS	Associação das Travestis de Salvador
BSH	Brasil sem Homofobia
BVS	Biblioteca Virtual de Salud
CASP	<i>Critical Appraisal Skills Programme</i>
CF	Constituição Federal
CID	Código Internacional de Doenças
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CTSI-LGBT	Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
DSM – IV	Manual de Diagnósticos e Estatísticos das Perturbações Mentais
DSS	Determinante Social da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
GAIH	Grupo de Ação e Integração Homossexual
GAPA	Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS
GGB	Grupo Gay da Bahia
GGOB	Grupo Gay do Oeste Baiano
GLB	Grupo Lésbico da Bahia
GLTB	Gays, Lésbicas, Bissexuais e Travestis
GP	General Patricioner (Médico generalista)
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency vírus (Vírus da Imunodeficiência Humana) Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
ILGA	International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans And Intersex Association (Associação Internacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo)
IST's	Infeções Sexualmente Transmissíveis
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
MAHPA	Movimento de Articulação Homossexual de Paulo Afonso
MS	Ministério da Saúde
MSM	<i>Men who have Sex with Men</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
ONGs	Organizações não governamentais
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNSI-LGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PPA	Plano Pluri Anual
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyzes</i>
PrTr	Processo Transexualizador
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SEDH/PR	Secretaria Especial de Direitos Humanos da República
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

SJDH BA	Secretaria de Justiça e Direitos Humanos da Bahia
SGM	<i>Sexual and Gender Minorities</i> (Minorias sexuais e de Gênero)
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SOMOS	Grupo de Afirmação Homossexual
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UN	<i>United Nations</i>
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

DISSERTAÇÃO

Figura 1. Esquema sinóptico das oposições pertinentes.....31

ARTIGO 1

Graph 1. Effectiveness of descriptors in searching for articles in the databases.....50

Figure 1. Flowchart for the systematic article selection process.....53

Chart 1. General characterization of the selected articles, according to country, year of production, periodical and methodology.....54

Chart 2. Characteristics of public health policies directed at the LGBT population in selected countries, 2009-2019.....58

Chart 3. Main aspects of public health policies for the LGBT population in selected countries, 2009-2019.....64

ARTIGO 2

Figura 1. Diagrama de flujo de los pasos realizados en la revisión sistemática.....84

Cuadro 1. Sistematización de los artículos seleccionados sobre formación en salud en los países seleccionados, 2020.....85

ARTIGO 3

Figura 1. Sistematização da correlação entre os pressupostos e eventos inerentes a temática LGBT.....108

Quadro 1. Síntese dos conceitos fundamentais da teoria social de Pierre Bourdieu.....106

Quadro 2. Mapeamento dos agentes no período da gênese da PNSI-LGBT (2004 - Publicação do Plano Brasil sem Homofobia, até formalização da Política em 2011).....109

Quadro 3. Produção científica acerca da PNSI-LGBT no Brasil.....115

ARTIGO 4

Figura 1. Sociograma da rede de relações dos agentes que constituíram a gênese da PNSI LGBT na Bahia.....158

Figura 2. Modelo teórico do estudo Sociogênese da Política Nacional Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.....146

Quadro 1. Síntese dos elementos centrais da teoria social de Pierre Bourdieu.....142

Quadro 2. Perfil dos entrevistados segundo cidade, ano de entrada no espaço LGBT, qual subespaço pertence, tipo e volume de capital, a relação com o movimento LGBT e instituição de vinculação.....146

Quadro 3. Mapeamento dos agentes que participaram dos momentos de formulação das propostas para a PNSI-LGBT no Estado da Bahia.....160

SUMÁRIO

1.DA PROBLEMÁTICA SENTIDA À PROBLEMÁTICA RACIONAL.....	159
2. HIPÓTESE DO ESTUDO.....	28
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	29
3.1. A discussão de gênero e sexualidade nas políticas de saúde.....	29
3.2. Movimento LGBT e o surgimento de políticas de gênero e sexualidade.....	34
3.3. Políticas de saúde LGBT no contexto dos sistemas de saúde universais.....	37
3.4. REFERENCIAL TEÓRICO BOURDIESIANO.....	41
4. RESULTADOS.....	47
ARTIGO 1.....	48
INTRODUCTION.....	48
METHODOLOGY.....	50
RESULTS.....	54
a. General organization of health systems.....	55
b. Central aspects of public health policies for the LGBT population.....	63
DISCUSSION.....	68
FINAL CONSIDERATIONS.....	71
REFERENCES.....	71
ARTIGO 2.....	78
INTRODUCTION.....	79
METHODOLOGY.....	81
RESULTS.....	83
a. Caracterización general de los artículos.....	83
b. Formación en salud y diversidad de género.....	88
DISCUSIONES.....	90
CONSIDERACIONES FINALES.....	97
REFERENCES.....	98
ARTIGO 3	104
Os conceitos fundamentais da teoria social de Bourdieu e proposta da análise sociológica das políticas de saúde.....	105

Ponto de partida: o reconhecimento da necessidade da implementação de medidas específicas direcionadas à saúde LGBT.....	112
A construção social do problema de saúde e a consonância de ideias entres os diversos movimentos sociais.....	122
A predominância do interesse coletivo para a consecução da formulação da política pública.....	126
REFERÊNCIAS.....	129
ARTIGO 4	135
INTRODUÇÃO.....	137
METODOLOGIA.....	139
Delineamento do estudo.....	139
Locais do estudo.....	139
Sujeitos do estudo.....	140
Produção de dados.....	140
Análise dos dados.....	141
Aspectos éticos.....	148
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	149
a. 1. 1979-1990 construção do espaço de luta pela saúde LGBT na Bahia: necessidade de resolução dos problemas e reconhecimento pelo poder público.....	149
b. 2. 2000-2008: Construção social do problema	153
c. 3. 2009-2011-Conflitos de interesse ou diferentes pontos de vista: a trajetória dos agentes na construção social da proposta de uma política de saúde LGBT no Estado da Bahia.....	156
d. 4. 2011-2014: Processo de conhecimento do problema e formulação da política e remodelações.	162
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	166
REFERÊNCIAS.....	169
5. CONSIDERAÇÕES GERAIS DA DISSERTAÇÃO.....	172
REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO.....	175
APÊNDICE A – TCLE.....	182
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTAS.....	185
APÊNDICE C – PLANILHA DE SISTEMATIZAÇÃO DOS DOCUMENTOS.....	189

APRESENTAÇÃO

**“A estrada em frente vai seguindo
Deixando a porta onde começa.
Agora longe já vai indo,
Devo seguir, nada me impeça;
Em seu encalço vão meus pés,
Até a junção com a grande estrada,
De muitas sendas através.
Que vem depois? Não sei mais nada.”
(Tolkien, 1973 p. 36)**

Essa canção de Bilbo ao partir com os anões para a montanha solitária, em busca do grande dragão Smaug, retrata mais que uma aventura. Desvela a alma de um pequeno *hobbit*, que apesar de gostar do conforto, do calor, da comida e dos livros de seu lar, que apesar de nutrir amor pelas coisas que crescem, é, sobretudo, movido pelos anseios e pelas inquietações. É capaz de sair de sua zona de conforto para explorar um propósito maior.

É um pouco difícil dizer, “quem sou eu”. Eu Camila Amaral Moreno Freitas, mãe de Laura, esposa de Danilo, filha de Nivalda e Juscelino, neta de Clóvis e Miguel, Maria e Laurinda. Quem sou eu? Retrato de tudo aquilo que passou em mim, junção de todas as influências externas e internas, histórias, vivências, lembranças, acertos e erros, *habitus* incorporados. Quem sou eu? Um ser humano em pleno processo de desenvolvimento.

Academicamente falando, sou graduada em enfermagem pela Faculdade Independente do Nordeste (2015) e especialista em Gestão das Clínicas nas Regiões de Saúde pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês (IEP-HSL) (2017). Após a minha formatura, tive a oportunidade de trabalhar em diversos espaços, desde ser enfermeira em uma comunidade remanescente quilombola, bem como atuar na gestão municipal como coordenadora de vigilância epidemiológica. Tais espaços e vivências me proporcionaram “abrir os olhos” para os diversos mundos que existiam à minha frente.

Durante o meu percurso acadêmico e profissional, sempre tive uma aproximação muito grande com o ambiente da academia e com a docência, com as áreas da sociologia e das políticas de saúde, então essa aproximação com a docência e a “curiosidade” pelas políticas, pela sociologia e o seu potencial de analisar os fatos sociais e a realidade, foram os caminhos que me levaram a tentar o ingresso no mestrado.

No ano de 2018 me inscrevi e fui selecionada como aluna especial neste programa de mestrado e por dois semestres cursei as disciplinas de Epistemologia e Políticas de Saúde no Brasil (expresso novamente a minha gratidão à professora Nília que me aceitou como aluna especial) Em 2019, fiz a seleção de aluno regular e fui aprovada.

Meu objeto de pesquisa é: “Gênese das Políticas de saúde para a população LGBT no Estado da Bahia”. A escolha deste objeto de pesquisa se deu por uma grande afinidade com a orientadora, com o tema e com a escolha teórico-metodológica, que utiliza uma abordagem bourdieusiana para a análise da emergência das políticas de saúde.

Uma vez me perguntaram: por que uma mulher cisgênero e heterossexual está discutindo este tema? E eu me pergunto: por que não?! Por que não discutir a saúde de populações vulnerabilizadas, estigmatizadas? Por que outros pesquisadores também não o fazem? Ser hetero, ou cisgênero não nos deslegitima a discutir o tema LGBT, assim como Engels (filho de burguês) não foi deslegitimado ao escrever “O Manifesto Comunista” com Karl Marx. A saúde coletiva é contra hegemônica, busca a transdisciplinaridade, busca romper com padrões impostos, formar pesquisadores comprometidos com a realidade social.

Após diversos questionamentos e densa revisão de literatura, percebemos uma lacuna nas produções acerca das políticas de saúde para a população LGBT, assim como uma lacuna na origem, na gênese das políticas de saúde para a população LGBT, aqui na Bahia. Portanto, este trabalho objetiva investigar: a gênese das políticas de saúde da população LGBT na Bahia, quais os agentes tomadores de decisões, em quais espaços de discussão se deram a formulação das políticas.

A dissertação está dividida em capítulos. A introdução intitulada “DA PROBLEMÁTICA SENTIDA A PROBLEMÁTICA RACIONAL” buscou contextualizar brevemente a temática e a problemática que nortearam o objeto de estudo, assim como a justificativa, os objetivos e as questões de investigação. O capítulo seguinte REVISÃO DE LITERATURA está subdividido em três subtópicos abrangendo uma sistematização acerca do “Discussão de gênero e sexualidade nos Determinantes Sociais da Saúde”, uma síntese do “Movimento LGBT e o surgimento de políticas de gênero e sexualidade”, seguida da análise de “Políticas de saúde LGBT no contexto dos sistemas de saúde Universais e EUA”. O terceiro capítulo constitui os “ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS” da dissertação que contempla a metodologia dos três artigos. Em seguida, os resultados estão descritos por meio de quatro artigos, quais sejam: Artigo 1 discute as políticas de saúde para a população LGBT em contexto de países com Sistemas de saúde universal e no contexto dos EUA; o artigo 2 dá

continuidade às análises internacionais e problematiza o debate acerca das políticas LGBT nos currículos dos cursos de graduação em saúde; O artigo 3 contemplou um capítulo de livro (no prelo) que sistematiza sucintamente a gênese da política de saúde LGBT no Brasil; e, o artigo 4 reconfigura a gênese das ações relacionadas à política nacional de saúde LGBT no estado da Bahia.

INTRODUÇÃO

1.1 DA PROBLEMÁTICA SENTIDA A PROBLEMÁTICA RACIONAL

Os sistemas de saúde universais, baseados no direito à saúde, são essenciais para a prestação de cuidados de saúde eficazes e eficientes, assim como são fundamentais para garantir a equidade (PAIM, 2019). Contudo, a existência de normas restritivas de gênero, contribui para as iniquidades de gênero na saúde (HEISE et al., 2019).

Passaram-se mais de 40 anos desde que a Declaração de Alma Ata comprometeu os governos a fornecer serviços de saúde primários para todos, consagrou a importância da participação individual e comunitária nos cuidados de saúde, destacou as causas políticas, sociais e econômicas dos problemas de saúde e reafirmou a saúde como um direito humano. Embora existam progressos, os objetivos da Declaração ainda não foram alcançados. Mais de 20 anos de pesquisas transnacionais em países de alta, baixa e média renda mostram que as desigualdades de gênero estão embutidas em nossos sistemas de saúde (LANGER et al, 2015a; 2015b;) e raramente são abordadas (WEBER et al., 2019).

Whitehead e colaboradores (2002) consideram que, no âmbito do desenvolvimento das políticas públicas, a formulação de uma política forte e que responda adequadamente às iniquidades em saúde deve ser pensada de modo que abranja diferentes populações com necessidades sociais específicas, com o intuito de erradicar ou minimizar causas profundas das desigualdades em saúde, bem como seja capaz de agir em consequências negativas advindas destas iniquidades.

As políticas públicas equânimes necessitam partir do pressuposto da saúde como um direito e da priorização das demandas em saúde como essencial para se exercer a justiça social, bem como as políticas necessitam de financiamentos compatíveis aos seus objetivos. Integrar a equidade no contexto do desenvolvimento de políticas para as “minorias” é um incontestável progresso dentro das modalidades de cidadania, produto de diversas lutas sociais pelo reconhecimento (ESCOREL, 2008).

É imprescindível destacar que, indivíduos vinculados às minorias sexuais e de gênero (SGM) incluem, “mas não estão limitados a, aqueles que se identificam como lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e queer (LGBTQ)” (ARNOLD; DHINGRA, 2020, P.185).

Hoje, esse termo foi expandido para permitir maior inclusão com identidades mais amplas, como *queer*, *genderqueer*, *genderfluid*, *gender nonconforming* e *nonbinary*. São considerados uma população marginalizada e em risco, enfrentando iniquidades significativas em saúde quando comparados com populações

heterossexuais e cisgênero (isto é, “em conformidade com o gênero”). Eles são mais propensos do que os indivíduos heterossexuais e cisgêneros a sofrer discriminação, preconceito e insatisfação nos sistemas de saúde (ARNOLD; DHINGRA, 2020, p.185, tradução livre).

Entretanto, é importante salientar que, em vez de uma catalogação de identidades e populações, o foco nas formas de interseção de poder, no privilégio e posições tomadas traz uma compreensão mais clara a respeito da necessidade de mudar os fatores e os mecanismos políticos que geram iniquidades em saúde na população LGBT, especialmente estigma e discriminação (SEN; IYER, 2019; HEYMANN et al., 2019).

Para compreender as implicações das normas restritivas de gênero e das desigualdades nos sistemas de saúde, é importante considerar qual a resposta do sistema de saúde a estas normas. Os sistemas de saúde são compostos por componentes (infraestrutura, financiamento, gestão, prestação de serviços e recursos humanos) para cuidado da saúde das populações em larga escala (ROCANROLO, 2017). As interações dentro e entre o sistema de saúde e a comunidade são influenciadas por normas restritivas e desigualdades de gênero, afetando a eficiência dos componentes do sistema de saúde e deste como um todo (SHEIK et al., 2011).

As normas restritivas de gênero¹ que se manifestam no sistema de saúde, refletem e reforçam as desigualdades de gênero, comprometendo a saúde e o bem-estar dos usuários. Sheik et al (2011), postulam abordagens transformadoras para mudança cultural do sistema de saúde: 1. Abordagens políticas sociais e econômicas de apoio à igualdade de gênero, assim a abordagem atua por fora do sistema; 2. Apoio, valor e segurança para os trabalhadores, a abordagem atua dentro do sistema; 3. Responsabilidade social ou comunitária para alterar as normas restritivas de gênero e reduzir as desigualdades de gênero, abordagem na sociedade.

As origens das disparidades nos cuidados em saúde para a população LGBT estão intimamente ligadas a visões sócio-políticas discriminatórias e preconceituosas de longa data que se infiltram em muitos campos, incluindo o campo saúde. Apesar de ainda, diversos países não debaterem as políticas de saúde ou tampouco desenvolverem políticas públicas direcionadas para a população LGBT, as agendas governamentais inclusive a Organização Mundial da Saúde (OMS) passaram a incluir o debate sobre a saúde LGBT mais profundamente, a partir da 65^a Assembleia Mundial da Saúde em 2012 que trazia um painel de discussões sobre melhoria da saúde da população LGBT. Deste painel de discussões, a

¹ As desigualdades de gênero e normas restritivas de gênero se traduzem em padrões diferenciados de saúde e bem-estar para pessoas com diferentes posições sociais por meio de múltiplos caminhos (HEISE, et al. 2019, p.2443).

pauta foi levada como tema para o conselho executivo da OMS, que em 2013 em conjunto com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), aprovou uma resolução que trata das disparidades em saúde na população LGBT e incentivava os Estados-membro a traçarem iniciativas para essa temática (SULLIVAN, 2016).

Além disso, encontra-se bem estabelecido que as desigualdades nos cuidados de saúde aumentam quando os usuários são membros de uma minoria étnica ou racial. Um estudo crítico publicado há mais de 2 décadas em 1994 por Shatz e O'Hanlan observou que quase 90% dos médicos entrevistados testemunharam depreciação verbal contra pacientes LGBT, enquanto 67% dos entrevistados testemunharam tratamento inferior fornecido a pacientes minoritários. O que indica que, apesar dos amplos ganhos sociais e políticos alcançados pela comunidade na última década, as iniquidades sociais e em saúde persistem.

Apesar da existência de programas e políticas progressistas, é necessário que haja abordagens inovadoras nos sistemas de saúde uma vez que a presença de normas restritivas de gênero dentro dos sistemas reforça a cultura discriminatória. De acordo com Hay et al. (2019), “ondas crescentes de ação coletiva”, têm se mostrado promissoras em diversos ambientes na melhoria do acesso equitativo a cuidados, mostrando como os movimentos sociais são necessários para trazer igualdade e mudança (HAY et al., 2019).

Cabe pontuar que, o cenário heteronormativo e os interesses políticos, ainda se apresentam como “muros” que devem ser transpostos, pois impedem a garantia do desenvolvimento de políticas e programas que prezam pela equidade de gênero. Neste sentido, mesmo alguns debates que ocorrem na OMS ainda são permeados de preconceitos e discriminações mostrando que alguns membros da OMS são indiferentes às noções de sistemas de saúde inclusivos e equitativos (DUVIVIER; WILEY, 2015).

Mas, cabe destacar que, ainda que por meio de um processo considerado lento, alguns países estão associando a equidade como princípio orientador das reformas e ampliando a institucionalidade dos sistemas de saúde. O que fundamentou esse debate foi a perspectiva de ampliação dos direitos sociais, traduzido sobre a insígnia *Welfare State* (Estado de bem-estar social), que designa um marco de ampliação da cidadania nas sociedades modernas, na medida em que, exigem a intervenção do Estado e incorporam novos princípios ao desenvolvimento de padrões de cidadania, em particular formas diferenciadas de compreender o significado de “satisfazer um nível decente de bem-estar e seguridade econômica e social” (SCOREL, 2008, *apud* BARROS; SOUSA, 2016 p11).

Nesta perspectiva, nas últimas décadas, algumas nações, possuidoras de que possuem sistemas universais de saúde, têm desenvolvido políticas e programas direcionados ao cuidado de minorias e especificamente da população LGBT. Países do Reino Unido trazem avanços significativos nas políticas públicas de saúde LGBT, como o programa “*Pride in Practice: Excellence in lesbian, gay, bisexual and trans health care*” (LGBT FOUNDATION, 2011).

Já as experiências canadenses acumulam cinco décadas em avanços acerca das políticas públicas e de direitos humanos, no setor saúde os avanços são significativos tanto para a comunidade LGBT local, quanto para LGBT refugiados que migram para o país. (GOVERNMENT OF CANADA, 2018).

Apesar destes avanços, o estigma ainda prevalece sobre as intervenções de saúde pública. Link e Phelan (2006) propõem que o estigma contém vários componentes-chave, incluindo o processo de rotular, estereotipar e discriminar os indivíduos através da diferença, assim como exercer poder de forma que haja controle cultural e político substancial sobre a vida de outras pessoas.

O influente trabalho de Goffman (1963) sobre o estigma, postulou que a estigmatização é inerentemente um processo social no qual as pessoas vivenciam a marginalização devido a um ponto perceptível de diferença que é colocado sobre elas. Link e Phelan (2001), Link e Phelan (2006) expandem Goffman, trazendo o estigma na discussão com a saúde pública. Esses autores afirmam que a maioria das pesquisas sobre o estigma tem se concentrado nas interações de nível micro, como o processo de estereotipagem, ao invés de se dar no nível macroestrutural, onde os processos de agrupamento e rotulagem se originam.

Link e Phelan (2006) argumentam que o estigma e a discriminação podem ser experimentados de três formas distintas: discriminação direta, como a rejeição externa de um grupo de pessoas; discriminação estrutural, como a preferência por determinados grupos devido à organização e redes sociais; e a discriminação interna, como os sentimentos e crenças que os indivíduos estigmatizados podem ter em relação a si mesmos ou que reconhecem que os outros colocam sobre eles que moldam seus comportamentos e interações. Assim, o estigma e a discriminação direcionados à população LGBT, podem operar em níveis diferentes; a gravidade desse problema é ampliada considerando todas as esferas sociais por meio das quais isso pode ocorrer.

Ademais, é importante considerar as duas formas distintas de estigma e preconceito que pesam igualmente na geração de discriminação contra os usuários: implícita e explícita. O preconceito explícito é bastante simples, definido vagamente como preconceitos conscientes

sobre um indivíduo ou grupo que podem ser intencionalmente dirigidos verbal ou fisicamente a um grupo. O preconceito implícito é um conceito mais ambíguo, caracterizado por um sentimento discriminatório subconsciente que muitas vezes pode persistir sem o conhecimento do detentor de tais preconceitos. Um estudo de 1989 da psicóloga Patricia Devine avaliou o preconceito explícito e implícito com respeito à raça. Ela observou que dois grupos de indivíduos, independentemente de crenças vocalizadas díspares relativas à igualdade racial (ou seja, explícito *versus* implícito), mantinham sistemas de crenças estereotipados subconscientes semelhantes.

O preconceito tem consequências significativas na saúde e no bem-estar dos indivíduos LGBTQ. Isso é mais bem demonstrado pela estrutura da teoria do estresse das minorias ou pelos efeitos físicos e psicológicos do preconceito sobre as minorias estigmatizadas. Em sua extensa revisão de 2013, Lick e colegas resumem os efeitos deletérios do estresse das minorias em indivíduos LGBT. Eles primeiro observam os efeitos mais diretos do dano psicológico induzido pelo estresse das minorias, antes de delinear uma variedade de evidências sugestivas de seus efeitos na saúde física LGBTQ.

A discriminação e o estigma também refletem no cuidado prestado ao indivíduo LGBT. Estudos de Curmi et al (2014), mostram que profissionais despreparados para o atendimento LGBT podem prestar um atendimento “raso” e deixar despercebido, por exemplo, sinais de suicídio em um jovem LGBT. Já estudos como o de Boehmer (2018), mostram que o risco de câncer cervical é subestimado em mulheres lésbicas e, portanto, elas tem uma menor taxa de rastreio. Um estudo de 2007 realizado por Brandenburg e colegas observou taxas mais altas de câncer de mama em mulheres homossexuais do que em mulheres heterossexuais. Em 2014, Peitzmeier e colegas observaram que os homens transgêneros eram significativamente mais propensos a ter esfregaços de Papanicolaou inadequados ou de baixa qualidade. Numerosos relatos de casos e séries de casos semelhantes que destacam disparidades podem ser encontrados na literatura.

De acordo Arnold e Dhingra (2020), a heterogeneidade da comunidade LGBT se torna um elemento que dificulta a avaliação do preconceito neste grupo:

LGBT, o chamado guarda-chuva ou termo coletivo, é usado para se referir a toda uma população minoritária, o que infelizmente pode minimizar as experiências mais individuais de cada um de seus membros. A interseccionalidade, para quem não está familiarizado, é a interação de múltiplas identidades que moldam coletivamente as experiências de um indivíduo. Além da identidade LGBTQ, muitos não levam em consideração outros fatores de risco para disparidades no atendimento à saúde, como idade, gênero, raça, etnia, diferenças socioeconômicas ou religiosas. Assim, olhar através de uma lente interseccional para as disparidades de saúde para SGM será de

vital importância para a compreensão dos riscos que enfrentam este grupo altamente diversificado (ARNOLD; DHINGRA, 2020, p. 187 tradução livre).

Além disso, é importante destacar que a epidemia de AIDS, um momento de intersecção da saúde e do movimento LGBT, estimulou alguns avanços na atenção à saúde LGBT. No entanto, em que pese os avanços impulsionados pela epidemia, correntes de pensamento destacam que esta correlação realça os efeitos negativos do estigma anti-LGBT e “destaca o impacto crítico sobre uma comunidade marginal em conflito e condenada ao ostracismo pela indústria de cuidados de saúde” (ARNOLD; DHINGRA, 2020, p.186).

Neste âmbito, a equidade leva em consideração que os indivíduos são distintos e possuem necessidades diferentes. Retomando o princípio marxista: “de cada qual, segundo suas capacidades, a cada qual segundo suas necessidades” (Marx, 1875, s/d) e correlacionando-o com o debate, o princípio da equidade estabelece um parâmetro de distribuição heterogênea entre os sujeitos que também possuem necessidades distintas (FIOCRUZ, 2009).

Ademais, compreender o bem-estar da população correlaciona-se também em conhecer as necessidades em saúde que, por ser um assunto complexo e multidimensional, exige diversas ferramentas para maior aproximação da realidade. Nesta perspectiva, o espaço (território) é uma rede ou uma mediação de relações entre as condições de vida, esse espaço (território), associado ao espaço social como variável independente, determinante da situação de saúde é capaz de fornecer uma aproximação de modo a conhecer os modos de vida da população e conservar as relações sociais sem fragmentá-las em variáveis isoladas (PAIM, 1997; VIANA et al, 2001).

Ao considerar que algumas políticas são formadas a partir da noção de gênero (ABADE, DEMÉTRIO, 2018), no Brasil, os debates acerca da saúde LGBT entram na agenda em meados da década de 1980 timidamente, quando, em decorrência da epidemia de HIV, visualiza-se a necessidade de intervenções para o controle da infecção. Porém, a partir dos anos 2000 com a publicação de vários planos e programas a proposta de tal política é de fato consolidada e iniciando posteriormente o processo de construção e implementação. A sua formulação seguiu as diretrizes de Governo expressas no Programa Brasil sem Homofobia (BSH), que foi coordenado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR) (BRASIL, 2010).

A partir do plano BSH, as discussões e a formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT (PNSI-LGBT) deslançaram, e em 2009 a PNSI-LGBT foi

submetida a consulta pública e aprovada (BRASIL,2010. No que concerne a implementação de tal política, trabalhos como o de Laurentino (2015), mostram que a partir da publicação e de experiências de implementação desta em alguns locais, houve maior visibilidade das demandas da comunidade LGBT. Para o autor, tal visibilidade leva ao reconhecimento destes indivíduos como sujeitos políticos, cidadãos que até então tinham suas demandas de saúde marginalizadas.

Pode-se afirmar que a conformação atual da PNSI-LGBT é resultado de um longo processo histórico de construção e reconstrução de políticas no âmbito nacional, envolvendo a participação de diferentes atores e movimentos sociais. Destaca-se que na PNSI-LGBT assim como nas políticas de saúde para homens e mulheres no SUS, o debate sobre as questões de gênero sobressaem-se quando comparados aos debates sobre as sexualidades.

A PNSI-LGBT foi instituída no ano de 2011 com o objetivo geral de promover saúde integral a população LGBT e com o intuito de fomentar um processo de redução e/ou eliminação de quaisquer formas de discriminação ou preconceito institucional, bem como, com vistas à ampliação do acesso às ações e serviços de qualidade e integrais (BRASIL, 2010; 2013).

Derivada do Plano Brasil sem Homofobia, a PNSI-LGBT é composta por um grupo de diretrizes para operacionalização de planos, estratégias e metas que visam eliminar a discriminação. Para tal, faz-se necessário que exista compromisso ético-político de todas as esferas do Sistema Único de Saúde (SUS), de gestores, conselheiros, trabalhadores e usuários, para com a proposta e a saúde da população LGBT (BRASIL, 2010; 2013).

Nesta perspectiva, é importante retomar o debate da equidade em saúde, que no Brasil, surge fortemente alinhado aos propósitos da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) na década de 1970 e com a institucionalização do SUS. A equidade é um dos princípios doutrinários do SUS e inicialmente relacionado à igualdade dos cidadãos perante as ações e serviços públicos (ALBRECHT, ROSA, BORDIN, 2017).

Ao reafirmar o compromisso do SUS com a universalidade, a integralidade, participação da comunidade, e especialmente equidade em saúde, as questões de saúde da população LGBT passam a integrar a preocupação com a inclusão de gênero e sexualidade como um Determinante Social de Saúde (DSS), alinhando-se à percepção de saúde ampliada (BRASIL, 2010).

Neste sentido, o debate sobre equidade reconhece, também, que as relações de gênero atravessam as diversas dimensões da vida social dos indivíduos, possuem dinâmicas próprias

que dependem de outros processos sociais e historicamente foram marcadas pela diferença nas relações de dominação patriarcal heteronormativa (BARATA, 2009).

A determinação do gênero é um processo tão importante quanto a posição social assumida pelo indivíduo, esta determinação confere às relações de gênero, um maior grau na determinação da saúde e doença bem como de outros processos sociais na vida dos indivíduos (BARATA, 2009). Cabe salientar que esse debate também é permeado pela concepção de gênero e sexualidade como um DSS. Tendo em vista essa concepção da determinação social da saúde, alguns autores apresentam um modelo constituído por quatro mecanismos que desempenham um papel na geração das iniquidades em saúde e, ao mesmo tempo, constituem pontos de partida de políticas para reduzir a falta de equidade em saúde: estratificação social; exposição diferencial; vulnerabilidade (ou suscetibilidade) diferencial; e consequências sociais diferenciais das más condições de saúde (SCOREL, 2008).

Ademais é necessário reafirmar a equidade em saúde no campo da saúde coletiva, que por se constituir complexo, híbrido e que busca a transdisciplinaridade não reúne apenas diversas disciplinas, mas tem o propósito de realizar uma interconexão entre os espaços de debate que propiciem um ambiente permeável e permissível as inflexões político-ideológicas existentes durante a construção de conhecimento e de políticas. (CANESQUI, 2013). Scorel (2008) corrobora com esse pensamento mostrando que deve ser incrementado à noção de equidade as dimensões política e institucional no sentido de responder “equidade de quê?”, bem como discutir as reais prioridades.

Nesse sentido, ativistas lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT) têm se organizado, se sustentado, focado em questões sociais e culturais importantes e comunicado estrategicamente suas posições sobre essas questões (ALWOOD, 2013).

A capacidade e o potencial do campo da saúde na reversão das desigualdades sociais, está na exigência de políticas e ações intersetoriais para a obtenção de resultados positivos. Para Scorel (2008), estão constatados os limites do setor na obtenção de boas condições de saúde, mas ao mesmo tempo, é no setor saúde que ainda existe “o descaso, a inoperância e a omissão de um conjunto amplo de políticas sociais e econômicas” (SCOREL, 2008, p.6).

Ao longo das décadas, grupos se formaram, lançando campanhas locais, regionais, nacionais e internacionais para abordar questões relativas à sexualidade e gênero. É importante ressaltar que, embora os indivíduos bissexuais sempre tenham participado de movimentos LGBT, historicamente eles foram excluídos e marginalizados (ARMSTRONG, 2002). Antes do movimento LGBT contemporâneo, ativistas dos movimentos de

libertação homófila, lésbica separatista e de libertação gay tinham atitudes conflitantes sobre a inclusão de indivíduos bissexuais e variantes de gênero em suas atividades (CALIFIA 1997, MAROTTA, 1981, MEYEROWITZ, 2002). Na década de 1990, entretanto, à luz da epidemia de HIV / AIDs, houve uma consolidação da inclusão bissexual e transgênero no movimento LGBT americano (ARMSTRONG, 2002).

Vários estudiosos exploram o envolvimento de ativistas ou agentes vinculados a movimentos sociais para o debate de questões relacionadas à população LGBT (TINDALL & WATERS, 2013), que impulsionam interesses por meio de esforços conjuntos (MUNDY, 2013), construindo relações com amplas redes de partes interessadas (MUNDY, 2015) e muitas vezes estruturando discursos que privilegiam a igualdade, aceitação e compreensão (CABOSKY, 2014; WEAVER, 2014). No entanto, até o momento, pesquisas mostram que pouco foi feito para entender como as experiências de ativistas LGBT podem influenciar a tomada de decisão, a exemplo de formulação de políticas direcionadas à saúde da população LGBT.

São ainda insuficientemente exploradas as formas pelas quais a demanda por transversalidade vinda do Estado tem se conjugado à necessidade de articulação entre movimentos sociais proveniente de parcelas da sociedade civil. Portanto, em que pese a importância dos estudos supracitados, ainda não se aprofundou o debate sobre o processo de construção de pautas e tomada de decisão em saúde, a partir de demandas derivadas dos movimentos sociais acerca da PNSI-LGBT, quais as motivações para a sua formulação e para a escolha do desenho proposto, quais os agentes envolvidos e como estes se articularam para induzir a inserção desta pauta na agenda da saúde.

Elucidar tais questões parece oportuno, tanto para o meio científico quanto para o mundo do trabalho, pois pode auxiliar na compreensão e reflexão crítica da política, a partir dos elementos presentes na história de sua construção. Neste sentido, analisar a gênese de uma política pública de saúde consiste em buscar compreender as circunstâncias históricas e sociais que tornaram possível a intervenção do Estado para a implementação de medidas específicas direcionadas a um problema social. Tal análise inspira-se na ideia de que o processo de expansão dos direitos sociais seja orientado por uma modalidade de cidadania emancipada (contrapondo-se a um modelo de cidadania assistida) em que além da participação há o protagonismo cívico e social. A construção social do problema, a constituição de um espaço social especializado e o reconhecimento e a sua incorporação pelo Estado, enquanto gerador de ações para o seu enfrentamento.

Sendo assim, essa dissertação tomou por objeto de estudo a análise da sociogênese da política de saúde para população LGBT no estado da Bahia. Para tanto, busca entender inicialmente outros aspectos integrados e prementes para a compreensão abrangente ao: identificar em que medida os currículos internacionais dos cursos de graduação na área da saúde incorporam a discussão da saúde LGBT; identificar como políticas de saúde para população LGBT estão conformadas em alguns contextos internacionais, assim como os desafios que estão postos; sistematizar como se deu a gênese da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no Brasil e por fim, identificar e analisar os movimentos sociais, interesses, posições e tomadas de posições dos agentes, assim como, e como eles se expressaram, limitaram e conformaram os debates sobre a proposição e formulação da PNSI-LGBT no estado da Bahia.

Em síntese, esse estudo busca responder a seguinte questão central: qual o espaço social e as questões em disputa entre os agentes envolvidos, e aquelas que prevaleceram e permitiram condições de possibilidade para a formulação e implementação de ações vinculadas à Política Nacional de Saúde Integral da População Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti e Transexual, a partir de debates dos movimentos sociais no Estado da Bahia?

Cabe destacar que, embora um breve histórico do movimento seja traçado e seus desafios atuais informem a análise aqui empreendida, esta concentra-se mais especificamente no período que vai de meados dos anos 1970 a meados dos anos 2014.

2. HIPÓTESE DO ESTUDO

O engajamento de agentes sociais de diversos campos e espaços, desde a década de 1970 até a gênese da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais ao que parece, influenciou o estabelecimento de relações mútuas de determinação e condicionamento, para entrada do problema na agenda do Estado e no processo decisório para a formulação e implementação de uma dada política.

No Estado da Bahia, a gênese das ações relacionadas à política de saúde para a população LGBT ocorre aninhada ao processo nacional e influenciada por condições de possibilidade, permeadas pela história e pela teoria, de agentes e movimentos sociais, com interesses e capacidade para agir criando condições de possibilidade que podem ter interferido para a inclusão de pautas relacionadas ao direito e equidade em saúde da população LGBT.

A busca pela construção de mais equidade permitiu a ampliação dos propósitos, os métodos e a estrutura de relações, com a ampliação e o desenvolvimento de lutas dos movimentos sociais baianos que, apesar da existência de conflitos e contradições, conjugaram, em algum momento, interesses em prol de demandas e necessidades locais e criaram espaços possíveis para a proposição de necessidades que se desdobraram em ações vinculadas à Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (**PNSI LGBT**) no Estado da Bahia.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. A discussão de gênero e sexualidade nos Determinantes Sociais da Saúde

O debate acerca do gênero e sexualidade no mundo tem se estruturado a partir de reflexões de teóricos com distintas vertentes, o que demonstra caráter heterogêneo e particularidades desta temática. Em primeiro lugar, para trazer à tona as questões de equidade de gênero para o cerne da saúde pública e coletiva, e especialmente nas prioridades nacionais de saúde, a clareza conceitual é essencial.

Em relação aos aspectos mais conceituais, o termo “sexualidade” surgiu tardiamente no século XIX, no entanto, não traduz todos os aspectos que carrega. A sexualidade é explicitada, neste momento, como um campo de conhecimentos diversos, e como sinônimo para a instauração de regras e normas dentro de um sistema que se apoia em instituições, e ainda, como “um modo pelo qual os indivíduos são levados a dar sentido e valor à sua conduta, seus deveres, prazeres, sentimentos, sensações e sonhos” (FOUCAULT, 1998, p.9).

Tratava-se de ver de que maneira, nas sociedades ocidentais modernas, constitui-se uma experiência tal, que os indivíduos são levados a reconhecer-se como sujeitos de uma sexualidade que abre para campos de conhecimentos diversos, e que se articula num sistema de regras e coerções. O projeto era, portanto, o de uma história da sexualidade enquanto experiência. (FOUCAULT, 1998, p.10).

A OMS traz um conceito interessante acerca da sexualidade:

A sexualidade é uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental. (OMS, 2001).

Quanto aos aspectos relacionados ao gênero, Joan Scott (1989) o situa em um contexto histórico defendendo seu uso como uma categoria analítica com intuito de compreender como, no decorrer da história, as construções de poder e saber sobre a sexualidade se formaram e se legitimaram. Assim, “gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder” (SCOTT, 1989, p.21).

De acordo a autora, a compreensão de gênero está atrelada ao saber das diferenças sexuais, o qual é produzido pelas diferentes sociedades é relativo e moldado as culturas em cada local. Tomando gênero como este “elemento constitutivo” das relações sociais com base

nas diferenças de sexo, Scott (1989) apresenta quatro elementos implicativos deste arranjo, nas sociedades:

O primeiro elemento diz respeito às representações diversas que são evocadas pelo gênero, a partir dos símbolos que estão culturalmente postos e disponíveis nas sociedades e que por vezes são contraditórios. O segundo elemento refere-se aos aspectos conceituais normativos, que evidenciam a interpretação dos símbolos, no sentido de conter e limitar as “possibilidades metafóricas” que estes possam adquirir. O terceiro elemento discute a natureza política do gênero e, por fim, o quarto elemento diz respeito à identidade subjetiva que o gênero carrega (SCOTT, 1989).

Importante destacar que, o primeiro elemento pode ser exemplificado pelo masculino e feminino segregado em caixinhas, meninas usam vestidos e meninos usam calças, que é expresso nas diversas sociedades até os dias atuais, por meio de doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas ou jurídicas que pregam a noção de normatização (SCOTT, 1989).

Em seus estudos sobre a “Dominação Masculina”, Bourdieu (2002) resgata rituais observados em camponeses da Cabília, na Argélia e traz como estes camponeses “salvaguardavam” e protegiam suas estruturas sociais no sentido de revelar a paradigmática visão “falo-narcísica” e a cosmologia androgênica existentes naquela região. As diversas sociedades mediterrâneas carregam também a supervalorização da figura masculina em detrimento da figura feminina. (BOURDIEU, 2002).

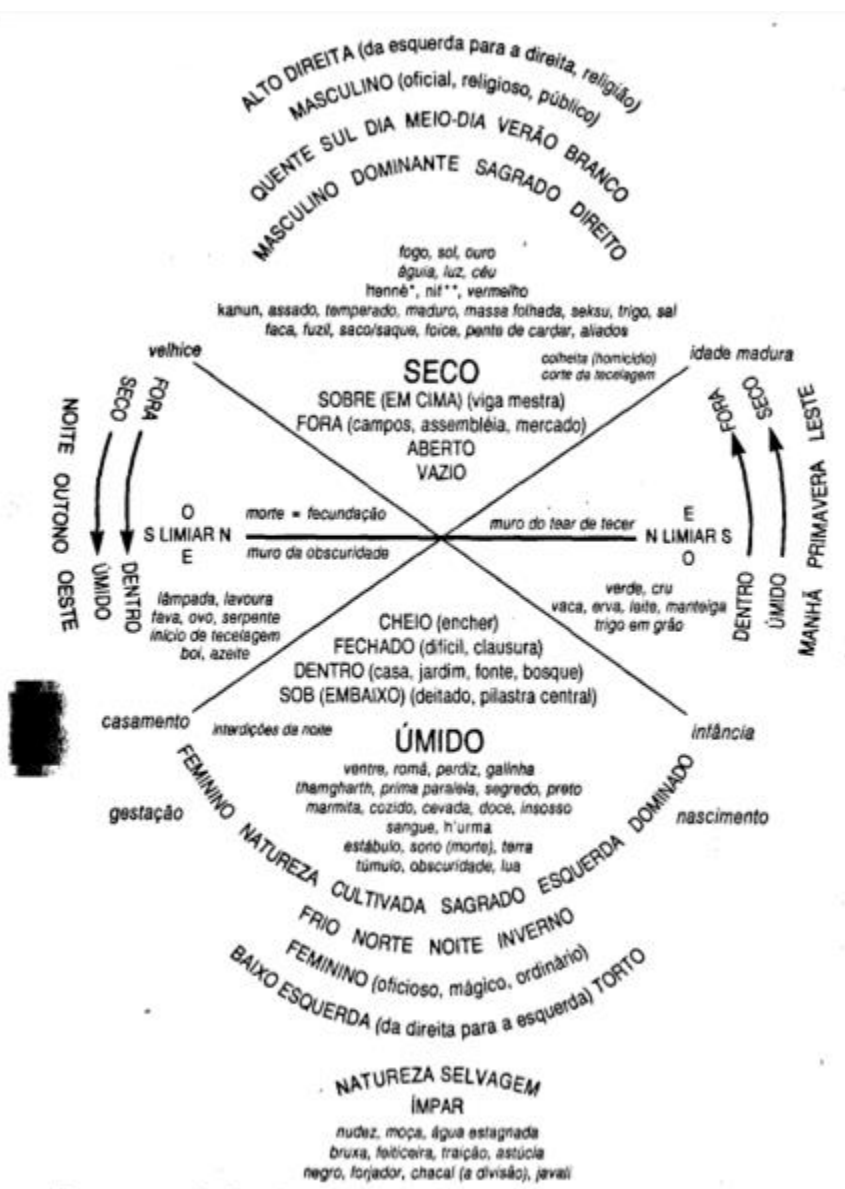
Neste sentido, Bourdieu (2002) e Scott (1989) convergem para a discussão de que os símbolos que estão culturalmente postos e disponíveis nas sociedades, por vezes, não contemplam todos os indivíduos. A construção social dos corpos dos sujeitos é lida em um universo no qual a constituição da sexualidade “enraíza uma topologia sexual do corpo socializado, de seus movimentos e seus deslocamentos, imediatamente revestidos de significação social [...] em que o movimento para o alto, por exemplo, associado ao masculino, como a ereção, associa-se a posição superior durante o ato sexual” (BOURDIEU, 2002, p.16).

Para o autor, a necessidade objetiva e subjetiva de “divisão” de coisas e de atividades (sexuais e outras), entre masculino e feminino, decorre de um sistema binário de oposições homólogas: “alto/baixo, em cima/ embaixo, na frente/ atrás, reto/curvo, claro/ escuro [...] que para alguns correspondem a movimentos dos corpos tais como (alto/baixo//subir/descer,

fora/dentro//sair/entrar)”, como pode ser visualizado na figura adiante (BOURDIEU, 2002, p.16).

Estes “esquemas de pensamentos com aplicação universal”, mostrado pelo esquema sinóptico das oposições pertinentes, traduz como as diferenças e características de natureza biológica, inscritas na objetividade, contribuem para a inscrição destas em um “sistema de diferenças”, que naturalizam as aparências e as engendram nas relações sociais (figura 1).

Figura 1: Esquema sinóptico das oposições pertinentes



Fonte: Bourdieu (2002)

O modo como a “dominação masculina” é imposta e vivenciada, leva a uma submissão paradoxal resultado da violência simbólica que é exercida nas relações sociais entre “dominantes” e “dominado”, deste modo, a lógica da dominação é exercida em nome de algum princípio simbólico existente (BOURDIEU, 2002). Butler (2018) tece importantes críticas acerca desse sistema de pensamento universal e cristalizado da política social heteronormativa, que dita as diversas normas de gênero e designam como e de que modo o indivíduo pode ou deve aparecer e se comportar no espaço público, de modo que a vida pública e a vida privada se distinguem. Assim, em decorrência destas relações existentes Butler (2018) propõe que há uma diferença em como os indivíduos se comportam no espaço público e privado.

Neste âmbito, e como terceiro elemento, Scott (1989, p.22), traz a historicidade do gênero no sentido de compreender como se deu “a natureza do debate ou da repressão que leva a aparência de uma permanência eterna na representação binária dos gêneros”, para tal, faz-se necessário incluir a noção do político, bem como uma menção às instituições e organizações sociais. Para além de relacionar o gênero apenas ao sistema de parentesco, a autora diz que é necessário incluir o mercado de trabalho, a educação e o sistema político.

As discussões acima mostram como as sociedades se organizaram em torno do padrão heteronormativo, cisgênero, binário. A heteronormatividade² estabelece regras sobre os desejos e comportamentos sexuais e, nesta perspectiva, existem apenas duas possibilidades: fêmea ou macho.

Apesar das diversas discussões acerca da subjetividade do gênero, quando tomamos como objeto de investigação o movimento LGBT, identificamos que nas diversas sociedades, o que foge da distinção macho e fêmea é ainda tido como algo errado ou “desviante” de algum padrão. Esse pensamento e comportamento da sociedade é legitimado sobretudo pela rejeição ou repressão de outras possibilidades de gênero ou sexualidade (SCOTT, 1989).

É importante pontuar que a manifestação de diferentes formas de possuir uma orientação sexual e distintas identidades de gênero, historicamente, figurou para as diversas instâncias da sociedade como uma questão de interesse em momentos diferentes. A homossexualidade, por exemplo, já foi e ainda é considerada em algumas sociedades um

² “Pode-se compreender o termo heteronormatividade como aquilo que é tomado como parâmetro de normalidade em relação à sexualidade, para designar como norma e como normal a atração e/ou o comportamento sexual entre indivíduos de sexos diferentes [...] é um padrão de sexualidade que regula o modo como as sociedades ocidentais estão organizadas. Trata-se, portanto, de um significado que exerce o poder de ratificar, na cultura, a compreensão de que a norma e o normal são as relações existentes entre pessoas de sexos diferentes” (PETRY; MEYER, 2011, p.196).

pecado no âmbito religioso, crime no âmbito jurídico, e um desvio psiquiátrico no campo médico (FREIRE; CARDINALI, 2012).

Deste modo, a homossexualidade, a lesbiandade, por muitos anos foram rechaçadas e condenadas de diversos modos, até alcançar o seu atual status de “orientação sexual” equiparada à heterossexualidade. Destaca-se que a militância desses indivíduos e a sua postura contra hegemônica favoreceram o ingresso destes sujeitos no debate político em busca de seus direitos como indivíduos legítimos (FREIRE; CARDINALI, 2012).

A sexualidade deve se relacionar com a representatividade do indivíduo para si mesmo e para os membros da sociedade. Esta representatividade corporal e ideológica, ao ser compartilhada em maior ou menor grau com outros indivíduos, torna-se um modo de pertencimento e de formação de uma identidade coletiva, que na maioria das vezes encontra-se organizada politicamente. Destaca-se que para os diversos militantes LGBT, a identidade sexual assume uma posição central na apresentação de si para a sociedade (WOODWARD, 2000; FREIRE; CARDINALI, 2012; HEILBORN 1996).

No campo das políticas de saúde, a sexualidade ainda é abordada de modo compartimentado. Uma análise de políticas realizada por Abade e Demétrio (2017), mostra como existem processos de disputas e um complexo espaço de relações que emergem a partir das discussões de gênero e sexualidade nas políticas de saúde do Estado.

De acordo os autores, existem quatro dimensões que fundamentam e configuram as políticas de gênero e sexualidade no Brasil: as políticas sobre a “mulher”, as políticas sobre o “homem”, as políticas sobre a infecção pelo “HIV/Aids” e as políticas sobre a “população LGBT”. Tal “compartimentação” de sexualidades segrega e há a necessidade de:

(re) pensar a construção de políticas de saúde que considerem as interseccionalidades do cuidado [...] com vistas a contribuir com a visibilização de distintas subjetividades e demandas de atenção integral em saúde e a construção de um agenda de políticas efetivas voltadas para a diversidade sexual e de gênero (ABADE; DEMÉTRIO, 2017, p. 139)

Em síntese, resgatar os debates de sexualidade e gênero neste momento é oportuno para compreendê-lo como uma questão política e institucional, bem como identificar de que modo a construção da sociedade baseada em princípios históricos heteronormativos reverbera no desenvolvimento de políticas de saúde normativas, bem como da manutenção de lógicas dominantes que atuam a partir da lógica de gênero.

3.2. Movimento LGBT e o surgimento de políticas de gênero e sexualidade

No cenário internacional, a discussão sobre o movimento LGBT surge alinhada aos ativistas, nos Estados Unidos da América (EUA), e aos discursos sobre a sexualidade. A Revolta de *Stonewall* foi um importante evento histórico, ocorrido em junho de 1969 nos EUA, que durou seis dias e reuniu não só homossexuais, mas também lésbicas, *dragqueens* e travestis que lutavam contra a discriminação e a violência (RIBEIRO, 2011), ainda que alguns autores vinculem que as primeiras tentativas para a organização do movimento homossexual tenham ocorrido na Europa entre os anos de 1850 à 1993 (REIS, 2007).

A análise de eventos históricos indica que o intuito do movimento, naquele momento na Europa, era o de luta contra a discriminação e a reivindicação de direitos em reação as leis que criminalizavam as relações homoafetivas. Especificamente na Alemanha no período nazista, diversas lutas do movimento homossexual mostraram a resistência desses indivíduos contra as barbáries sofridas (REIS, 2007). No entanto, apesar de importante para a propagação do movimento LGBT, os eventos ocorridos na Europa não impactam tanto na sociedade quanto nos EUA.

De acordo Bila (2014), às repercussões de Stonewall são mensuráveis internacionalmente, constituindo-se importante movimento para consolidação e organização de grupos homossexuais e LGBT em movimentos de lutas por direitos e cidadania. Algumas lutas do movimento LGBT ao longo dos anos visavam não apenas o rompimento de padrões discriminatórios e preconceituosos sofridos por esta população, mas também pela luta de direitos sociais como a saúde, por exemplo.

Stonewall ao ser um episódio contra hegemônico mostra a face de uma contracultura, uma cultura exterior a oficial, um movimento de contestação de ordem simbólica. Bourdieu (1984 p.15) diz que se estas figuras de contestação incomodam a sociedade, incomodam partidos políticos, incomodam sindicatos, uma vez que elas vão “contra as disposições profundas e os interesses específicos do homem do aparelho³”.

Destaca-se que ao longo das décadas de 60 e 70, uma variedade de movimentos sociais nos EUA exigiram do país, uma densa reorganização do tecido cultural e social. Além do movimento LGBT, destaca-se a importância dos movimentos de direitos civis, movimento das feministas, movimento anti-guerra e movimento estudantil. (RIBEIRO, 2011).

³ Bourdieu se refere ao “homem do aparelho” como uma metáfora aos agentes do campo burocrático do Estado (BOURDIEU, 1984)

O movimento de libertação gay, também emerge dos movimentos supracitados. Ao final da década de 1960, o movimento homófilo mais antigo foi suplantado por um movimento distintamente diferente que rejeitava a política da respeitabilidade, exigindo, em vez disso, o reconhecimento de comportamentos sexuais e de gênero fora das normas do convencional branco da classe média. Este movimento de libertação gay não descartou o foco do movimento homófilo sobre os direitos dos gays e lésbicas, mas criou uma demanda direta por questões culturais (HOUCK, 2015).

Assim, os diversos movimentos sociais que cresceram substancialmente em distintas partes do mundo a partir da década de 70 chamam a atenção do “terceiro caminho” para a política numa perspectiva social-democrata, tratam-se de movimentos que com propósitos de resolução imediata de suas demandas tendem a se manifestar de forma expressiva (MCRAE, 2018).

Ainda de acordo com MacRae (2018), os movimentos sociais e as diversas manifestações políticas, ao ocorrerem, têm a intenção de experimentar novas relações entre a vida pública e privada. Ao publicitar ou publicizar uma vida privada, o sentido é trazer o reconhecimento da sua importância como uma questão política, e pensar nesta vida tão importante quanto as demais que muitas vezes são tidas ou tratadas com maior importância.

Neste âmbito, a política de gênero pautada pelos movimentos sociais deve coexistir e fazer alianças com outras populações caracterizadas por serem precárias. Reunindo-se em público para serem vistas e ouvidas, as minorias sociais expressam e são tratadas como uma “presença política e uma força plural” e ao questionarem as injustiças sociais e econômicas, essas manifestações trazem uma rejeição coletiva da precariedade social e economicamente induzidas e mais que questionamentos, a reunião coletiva dos diversos corpos e das diversas minorias em espaços públicos, traduz o exercício performativo do direito (BUTLER, 2018).

Judith Butler (2018) tece importantes considerações acerca dos movimentos sociais e a conformação das políticas de gênero e sexualidade. As alianças formadas entre as várias minorias ou entre as “populações descartáveis⁴”, termo utilizado pela autora, está embasada em questões como as vidas precárias se organizam, se unem e como a precariedade opera no centro destas alianças.

A precariedade designa a situação politicamente induzida na qual determinadas populações sofrem as consequências da deterioração de redes de apoio sociais e

⁴ Judith Butler utiliza o termo “populações descartáveis” para designar grupos populacionais e minorias étnicas, raciais e sexuais, que estão a margem da economia neoliberalista, que não tem emprego, moradia. Especificamente acerca da saúde, a economia neoliberal prega nas populações descartáveis, que elas próprias seriam responsáveis pelo desfechos negativos em saúde.

econômicas mais que outras e ficam diferencialmente expostas ao dano, à violência e à morte [...] a precariedade está talvez de maneira óbvia, diretamente ligada às normas de gênero, uma vez que sabemos que aqueles que não vivem seu gênero de modo inteligível estão expostos a um risco elevado de assédio, patologização e violência” (BUTLER, 2018 p.40-41).

Assim, a organização política e civil do movimento LGBT trouxe grandes conquistas para o público, em diversos países do mundo. Acerca das políticas de gênero e sexualidade, países como o Canadá, por exemplo, há cerca de 50 anos apresentam experiências de implementação de legislações e políticas para a população LGBT. O casamento civil é um dos marcos mais antigos de políticas para esta população e para além das conquistas obtidas pela esfera governamental, a população LGBT é cada vez mais aceita socialmente em países como o Canadá (NASH, 2012).

É importante destacar que além dos diversos ganhos legislativos e sociais, no setor saúde, assim como outros países o público LGBT, especialmente os homossexuais estiveram atrelados ao HIV/AIDS, neste sentido o país é marcado por um ativismo histórico, reverberando em diversas políticas públicas para tratar HIV/AIDS (NASH, 2013).

Pioneiro nas manifestações LGBT, os EUA traçam políticas significativas para este grupo. Um estudo de Day, Loverno e Russel (2019) feito na Califórnia, mostra o desenvolvimento de políticas e práticas inclusivas em escolas, para a juventude LGBT. De acordo com os autores, as políticas escolares inclusivas, desenvolvidas desde o ano de 2014 proíbem a discriminação ou intimidação com base na orientação sexual e de gênero e são realizados treinamentos para os funcionários da escola sobre as questões LGBT e sobre como intervir quando assédios acontecem. Tais políticas também identificam espaços seguros onde a juventude LGBT pode buscar apoio, no entanto o artigo também aponta alguns desafios para a consolidação destas políticas, por exemplo: evasão escolar e bullying discriminatório sobre a saúde e o bem estar dos jovens LGBT.

Ainda nos EUA, Badgett, Waaldijk, Rodgers (2019), analisam a relação entre a inclusão da população LGBT e o desenvolvimento econômico. Para os autores, a maior inclusão da população LGBT está ligada a uma economia mais forte, bem como a maior inclusão social por meio de direitos legais relaciona-se também a níveis mais elevados de desenvolvimento econômico, os autores apontam para a importância da inclusão desta população que é marginalizada economicamente.

Por fim, cabe destacar que deste debate deriva a entrada da pauta acerca da saúde integral nas agendas governamentais internacionais, especialmente a partir da organização cívica e da militância do movimento LGBT, e a partir disto, impulsiona uma maior

visibilidade para a população, no que tange ao desenvolvimento e ao reconhecimento legítimo destes, como cidadãos dotados de direitos, necessitando de políticas públicas que levem em consideração a equidade. É importante destacar também que estas experiências internacionais foram extremamente importantes para inspiração do desenvolvimento de propostas no Brasil.

3.3. Políticas de saúde LGBT no contexto dos sistemas de saúde universais e Estados Unidos da América

O debate acerca de políticas de saúde para a população LGBT entram em pauta nas diversas agendas internacionais em momentos distintos. Nos EUA, de acordo Houck (2015), o movimento pela saúde de gays e lésbicas surgiu na década de 1970 para combater “a hostilidade dos principais serviços de saúde e profissionais em relação à questão da homossexualidade em geral e a homens e mulheres homossexuais, em particular.”

Inspirados pela campanha bem-sucedida de 1973 para remover homossexualidade do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), os diversos provedores de saúde gays e lésbicas criaram organizações profissionais para aumentar a visibilidade gay e combater a homofobia. Destaca-se a importância da Aliança dos Enfermeiros Gays que também em 1973 proporcionou inclusão de outros profissionais como farmacêuticos e profissionais de saúde pública, na luta pela discriminação à população LGBT (HOUCK, 2015).

No ano de 1976 nos EUA, por meio dos ativistas Gays, houve a criação da “*National Gay Health Coalition*”(Coalizão nacional da saúde Gay) e mais tarde houve a criação da “*National Coalition for LGBT Health*” (Coalizão nacional da saúde LGBT) Estes grupos ativistas, atuando tanto em nível local como nacional, buscavam suprir as demandas de saúde desta população, destaca-se neste período, a criação de diversas clínicas específicas para o público LGBT (DEYTON et al, 1988 *apud* HOUCK, 2015).

No entanto, em meados da década de 1980, a crise instituída pela epidemia de HIV/AIDS tomou toda a atenção do movimento, que se concentrou nas necessidades da saúde dos homens gays, atingidos pela epidemia. De acordo com os autores supracitados, das diversas clínicas fundadas, três delas passaram a atuar exclusivamente como resposta à epidemia de AIDS. Houck (2015), pontua a importância da militância e do desempenho de papéis das lésbicas, como suporte e “compatriotas gays” para enfrentamento da crise de HIV.

Neste âmbito, é importante pontuar que a “saúde lésbica” emergiu a partir destes grandes movimentos sociais uma vez que as mesmas não mediram esforços para o combate

do sexismo na medicina, bem como contribuíram para o combate à homofobia nas diversas profissões de saúde e para fornecer cuidados de saúde a gays e lésbicas (HOUCK 2015).

Atualmente, o desenvolvimento de políticas de saúde da população LGBT nos EUA está pautado principalmente em práticas não discriminatórias, inclusão do envelhecimento da população LGBT e treinamento de profissionais para atendimento e assistência ao público LGBT.

De acordo com Acquaviva, Krinsky (2015), em Massachusetts a instalação de uma comissão sobre o envelhecimento LGBT trouxe importantes ganhos como ações regulatórias e legislativas para tratar a saúde destes indivíduos. Patterson, Árvore, Kamen,(2019), trazem experiências positivas de cuidados oncológicos para afirmar a assistência à saúde LGBT, também mostram a importância das políticas não discriminatórias nos serviços de saúde.

Por fim, Jennings (2019) apresenta estudo que mostra a análise da conjuntura política do Governo Obama e destacam os ganhos em políticas anti-discriminação nos serviços de saúde. No mesmo artigo os autores comparam o acesso aos cuidados de saúde da população LGBT e não LGBT e mostram a necessidade de uma melhor compreensão sobre aspectos restritivos para prestação de cuidados de saúde mais adequados.

Em Portugal, as discussões acerca da saúde LGBT iniciam-se na década de 90. Manifestações esparsas de grupos de homossexuais na década de 70 dão início ao que anos mais tarde se tornará o movimento LGBT e especialmente após 1974, ano da “Revolução dos Cravos” que depôs a ditadura no país, as discussões e as manifestações acerca das questões de gênero se intensificam. Na década de 90, com o movimento LGBT institucionalizado, o Estado passa a demonstrar preocupações com esta população, no entanto, esta movimentação também encontrava-se atrelada ao combate de HIV/AIDS que surgia em Portugal (COLLING, 2014).

Em países como o Reino Unido, Mccann, Brown (2018), discutem a importância do desenvolvimento da inclusão das questões LGBT nos programas de graduação e de formação profissional. Para os autores, a importância da inserção dessa discussão nos currículos dos profissionais de saúde permite que os alunos desvinculam-se de estereótipos e crenças negativas acerca da população LGBT e possam desenvolver confiança e habilidade no cuidado a essas pessoas, do mesmo modo, o estudo aponta a importância da formação de profissionais com tais competências, para agora e para o futuro.

As experiências das políticas de saúde LGBT, nos governos locais do Reino Unido, são balizadas na garantia de qualidade dos Serviços de Cuidados Primários em Saúde. Uma

das experiências mais exitosas, foi o estabelecimento do *Pride in Practice*, trata-se de um programa que tem vistas ao fortalecimento do cuidado primário em saúde melhorando a qualidade do atendimento e fortalecendo laços de confiança entre diversos profissionais como “*General practitioners*” (GP), odontólogos, farmacêuticos e a comunidade LGBT, evidenciando seu compromisso e conformidade com as Diretrizes de Boas Práticas do Conselho Médico Geral e com a Lei da Igualdade de 2010 (LGBT FOUNDATION, 2019).

Através do programa, os diversos profissionais de saúde da atenção primária fortalecem os vínculos de confiança entre usuário e serviço/profissional. O *Pride in Practice* também demonstra o compromisso e dedicação da sua prática dos profissionais para garantir um serviço totalmente inclusivo centrado no paciente. O governo incentiva os profissionais que trabalham no programa, por meio de um prêmio que é obtido a partir de um processo de autoavaliação curto, que destaca os pontos fortes do serviço e as áreas em que a Fundação LGBT pode oferecer suporte para desenvolver (LGBT FOUNDATION, 2019).

Em um levantamento bibliográfico realizado por Sullivan e Cheryl (2016), os autores identificaram que mesmo com a sinalização pela OMS da necessidade de redução nas disparidades de acesso à saúde pela população LGBT, muitos indivíduos tem desigualdades no acesso aos serviços e cuidados de saúde ou vivenciam situação de negação de atendimento ou assédio e perseguição ao procurar atendimento, apenas pela orientação sexual e/ou identidade de gênero.

O acesso aos cuidados de saúde deve, também, ser conceituado. Levesque e coautores (2013) desenvolveram uma revisão sistemática acerca do acesso aos cuidados de saúde, em que identificam cinco aspectos da acessibilidade: acessibilidade, aceitabilidade, disponibilidade e adequação. Para cada caso que busca atendimento, por exemplo, o indivíduo deve saber que o serviço existe, deve se envolver em fatores sociais e culturais que moldam o serviço e sua estrutura, deve ser capaz para alcançar o serviço fisicamente em tempo hábil, deve ser capaz de pagar o serviço e deve acreditar que o serviço atende à necessidade. Além disso, as características do sistema de prestação de cuidados de saúde, as características da população em questão, a política de saúde atual, o tipo e a qualidade dos cuidados de interesse e as percepções do paciente também influenciam as questões de acesso (Aday e Andersen, 1974)

Nessa perspectiva, é importante ressaltar que, comentários inadequados feitos por Estados Membro da OMS que negam as disparidades na saúde LGBT reforçam a ignorância e práticas discriminatórias e trazem consequências reais para a saúde de indivíduos LGBT em

todo o mundo. É inegável que os diversos desafios enfrentados por indivíduos LGBT para acessar serviços de saúde são uma preocupação global. Desta forma, o corpo administrativo da OMS é responsável por garantir a igualdade de acesso aos serviços de saúde por todos os grupos de pessoas, sem distinção.

O resgate do debate acerca das políticas sociais e de saúde para a população em sistemas universais de saúde se torna imprescindível para ampliar o olhar e abranger a noção de equidade em saúde, e refletir sobre questões, como: “equidade de quê?”, “equidade para quem?”. Ressalta-se também que ao retomar o debate sobre as políticas e programas nestes países com sistemas universais, os mesmos aproximam-se dos pressupostos organizacionais do sistema de saúde Brasileiro, apesar de alguns aspectos centrais de ações ou programas, não terem sido considerados na perspectiva nacional.

3.4. REFERENCIAL TEÓRICO BOURDIESIANO

A partir da definição de política de saúde como “a ação ou omissão do Estado enquanto resposta social diante dos problemas de saúde (danos e riscos) e seus determinantes bem como a intervenção sobre a produção, distribuição e regulação de bens serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade” (Paim, 2002), analisar a gênese de uma política de saúde, é buscar compreender o contexto político, cultural e social que determinou a necessidade de intervenção do Estado para a implementação de medidas específicas de controle de um determinado problema de saúde, ou seja, quais foram as condições que possibilitaram o reconhecimento de um determinado agravo à saúde como um problema social que exigia uma resposta governamental específica.

O estudo da gênese e consolidação da PNSI-LGBT no Brasil e de ações na Bahia apoiou-se no referencial teórico de Bourdieu, e pode fornecer elementos para a resposta a algumas dessas indagações, a partir da análise das condições históricas que possibilitaram para a formulação da PNSI-LGBT no país e de algumas ações derivadas desse movimento nacional, no Estado da Bahia.

Buscando superar a “amnésia da gênese” (BOURDIEU, 2014; LENOIR, 1998), o presente estudo foi desenvolvido a partir da teoria do social de Pierre Bourdieu (BOURDIEU, 1984; 2011; 2013b), de forma a melhor compreender as condições históricas de possibilidade para estudo das trajetórias dos principais agentes envolvidos no processo de formulação de políticas públicas. Neste sentido, o autor propõe a perspectiva teórica da análise sócio histórica ou sociogênese das políticas públicas por meio da reconstrução da história do movimento associativo que antecede a formalização do documento (PINELL, 2011).

A análise do processo político de uma política compõe-se da caracterização de indivíduos ou grupos sociais que têm interesse e capacidade de agir criando fatos que interferem no processo decisório da formulação e implementação de uma dada política, da análise dos determinantes contextuais que determinam e/ou condicionam tais processos nos espaços geral, particular e singular da ocorrência do problema objeto da política. Ademais, os propósitos, os métodos e a estrutura de relações entre os atores de uma dada organização/instituição responsável pela formulação de uma dada política apresentam relações mútuas de determinação e condicionamento sobre determinadas pelo Estado, pela história e pela teoria (PINELL, 2011; BOURDIEU, 2014).

Para o autor como Bourdieu (2002), uma sociedade diferenciada não forma uma totalidade única, integrada por funções sistemáticas, uma cultura comum, conflitos entrecruzados ou uma autoridade global, mas consiste em um conjunto de espaços e jogos relativamente autônomos, que não podem ser remetidos a uma lógica social única, pois a realidade histórica tanto do indivíduo quanto da sociedade reside nas relações entre ambos. Para lidar com essas relações, Bourdieu construiu alguns conceitos-chaves, tais como campo, *habitus*, capital.

Nos diferentes campos, existe uma correspondência entre as divisões objetivas do mundo social, notadamente entre os dominantes e os dominados, que se organizam mediante as relações entre os diferentes agentes que o integram, que pode gerar uma situação que os distancia ou os aproxima. Os campos se caracterizam por espaços sociais, mais ou menos restritos, onde as ações individuais e coletivas ocorrem dentro de uma normatização, criada e transformada constantemente por essas próprias ações. Bourdieu (2002) vê espaços sociais nos diferentes campos de lutas, onde os agentes (indivíduos e grupos) elaboram estratégias que permitem manter ou melhorar sua posição social. Segundo o autor, o “espaço social” é invisível e definido pelas práticas e representações dos indivíduos. Para Bourdieu (2018) o espaço social é o conjunto de todas as posições disponíveis para ocupação em qualquer momento ou local dado. Essas posições por sua vez são definidas em relação às outras e são geradas pelas formas e quantidade de capital tanto econômico como simbólico que são reconhecidas pela sociedade, quanto pelos valores atribuídos a cada volume de capital assumido por cada agente (BOURDIEU, 2018).

A estes indivíduos, Bourdieu denominou “agente”, sendo o ser que age e luta dentro do campo de interesses (Bourdieu, 1994). Isto significa que as práticas obedecem à lógica dos espaços sociais, e nesses interagem os agentes detentores de diversas espécies de capital, simbólico, social, cultural, político e econômico (Bourdieu 2002; 2011; 2012), que derivam outros, a saber, militante e burocrático.

No tocante aos tipos de capitais, Bourdieu define diversos tipos de capitais: cultural, político, social, simbólico, econômico, burocrático e militante. Para este estudo, levando em conta o objeto em análise e os agentes constituintes do espaço social onde se deu a origem da PNSI-LGBT, na análise da trajetória considerou-se os capitais: político, social, militante, científico, cultural e burocrático.

Para Bourdieu (BOURDIEU, 1984; 2013b; CHAMPAGNE; CHRISTINI, 2012; PINTO, 1998), o capital é uma energia social acumulada, um elemento que permite ao seu portador jogar, disputar, lutar em um dado espaço social. A obtenção de determinado capital pressupõe investimento e disposição pessoal do agente para obtê-lo (SOUZA, 2013). É a partir do acúmulo de diferentes capitais que os agentes se posicionam em determinado espaço social.

O capital simbólico é uma propriedade qualquer percebida pelos agentes sociais e cujas categorias esses possam entender e reconhecer atribuindo um valor. Só existe mediante o reconhecimento que o outro dá a ele, pelo valor social que ele tem. É um capital específico ganho por quem faz parte de um determinado espaço social e pode ser convertido em outras espécies de capital simbólico, social, capital cultural, capital intelectual, burocrático, político, militante (BOURDIEU, 2012).

O capital social está associado a dois elementos, as redes de relações sociais, que permitem aos indivíduos terem acesso aos recursos dos membros do grupo ou à rede (agregação de recursos atuais ou potenciais que tem ligação estreita com uma rede durável de relações institucionalizadas de reconhecimento e de inter reconhecimento); e a quantidade e a qualidade de recursos do grupo (o volume de capital social de um agente individual depende tanto da extensão da rede de relações que ele pode efetivamente mobilizar como do volume das diferentes formas de capital). O capital social não é jamais completamente independente do fato das trocas instituírem o interconhecimento e supõem o reconhecimento de uma homogeneidade objetiva que exerce um papel multiplicador sobre o capital que possui o próprio agente. O capital cultural está vinculado à obtenção de conhecimentos, à qualificação intelectual produzida e transmitida pela família e pelas instituições escolares. (BOURDIEU, 2013a; BOURDIEU, 1980; 2011a; 2011b).

Já o capital político está relacionado à capacidade de mobilização de um ator. É uma espécie de capital social e simbólico, obtido a título pessoal, resultado de um capital pessoal de notoriedade e popularidade (ser conhecido e reconhecido), ou por delegação de uma organização detentora desse tipo de capital, como partidos ou sindicatos (BOURDIEU, 2012). A objetivação do capital político é realizada a partir do acesso a posições na política tradicional, ou seja, em postos no seio de um partido e nos organismos de poder e em toda a

rede de empresas em simbiose com esses organismos, bem como na participação em cargos eletivos (BOURDIEU, 1988; 2001; 2013a; MATONTI; POUPEAU, 2004; BARROS, 2013).

A esse capital político, cabe relacionar a análise do capital militante, como um “conjunto de saberes e práticas mobilizadas durante as ações coletivas, sendo incorporado sob a forma de técnicas, de disposições de agir, intervir ou simplesmente obedecer” (BARROS, 2013; MATONTI e POUPEAU, 2004), e sob a égide da reconversão, manutenção ou transformação da posição do indivíduo na estrutura social (MATONTI e POUPEAU, 2004). O capital militante é um capital de reconhecimento e corresponde a um conjunto de saberes e práticas mobilizadas durante as ações coletivas, as lutas inter ou intra partidárias. É incorporado sob a forma de técnicas, de disposições de agir, intervir ou simplesmente obedecer. Este capital é passível de ser convertido em outros universos, podendo facilitar certas reconversões capazes de manter ou transformar a posição de um indivíduo ou de um grupo na estrutura social (MATONTI; POUPEAU, 2004; BARROS, 2013; SOUZA, 2013; ALMEIDA, 2016).

O capital científico decorre das competências práticas de fazer ciência e permite saber ter e ser uma autoridade científica legítima. Há expressiva propensão do capital cultural a funcionar como capital simbólico, tendo em vista ser considerado um dom natural. Agentes que possuem elevado capital cultural como inteligência, eloquência ou ciência são naturalmente percebidos como autoridades legítimas. Assim, dirigentes que detêm alguma autoridade relacionada à ciência ou à cultura são geralmente reconhecidos como dignos do exercício do poder em nome de competências legitimadas como naturais, como virtude ou como mérito (BOURDIEU, 2013a; 2014; ALMEIDA, 2016).

Nessa perspectiva, deve-se interrogar: Que modelo de Estado é necessário para garantir a universalidade com equidade na saúde? E que conceito de equidade está sendo abordado? Nos últimos anos, alguns debates teóricos trouxeram reflexão crítica sobre os diversos e diferentes conceitos. (SOUTO et al, 2016, P.50).

Outras formas de interesse podem estar envolvidas, constituindo lucro simbólico, sendo necessário identificar a influência, por exemplo, do “capital burocrático” considerado um capital delegado pelo Estado é constituído por representantes do Estado, com poder sobre os outros tipos de capital e sobre seus detentores e outros espaços (BOURDIEU 2011,2012;

Barros, 2013). O Capital Burocrático relaciona-se com aquele que é delegado pelo Estado, que permite ao agente representá-lo, falar em seu nome e deter o poder sobre os outros tipos de capital (BOURDIEU, 2013b; 2014; ALMEIDA, 2016). Uma espécie de metacapital.

Assim como é imprescindível compreender o papel e a influência do Estado na determinação e na entrada da proposta na agenda governamental. Bourdieu em *Sutl'Étar: Coursau Collège de France* (1989-1992) compreende o Estado como um lugar de Poder sobre os outros poderes, ou seja, a acumulação de diferentes tipos de capitais pelo Estado gera o que ele chama de “metacapital”,

As diferentes espécies de capital - cuja posse define o pertencimento à classe e cuja distribuição determina a posição nas relações de força constitutivas do campo do poder e, por conseguinte, das estratégias suscetíveis de serem adotadas nessas lutas - são, ao mesmo tempo, instrumentos de poder e pretextos de luta pelo poder. O conjunto desses capitais seria compreendido a partir de um sistema de disposições de cultura (nas suas dimensões material, simbólica e cultural, entre outras), denominado por ele *habitus*.

O *habitus* para Bourdieu (2011) representa as características intrínsecas e relacionais de uma posição em um estilo de vida (escolhas de pessoas, bens e práticas), gerando práticas distintas e distintivas. Implica dizer que a maior parte das ações humanas tem por base algo diferente da intenção, isto é, disposições adquiridas que fazem com que a ação possa e deva ser interpretada como orientada em direção a tal ou qual fim, sem que possa, entretanto, dizer que ela tenha por princípio a busca consciente desse objetivo.

O entendimento das relações de forças entre as posições sociais por meio das estratégias dos agentes e das instituições envolvidos nas lutas, definirá a “posição de oposição” fundamentando a “tomada de posição” (BOURDIEU, 2002 p.69; BOURDIEU, 2011; BOURDIEU, 2012 p.28). A tomada de posição do indivíduo em um espaço social depende da posição que ele ocupa nesse espaço, isto é, depende da distribuição de capital simbólico e do espaço de possibilidades herdado de lutas anteriores. Ou seja, o indivíduo constrói seu próprio projeto em função da percepção das possibilidades disponíveis, inscritas em seu *habitus* por certa trajetória e os interesses associados à sua posição no jogo (BOURDIEU, 2011 p.64).

Por isso, o entendimento da trajetória de um agente, perpassa pela descrição de uma série de posições sucessivamente ocupadas por um indivíduo em estados sucessivos em um campo ou espaço social, conforme as disposições de sua origem social, que o orienta a certas possibilidades (BOURDIEU, 2011 p. 71). É o movimento de um agente dentro de um campo de possíveis definido estruturalmente, mesmo que as estratégias e os movimentos individuais (estratégias individuais também poderiam garantir o deslocamento de pessoas no espaço social) sejam ao acaso.

Portanto, se faz necessária a compreensão de elementos teóricos que permitam a identificação do espaço social, dos agentes e dos diferentes tipos de capitais que podem ter influenciado a gênese da política em questão. De acordo com Pinel (2011), baseado na teoria de Bourdieu, o entendimento da formulação das políticas de saúde se dá em um espaço social de disputas em que agentes dotados de diferentes capitais elucidam questões que estão em jogo as quais levam ao debate e produção social da saúde e conseqüentemente, como resposta, ao desenvolvimento de políticas.

Neste sentido, a construção de determinadas políticas públicas é alvo de maior ou menor disputa dos agentes para com o Estado, uma vez que o Estado maior detentor do metacapital “permite” que determinada política seja discutida e formulada com maior ou menor grau de conflito.

Por fim, destaca-se que o uso dos capitais enquanto categoria analítica será fundamental para a análise da trajetória dos agentes e, por conseqüente, das posições ocupadas por estes no processo de tomada de decisão quanto à formulação da política que instituiu a PNSI-LGBT. Estes elementos teóricos são imprescindíveis para a análise dos espaços sociais de atuação, estrutura e dinâmica das relações. O que implica a interpretação (identificação, explicação e compreensão) do espaço social, relacionando-o às práticas e possibilitando discutir os pronunciamentos implícitos e as proposições do processo de formulação de uma política.

4. RESULTADOS

A fim de sistematizar os resultados encontrados foi necessário a construção de três artigos e um capítulo de livro, a saber:

Artigo 01 intitulado “**Health policies and organization of services for the LGBT population: literature review**”, discute as políticas de saúde para a população LGBT no contexto internacional de países que possuem sistemas de saúde universal e também no contexto dos Estados Unidos da América.

Artigo 02 intitulado “**Formación profesional y el currículo em salud con un enfoque en la diversidad sexual y de genero: una revisión de literatura**”, discute como as políticas de saúde para população LGBT estão inseridas no currículo do ensino superior de cursos da área da saúde.

Artigo 3 subentido como capítulo de livro (prelo EDUFBA) intitulado “**Os movimentos sociais e a gênese de uma política de saúde para a população LGBT no Brasil: reflexões à luz da análise sociológica em saúde**”, que traz como se configurou a gênese da política de saúde integral para população LGBT no Brasil.

Artigo 04 intitulado “**Os movimentos sociais e a gênese da política de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (PNSI-LGBT) no estado da Bahia (1979-2014)**”, que traz a sociogênese da política de saúde LGBT na Bahia.

ARTIGO 1
HEALTH POLICIES AND ORGANIZATION OF SERVICES FOR THE LGBT
POPULATION: LITERATURE REVIEW⁵

ABSTRACT

This is a literature review that aimed to analyze the scope of public health policies for the LGBT population in different countries on the European continent, North America and Oceania in order to identify the differences and similarities in content and organization of assistance services and programs. 24 articles were selected to compose the *corpus* of this review. The results demonstrated the existence of different scopes of health policies for LGBT in the USA, Canada, Australia and the United Kingdom and a heterogeneous result with regard to the scope or objective of the implementation of actions, with emphasis on directions related to LGBT aging, smoking cessation, control of alcohol and other drugs use, as well as cancer and HIV care policies. With less emphasis, there were studies that proposed to identify the organization and implementation of services directed to health of the LGBT population at different levels of complexity of health care. Thus, greater integration between studies is required, with evaluations going beyond structural aspects and greater emphasis on the qualification of care provided to the LGBT population.

Keywords: Sexual and Gender Minorities, Health Policy, Review, Health care system, Credentialing

INTRODUCTION

Access to adequate health care is a fundamental right for all human beings¹. In the meantime, the LGBT population is included, which has been fighting to achieve social rights for decades, despite being recognized and established in the international human rights regime, based on the Universal Declaration of Human Rights and subsequently, agreed in international treaties^{2,3}.

The scenario of conquering basic rights and protecting citizens, including health, was leveraged through the articulation of transnational social and political movements, with greater emphasis from the 1970s and 1980s, which sought to increase these rights, both as an individual practice, as well as social and political practice⁴. At the same time, many groups

⁵ Submetido ao periódico Journal of Homosexuality

and anti-hegemonic movements questioned and sought to deconstruct the rigid binarisms present in traditional gender categories and proposed public policies linked to the health needs of specific populations^{5,6,3}.

However, the first health care initiatives for this public are linked to governmental initiatives to minimize the advent of the HIV epidemic in the 1980s⁷. Bearing in mind that, historically, public health researchers have not recognized LGBT people as a population with distinct health problems, outside of a structure of sexual deviation or Sexually Transmitted Infections (STI)⁸.

The most current determinations have shifted the focus of the guidelines including the recognition that LGBT populations are diverse communities with specific health concerns⁹ based on the expanded concept of health and Social Determinants in Health that considers protection, sexual orientation and gender identity, in addition to issues that pertain to ensuring public security, mental health issues and vulnerabilities related to the group, as priorities in care, in a perspective of comprehensiveness and access to health services integrally¹⁰.

On the other hand, discrimination, stigma and social exclusion have been determining aspects for access to health by LGBT people¹¹. There are also historical and epidemiological factors that reflect, for example, the tendency of associating demands from certain groups within the LGBT population, to stigmatizing and blaming health issues such as relating gay and bisexual men and the theme of HIV^{12,13,14}.

It should be noted that this scenario leads to an incipient implementation of the planned policies, which has been identified as one of the factors responsible for the removal of the LGBT population from health services and the abandonment of treatments, reflecting a high rate of absenteeism^{15,16,17}.

Based on the assumptions discussed above, this study analyzes the scientific production on public health policies for the LGBT population in different countries in North America, Europe and Oceania, in order to identify the differences and similarities about the content, listed actions and the organization of specific services or that include this population.

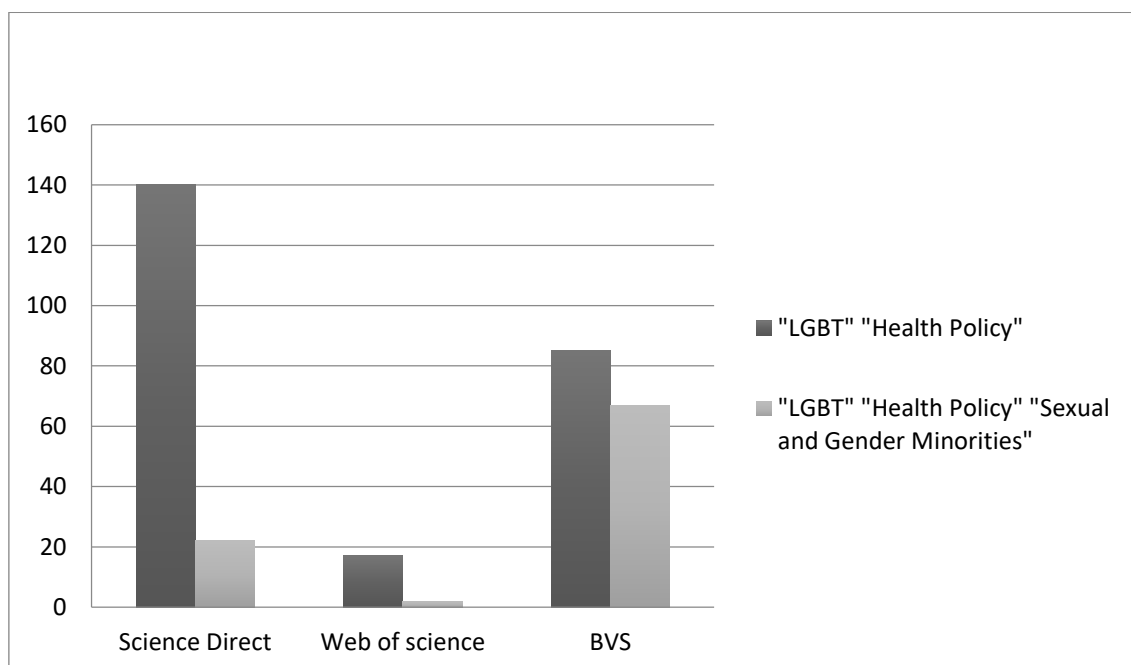
The relevance of this study lies in the possibility of contributing to the updating of knowledge, with information that can be implemented in the practice of health care for the LGBT population, as this will give visibility to advances and vulnerabilities or to health needs in different societal conjunctures and to analyze the pertinence and adequacy of the models derived from the policies and services for the LGBT population.

METHODOLOGY

This is a systematic review of the literature on public health policies for the LGBT population. This study is part of a bigger project: Implementation of the National Comprehensive Health Policy for Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transsexuals (PNSI-LGBT) in the state of Bahia" - Process: 404011/2018-7.

Independent reviewers performed the search for papers in the Web of Science, Science Direct and VHL databases, using the following keyword combinations: "health policy", "LGBT", "Sexual and Gender Minorities". In graph 01, descriptors that were more effective in searching for articles on the topic can be observed.

Graph 1. Effectiveness of descriptors in searching for articles in the databases.



In addition, the lists of bibliographic references of the relevant studies were examined in order to identify those potentially eligible.

The publications were managed in the Mendeley application (<https://www.mendeley.com/>) to remove duplicates. Data collection took place between April and December 2019.

In this article, it was decided to use LGBT terminology, because based on official documents from the United Nations (UN)¹⁸, this term refers to lesbians, gays, bisexuals, transgenders and intersex people, gathering in term "transgender", transvestites and transsexuals, which aims to align with LGBT movements and transnational actions (UN) and is consistent with the analytical perspective of this study.

Studies addressing public health policies directed to the LGBT population, included in the 10-year timeline (2009-2019) were adopted as inclusion criteria, according to the following

systematization criteria: countries with different models of health systems (Australia, Canada, Spain, USA, France, Portugal and United Kingdom); health policies involving the LGBT population (lesbian, gay, bisexual, transgender and transvestites), its aspects, organization of services and challenges to its implementation and methodology used for research. There was no exclusion, *a priori*, of any methodological approach, and both qualitative and quantitative articles were excluded and there was not even exclusion in the term used to define transgender women (transvestite, transsexual woman, *aravanis*, *hijras*, *metis* etc.) published in English, Portuguese and Spanish. Articles with no analysis and discussion of aspects strictly related to health policies aimed at the LGBT population or service organization were excluded. It should be noted that, although the search included other countries, such as Spain, France and Portugal, no productions on the theme were found.

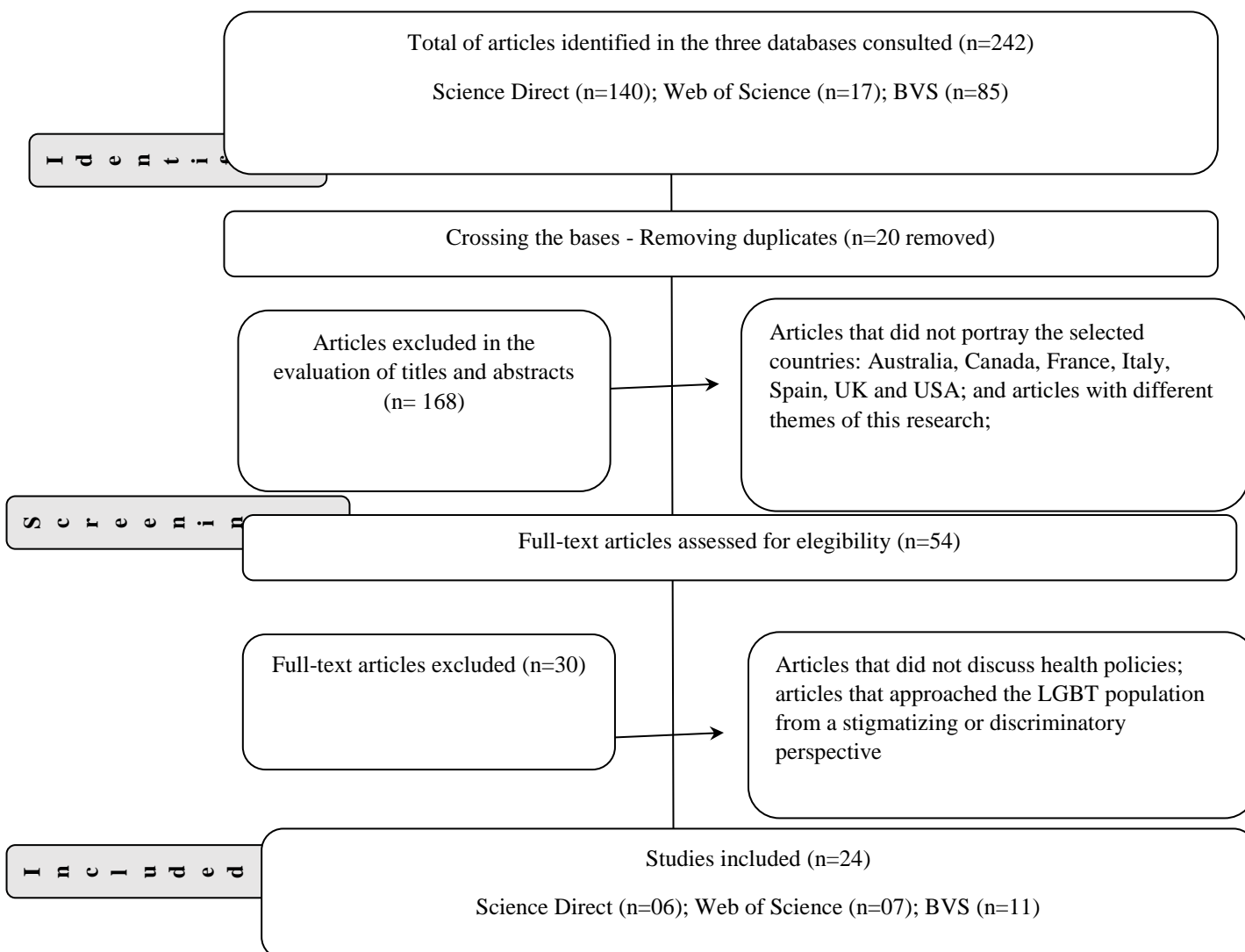
The selection of studies was initiated by reading the titles and abstracts, observing the inclusion criteria. The selected articles were read in full. A spreadsheet of the Excel® containing the following terms: authors, year of publication, country of study, study design/methodology, number of people investigated, objectives, population studied, public health policy for the LGBT population and main results.

The systematization involved the stages of identification, registration, analysis and interpretation of the results of selected studies. This review followed the recommendations of PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyzes*), a guide that describes the specific requirements for studies of systematic reviews and meta-analyzes¹⁹. After the evaluation, the works were selected to integrate the *corpus* of this review. To assess the methodological quality of the selected studies, the instrument proposed by the *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) was used, utilized in the critical analysis of qualitative research. This instrument presents ten questions that lead the evaluator to think systematically about the rigor, credibility and relevance of the study, considering 10 items that can evaluate since objectives, methodological design and methodological procedures that are presented and discussed, the sample, the source and instruments to the data collection; the relationship between researcher and researched; ethical aspects and the results and their contribution to the knowledge^{20,21}.

Qualitative studies were classified into two categories: in the first, papers with high methodological rigor were classified, since they filled at least 9 out of 10 items; in the second category, those with moderate methodological rigor were classified, when at least 5 of the 10 items were met^{20,21}.

Data analysis was guided by the theoretical frameworks of public health policies. The concept disseminated by WHO (2008)²² was used, which discusses how government institutions take positions or procedures to define priorities in response to the population's health demands. The theoretical-conceptual understanding of this construct has expanded the scope of analysis of the articles, including studies involving the policy cycle, which relate the organizational aspects of the policy, such as the barriers to access to health services.

Figure 1. Flowchart for the systematic article selection process.



Of the 24 selected articles, central elements were extracted, according to thematic units: general characterization of the articles, aspects related to health policy and organization of health services for the LGBT population in the USA, Canada, United Kingdom and Australia.

RESULTS

Chart 1. General characterization of the selected articles, according to country, year of production, periodical and methodology.

Authors	Home country	Year	Periodic	Methods
Berger, I., Mooney-Somers J.	Australia	2017	Nicotine & Tobacco Research.	Qualitative
McPhail, R., Fulop, L.	Australia	2016	Australian Health Review.	Quanti/Qualitative
Pineaar, K., et al.	Australia	2018	Elsevier: International Journal of Drug Policy.	Qualitative
Bolderston, A., Ralph, S.	Canada	2016	Radiography, Elsevier.	Qualitative
Colpittes, E. Gahagan, J.	Canada	2016	International Journal for Equity in Health.	Qualitative
Grigorovich, A.	Canada	2016	Scandinavian Journal of Caring Sciences.	Qualitative
Munro, L. <i>et al.</i>	Canada	2017	Journal of the association of nurses in AIDS care	Qualitative
Smith, J.; Thompson, S.; Lee, K.	Canada	2016	SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS	Qualitative
Boehmer, U.	USA	2018	Seminars in Oncology Nursing.	Qualitative
Elk, R et al.	USA	2018	Seminars in Oncology Nursing.	Qualitative
Elwood, W. N., et al.	USA	2017	LGBT Health	Quantitative
Geter, A., <i>et al.</i>	USA	2016	LGBT Health	Qualitative
Glasper et al.	USA	2016	British Journal of Nursing	Qualitative
Gonzales, G.; Ehrenfeld, J. M.	USA	2018	Int. J. Environ. Res. Public Health	Quantitative
Houck, J.	USA	2015	Int. Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences	Qualitative
Jennings, L., et al.	USA	2019	Elsevier: Preventive Medicine Reports.	Quanti/Qualitative
Krinsky, L.; Cahill, S.	USA	2017	LGBT Health	Qualitative
Kurtz, S. P.; Buttram, M. E.	USA	2016	LGBT Health	Qualitative
Matthews, P. A., et al.	USA	2018	TBM practice and public health policies.	Qualitative
McDowell, A.	USA	2019	LGBT Health	Quantitative
Ream, G. L.	USA	2018	Elsevier: Journal of Adolescent Health.	Quantitative
Rice, D.; Schabath, M. D.	USA	2018	Seminars in Oncology Nursing.	Qualitative
Tan, J. Y.; Baig, A. A.; Chin, M. H.	USA	2017	Journal of General Internal Medicine	Qualitative
Shannon, G. et al.	United Kingdom	2019	The Lancet.	Qualitative

A total of 242 articles were identified, of which 20 articles were excluded after crossing the databases. After reading titles and abstracts, 168 articles were excluded, as they did not come from the selected countries. Of the 54 remaining articles, 30 were excluded, since they did not discuss the central theme of this study, or addressed aspects concerning the health of the LGBT population with stigmatizing biases, which blame the population for certain practices. Finally, after reading in full, 24 articles were selected.

General organization of health systems

The health systems in the countries analyzed, except the USA, although they have ideological and structural distinctions, were inspired by the Welfare State, broad social protection systems with which they reorganized societies in more egalitarian arrangements corresponding to the structure and social dynamics of each country^{23,24,25}.

The health system adopted by the USA is based on inverted citizenship models²³, based on residual, liberal or charitable assistance, with peculiarities that keep it away from nations that have incorporated the Welfarian model of social protection, with the prevalence of private insurance²⁶. However, since 1965, there are two residual assistance programs in the country, Medicare and Medicaid “while the former was conceived in the spirit of social insurance under the responsibility of the federal government, the latter was configured according to the typical models of welfare policy, whose access was linked to the presentation of poverty certificate”^{26, p.186}.

Regarding health policies for the LGBT population, specific health needs, health and access to assistance to LGBT communities are shaped by federal laws and state policies on insurance, compensation and benefits and marriage. Individuals not eligible for Medicaid can purchase coverage in insurance markets, with subsidies available to many people with low socioeconomic income, to help offset costs or to add protections against nondiscrimination and to increase coverage for LGBT individuals²⁷. By other insurances, the Affordable Care Act included significant measures to help improve the health and well-being of LGBT Americans, by ensuring equal access to preventive care coverage at no additional cost; encouraging non-discrimination based on pre-existing health conditions; coverage for all families equally and improving the availability of preventive services for women in new health plans and the elderly in Medicare²⁷.

The thematic field of LGBT productions in Australia, the United Kingdom and Canada is little expressive as the results demonstrate and there is a gap in the productions that

investigate such phenomenon. The United Kingdom, for example, despite having a free and universal healthcare system, the National Health Service (NHS) has in its political composition a predominance of center-right parties, in addition to having the Conservative Party in power for nearly two-thirds of the 20th century²⁸.

Although the United Kingdom is consistently recognized as one of the best countries for LGBT rights in Europe, several disparities in LGBT health care still exist such as discrimination against older transgender individuals²⁹. To mitigate this context, programs and policies that integrate not only the health system, but education, social assistance, work and other sectors of society are concerned with reducing or eliminating such inequalities³⁰. Qualification policies of primary care health professionals for LGBT care are highlighted, such as, for example, the “Pride in Practice” that was created after the publication of the Equality Law in 2010 and implemented in all health units in Primary Care, with 100% of trained professionals³¹, which, from 2019, enables NHS England to reconfigure gender identity services for adults with greater clinical capacity, especially for the transgender population and mental health³⁰.

In Australia, health policies for LGBT were expanded between 2003 and 2004, Australia developed a series of policies that recognized health inequalities and the specific health needs of sexual minorities fostered by the “Creating a safe clinical environment for lesbian, gay, bisexual, transgender, and intersex (LGBTI) patients” who provided health care providers with strategies for the LGBT population³². Currently, new policies are being built and existing ones updated, according to the new needs of the population, such as the “National LGBTI Health Alliance”, to propose models of programs and services, with the aim of increasing cultural competence for LGBT care³³.

As for health policies for the Canadian population, they are based on demands from LGBT communities, according to each province³⁴. It should be noted that after the implementation of changes to the Canadian Human Rights Act to provide explicit protections to Canadians based on gender identity and gender expression several policies have been revised to consider impacts on the health of transgender people, non-binary and two-spirit (transgender, non-binary and two-spirit - TNB2), as well as to support more targeted care, improve outcomes for certain populations, and ensure that Canadians are treated with respect and dignity.

There is a diversification of laws and rights concerning the health of the LGBT population in the different countries analyzed that influence the process of organizing actions and services.

Even among member countries of the European Union, legislation on LGBT rights is largely a matter of national competence

Chart 2. Characteristics of public health policies directed at the LGBT population in selected countries, 2009-2019.

(continue)

Author (year)	Country	Method/ Study design	Scope of the study	Objectives	Study sample	Policy aspects	Score CASP
Berger, Mooney-Somers (2017)	Australia	Sistematic Review	Not mencioned	To evaluate the results and to characterize the populations attended, cultural modifications and behavior change (CBT) techniques of interventions to reduce LGBTI smoking.	LGBT	LGBTI population is a priority in Australia's health policies, particularly in mental health; there are smoking cessation programs with specific interventions in women with pregnancy-related complications; interventions in men are focused on long-term health; financial support from local and national government is essential to reduce high rates of smoking among LGBT people;	08
Boehmer (2018)	USA	Qualitative	Published data on cancer treatment and studies of LGBT individuals.	To describe barriers of lesbian, gay, bisexual and transgender individuals to access and recieve quality cancer care.	LGBT	Affordable Care Act (ACA) brought advances in recognizing the LGBT population and their cancer care needs; American Society of Clinical Oncology: tries to provide equal care.	04
Bolderston, Ralph (2016)	Canada	Literature review	Studies available at Pubmed, Academic Search Complete, CINAHL Plus, Proquest Nursing.	To explore discrimination against LGBT people and examine LGBT health and social issues.	LGBT	Guarantees of access to civil marriage; anti-discrimination policies; anti-discrimination legislation in radiology: Suggestions to improve the care of LGBT patients: changes in the environment, forms of organizational health admission and awareness training.	06
Colpittes, Gahagan (2016)	Canada	Literature review	LGBT individuals	To explore the utility of resilience as a conceptual framework for understanding and measuring LGBTQ health	LGBTQ	Measuring LGBTQ health determinants and well-being is critical to the development of culturally competent health care services, systems and policies for LGBT populations;	10
Elk et al. (2018)	USA	Literature review	Peer review studies avaiaible on: Google Scholar, PubMed, MEDLINE, and Web of Science	To identify patterns of access and use or provision of palliative care services in medically disadvantaged and vulnerable groups diagnosed with cancer .	LGBT	Need to transform inclusive palliative care settings for the LGBTQ population (reduce cancer health disparities between sexual and gender minority populations).	08
Elwood et al. (2017)	USA	Quantitative	Data collected by CHIS from 2009 to 2013	To compare health-related results among gay, lesbian and heterosexual men who reported being in a legally recognized partnership.	Gay/Lesbian and homosexual	It only discusses legal marriage as a way to promote LGBT health since heterosexuals in legally recognized partnerships report better health, the coverage of health insurance and use of medical services compared to its counterparties that are not in such partnerships.	10

Chart 2. Characteristics of public health policies directed at the LGBT population in selected countries, 2009-2019.

(continue)

Author (year)	Country	Method/ Study design	Scope of the study	Objectives	Study sample	Policy aspects	Score CASP
Geter <i>et al.</i> (2016)	USA	Qualitative/ Interview with focus groups	09 focus groups with a total of 54 black men who have sex with men in the 18 to 29 years age group.	Explore how cultural norms on anti-homosexual attitudes can interfere with safe sexual practices and relationship norms of young black MSM	Men who have sex with men (MSM)	Three major themes were discussed: resiliency and condom use; inconsistent condom use among closeted young Black MSM; and intimate partner violence (IPV) among closeted young Black MSM. Black MSM in Mississippi continue to be highly stigmatized within their social networks (i.e., families, sexual partners, and community). The cultural and community norms regarding antihomosexual attitudes may be a barrier to the practices of safe sex and a contributing factor to IPV among young Black MSM. There is a need for tailored interventions that address these cultural norms and establish social and community support for young Black MSM in Mississippi.	10
Glasper et al. (2016)	USA	Discussion paper	Not mentioned	To discuss the Policy published by the Royal College of Nursing (RCN).	LGBT	The policy published in 2016 by RCN, entitled: Caring for lesbians, gays, bisexuals or trans or patient clients: Guide for nurses and health care support workers; Equality Act 2010 specifically prohibits any overt or covert discrimination against individuals and groups because of their sexual orientation or gender identity.	06
Gonzales and Ehrenfeld (2018)	USA	Quantitative/ cross-sectional	Data collected from the Behavioral Factor Surveillance System 2014-2016 (BRFSS)	To examine how self-assessed health disparities vary across the United States and whether self-assessed health disparities are modified by comprehensive legal protections for sexual minorities	LGB	Living in a state with public attitudes and laws that support legal protections for sexual minorities was associated with better self-rated health among lesbian and gay participants. Policy makers should consider the benefits of legal protections for the health of sexual minorities when discussing new proposals and legislation	10
Grigorovich (2016)	Canada	Qualitative/Case study.	46 women who identified as lesbian or bisexual until the age of 55 living in Ontario.	Investigating how older lesbian and bisexual women who use the auxiliary care service understand the meaning of "Quality of care".	Lesbians and bisexual women	It does not discuss aspects of aging policy with great emphasis, however, it does bring that the increased awareness of homecare professionals is fundamental to enable the quality of care for lesbian and bisexual women.	08

Chart 2. Characteristics of public health policies directed at the LGBT population in selected countries, 2009-2019.

(continue)

Author (year)	Country	Method/ Study design	Scope of the study	Objectives	Study sample	Policy aspects	Score CASP
Houck (2015)	USA	Essay	Not mencioned	Rescue the history of lesbian health in its various forms: as an area of unmet need, an institutional specialty, a research subject, and a social movement.	Lesbian women	Discusses the expansion of health services for lesbian women through activism, such as the gay liberation movement in the mid-1960s and movement to grant health services to women (feminist movement), that led to the foundation of lesbian health clinics as well the managed to improve the state's attention to lesbian health in 1994.	05
Jennings et al. (2019)	USA	Quantitative/Qualitative	Data from the Wisconsin Health Survey (SHOW) from 2014 to 2016 (n=1957).	To describe LGB and transgender demographics, socioeconomic status, and occupation, and compare these measurements between LGB with non-GBG adults and transgender to non-GBG/cisgender adults in Wisconsin.	LGBT and non LGBT individuals	Discusses the gains in the OBAMA administration: anti-discrimination regulations; conducting more research that focuses on how healthcare is provided to LGBT populations in the healthcare system and provider levels; better understanding barriers to receiving necessary and appropriate healthcare; assess the patient's experience so that this data can be used to design healthcare systems and provider training programs that are focused on improving health services and health outcomes for LGBT populations.	10
Krinsky and Cahill (2017)	USA	Essay	Not mencioned	Assessing gains over LGBT ageing policies	LGBT elders	Aging policy with project and advancement in LGBT equality; legal equality for LGBT elders; Guarantee of access to civil marriage for homosexual couples (2004); creation of the LGBT Aging project (2013); creation of the Commission in the House and Senate on LGBT Aging Project; the Massachusetts legislature passed the anti-discrimination law concerning transgender people that guaranteed the right to public accommodation consistent with the gender identity of a individual, including for older adult transsexuals.	08
Kurtz, Buttram (2016).	USA	Qualitative/ focus groups	31 men who have sex with men aged 18 to 35	Report qualitative research findings on the informal sale of Prep	Men who have sex with men (MSM)	Problematic: Illegal sale of PREP on the streets of South Florida; use of PREP without guidance and prescription by men who have sex with men; need guidance on what Prep is and the therapeutic regimens; awareness of vulnerable groups for the use of Prep with medical guidance and prescription; implementation of guidance programs on Prep for groups more vulnerable to HIV; creation of national information campaigns on Prep by national health agents; standardization of health insurance coverage and reduction of the costs of obtaining PREP for vulnerable groups.	10

Chart 2. Characteristics of public health policies directed at the LGBT population in selected countries, 2009-2019.

(continue)

Author (year)	Country	Method/ Study design	Scope of the study	Objectives	Study sample	Policy aspects	Score CASP
Matthews et al. (2018)	USA	Discussion paper	Tobacco industry publications and campaigns, economic data.	Assess disproportionate marketing to lesbian gay, bisexual and transgender communities by the tobacco industry, especially for tobacco and menthol products.	LGBT	Monitoring tobacco industry advertisements; LGBT are at high risk for health disparities, are more likely to be exposed to involuntary smoking than their heterosexual counterparts. Few studies correlate smoking. High rates of discrimination in health services among LGBT people. The tobacco industry offers disproportionate marketing to LGBT communities.	06
McPhail, Fulop (2016)	Australia	Quantitative/ Qualitative/ Longitudinal/ Exploratory	150 participants of the Aged Care Champion (trained health workers) were invited, but only 62 completed the online questionnaire.	Explore opportunities, barriers and challenges perceived by trained employees on the implementation of the LGBT Care Strategy	LGBT elders	The Australian Government launched in 2012 the LGBTI health and ageing department (ensuring inclusive and supportive healthcare for all Australians); the Commonwealth has suggested that the experience of caring for the elderly can be improved through such things as staff training, cultural awareness and updating policies and procedures so that they create an inclusive environment for all the elderly;	09
McDowell (2019)	USA	Quantitative	IBM MarketScan Commercial Database 2009-2015.	Characterize the health status of privately insured minority gender individuals	LGBT	Existence of recent federal and state policies that include hormonal therapy and various surgical procedures. Since 2012, 20 states and Washington DC have enacted policies prohibiting categorical exclusion of services to sexual minorities in private health insurance (several insurers receive government funding)	08
Munro <i>et al.</i> (2017)	Canada	Qualitative/Interview	14 transsexual women participating in Trans-PULSE	Contribute to the theoretical development of the means of social exclusion, transphobia, unemployment combined produce unique health needs for trans people living with HIV .	Transsexual women	HIV Case Management; HIV Treatment Adherence Management; HIV Prevention Counseling; Mental Health Services; Meal Services; Domestic Violence Services; Creating a Welcoming Environment for LGBT Patients: (a) avoid using names of programs that appear welcoming for only one gender. (b) establishing gender-neutral toilets, and (c) altering forms of admission and electronic records to collect information on pronouns and gender identity.	10
Pineaar et al. (2018)	Australia	Qualitative/ Essay	Analysis of post-structuralist policies to analyze alcohol and other drug use (AOD) between sexual and gender minorities	Analyze how "substance use among sexual and gender minorities" is produced in the policies of three Australian LGBTIQ health organizations	LGBTQI	Formation of advice to address specific health policies, such as the fight and prevention of AIDS; The use of crystal methamphetamine - and increased risk of HIV transmission; Little academic attention has been given to the way these organizations problematize and seek to solve the phenomenon of LGBTIQ substance use within their policies and programs; Rates of alcohol and drug use are higher among LGBTIQ populations than general; There are currently no published studies using diagnostic criteria (for mental health problems or drug use); Alcohol and drug use is related to social exclusion, stigma and discrimination.	09

Chart 2. Characteristics of public health policies directed at the LGBT population in selected countries, 2009-2019.

(continue)

Author (year)	Country	Method/ Study design	Scope of the study	Objectives	Study sample	Policy aspects	Score CASP
Ream (2018)	USA	Quantitative	National System Data Reports (NVDRS) for all 12 to 29 year olds who died by suicide in NVDRS participating states	To Explore variability in circumstances around suicide deaths among young adults by gender/sexual identity category	LGBT	Suggestion: online intervention via internet; Clinical attention (received before death); Homophobia and transphobia creates a hostile social environment, which causes stress and increases the risk of various mental health problems; LGBT people are more likely to develop mental illness. Young bisexuals and young adults are at risk of marginalization within sexual minority communities and are often found at higher risk of suicide.	10
Rice and Schabath (2018)	USA	Literature review	Not mencioned	Synthesize the state of knowledge and propose future directions for the practice of cancer, education, research and advocacy lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT).	LGBT	The American College of Physicians offers position statements and recommendations favorable to the LGBT population (advocating practical health policies supported by empirical research, and working to eliminate laws that discriminate against the LGBT community and their families).	08
Smith; Thompson; Lee (2016)	Canada	Qualitative/ Document analysis	Analysis of documents on the tobacco industry and healthcare organizations for people living with AIDS	To analyze the history of the tobacco industry and its influence on AIDS	Lesbian, gay, bisexual, transgender, queer and intersex	The strength of the tobacco industry in trying to subvert health policies that control smoking through donations to charitable causes, including for Non-governmental Organizations to care for people with AIDS; Use of AIDS to combat tobacco measures and control; Refusal by organizations of aid from tobacco companies to adhere to broader health goals; Cooperation and convergence of policies between health sectors aiming at health care without commercial interests.	08
Shannon et al. (2019)	United Kingdom	Literature review	MEDLINE, Embase, Google Scholar, Greenfile, e Scopus.	Provide evidence that gender equality in science, medicine and global health is important for health-related outcomes.	Sexual and gender minorities	Contemporary social movements have helped shape the global gender and health landscape; Gender equality is recognized as one of the most important determinants of health and economic development; In many countries, women do not have access to resources: including productive land, finance, technology and education needed to support and engage in science. The quantity and quality of gender data is improving over time.	09
Tan; Baig; Chin (2017)	USA	Discussion paper	Not mencioned	Discuss important political issues affecting the health of patients belonging to gender and gender minorities of color.	Sexual and gender minorities of color	Federal Law 1557: Civil Rights Act prohibits discrimination based on sex, which the Department of Health and Human Services (HHS) interpreted as including discrimination based on gender identity. Patient care: Advocacy to improve the health of SGM patients (movement of clinicians to defend their individual patients).	10

Central aspects of public health policies for the LGBT population

The central aspects of the policies were mentioned in publications from 2016 to 2019. Public health policies were mentioned in 13 of the 24 articles included, at the heart of policies that emphasized gender equality, cancer care, care for people living with HIV, alcohol and other drug policies and LGBT aging policies, with greater emphasis on cancer care policies³⁵⁻⁴¹

The USA concentrated the largest number of publications (n=5) 18%, on the formulation of policies, specifically those promoting nondiscrimination and gender equity, so that they were included in existing policies^{35,40,41,42}.

Among the strategies or actions derived from the policies and cited in the articles, stand out specially, the combat and prevention of suicide, mental problems developed by the set of adverse experiences and to reduce the consumption of drugs, alcohol and tobacco, in order to improve the quality of these people's lives^{37,39,43,44,45}.

The analyzed productions focused on the provision of specific health services such as the care of the population in cases of HIV, LGBT health care in cases of cancer, health care of transgender people during the transition process, mental health care, health promotion focusing on body weight, smoking cessation program and LGBT aging project^{36,39,40,44,46,47}.

But, above all, there were numerous publications that emphasized the need for the inclusion of an adequate reception in health, the overcoming of discrimination in health institutions, the creation of clinics for the care of this population, the importance of activism for the guarantee of basic rights and the use of legal devices (such as the legalization of homoaffective marriage), such as strategies to ensure comprehensive health care for lesbians, gays, bisexuals and transsexuals^{41,48}.

In addition to exposing the challenges, the productions focus on aspects of the policy to overcome these problems, such as the promotion of sexual health education for lesbians, gays, bisexuals, transsexuals and transvestites in order to promote empowerment regarding safe sexual practices⁴⁶.

Another specific health demand of the LGBT population observed refers to mental health policies and the reduction of abusive consumption of alcohol, tobacco and other drugs, in addition to aspects related to the high prevalence of suicide and mental problems in view of discrimination (homophobia and transphobia), hostile social environments and physical, sexual and psychological violence suffered during the lives of these people⁴⁴.

Chart 3. Main aspects of public health policies for the LGBT population in selected countries, 2009-2019.

(continue)

Country	Characteristics of the Health System	Public policy	Target population	Aspects Prioritized	Service organization	Challenges for Implementation
Reino Unido	National Health Service (NHS); Universal system free of charge, financed by taxes; Important figure of General Practitioner (GP)	Politics of Gender Equality	Sexual and gender minorities	Gender equality as a social and economic determinant of health	It wasn't addressed by the papers examined	Discriminatory values, norms, beliefs and practices, differential exposures and susceptibilities to disease perpetuate gender inequality in the health system.
Australia	Medicare; Universal System financed by taxes; reimbursement of direct expenses to the patient; figure of the GP;	Smoking cessation policy; alcohol and other drugs and Ageing policy	LGBTQI+ Elder LGBTQI+	The need for advice to deal with specific policies; Staff training, cultural awareness and updating policies provide better service to the public.	Services focused on smoking cessation and mental health policies. The National LGBTI Strategy was created in 2012 to ensure access to health care, including the improvement of health care.	Little attention given to the problem of alcohol and drugs by authorities and academia; no research into samples of Australian people. Many LGBTI elders resort to concealing their sexual identity to gain access to health services without discrimination or trial
Canada	Public system, exclusively financed by the State, presence of family doctors.	HIV Policy	Trans women	HIV Prevention Strategy; management of adherence to HIV treatment; Implementation of mental and nutritional health services for the target audience; Services with a welcoming environment;	HIV case management services are holistic with: Mental Health Services; Meal Services; Domestic Violence Support Services;	Negative interactions with healthcare providers, deficits in professional knowledge; Difficulties in using pronouns and the social name; Difficulties in adherence to treatment; Lack of inclusion of trans people in LGBT programs.
USA	Fragmented Health System; Private insurance model; Residual care MEDICARE MEDCAID	Policy of cancer care	LGBT	The American Society of Clinical Oncology: tries to provide equal care, and to realize the early screening, as a form of prevention.	Difficulty having a health insurance, augmented by the near repeal of the Affordable Care Act, "Obamacare", as a setback in the organization of cancer care services.	Lack of health insurance and high cost; higher cancer incidence in LGBT than heterosexuals; Lack of curricular training; Erasure of LGBT populations and impossibility to quantify individuals receiving cancer treatment; Absence of screening programs; Overcoming the temporary political reaction toward an improvement of health care for LGBT people

Chart 3. Main aspects of public health policies for the LGBT population in selected countries, 2009-2019.

(continue)

Country	Characteristics of the Health System	Public policy	Target population	Aspects Prioritized	Service organization	Challenges for Implementation
USA	Fragmented Health System; Private insurance model; Residual care MEDICARE MEDCAID	Gender equality policy	LGBT	LGBT human rights; Need to end health care disparities in the LGBT population; efforts to halt the spread of HIV.	Understanding the barriers that prevent the organization of health services, as well as the projection of health care systems and health plan training programs that are focused on improving health services and health outcomes for LGBT populations.	Inequalities in access and health care; discrimination and stigma LGBT; Limitations on health insurance; poor quality of services provided due to sexual orientation; lack of vocational training; LGBT disparities in physical and mental health; need for federal and state public health and anti-discrimination policies to address LGBT health disparities; Setbacks caused by the current government (Trump); all populations while LGBT are less likely to access and use health services due to cost.

In general, the articles focused on unveiling specific demands for each audience within the LGBT framework.

With regard to the organization of health services, which translates the political guidelines into operational practices, of the 24 articles, only 11 addressed organizational aspects related to the care of LGBT people regarding the attitudes and cultural competence of providers; the patient-provider relationship; health needs of LGBT individuals; and their experiences with the provision of health services. Among the essential aspects, the following propositions were highlighted: the relationship between doctor and patient, incipience in the care provided in primary services, difficulty in access and poor quality of service, the presence of community cultural norms that interfere in the organization and reception of the LGBT population.

Scientific productions have also highlighted the various organizational barriers of services and the impacts related to access to health services and, consequently, possible delays in health care, for example, in people with cancer^{7,35-42,44,46,49,50,51}.

Organizational barriers were more discussed and observed in specialized care services such as cancer and HIV care services. It is observed in some articles^{39,47} the high vulnerability of the LGBT population to HIV, combined with aspects of social life, contexts of discrimination and violence, and mental health, considered factors that influence in the greater exposure to HIV/STI^{11,12,52}.

There were also discussions about the barriers and inadequacies of the health system adopted by countries, especially in the USA since there is no universal health system. The articles argued that LGBT individuals who need private health insurance, find it difficult to do so based on gender discrimination, or those who already have it, find it difficult to perform procedures such as hormone replacement therapy, for example^{36,39,46,51}.

With regard to the services offered to the LGBT population, it is noted that the articles analyzed address the operational aspects of public health policies aimed at, especially, the guarantee of reducing discrimination against LGBT groups and combating health disparities suffered by this population.

In the USA, the greatest focus was given to disparities in access to health between LGBT and non-LGBT populations, a focus on cancer care in this population also stands out^{36,38,41,51,53}. In countries like Canada, the main focus was on the quality of service provided to the LGBT population, in particular, lesbian and transgender, such discussions refer to the character of the Canadian health system, universal with organizational principles based on comprehensive care^{39,54}.

As for the level of care complexity, the studies ranged from public health services in primary care^{36,38,41} prompt service and specialized service^{37,39,44,47,54}, up to the emphasis on the general organization of health systems^{35,48,50,55}.

The studies discuss the organization of services at different levels of care, bringing specific aspects of LGBT care and the barriers and difficulties of access at each level, as well as how these levels are associated. The study by Boehmer (2018)³⁶, for example, discusses how the difficulty of accessing primary care for cervical cancer screening has repercussions on the high rates of cervical cancer found in lesbian women.

HIV prevention strategies and management of adherence to antiretroviral treatment in trans women and Men who have Sex with Men (MSM) were also identified^{39,46}.

Munro et al. (2017)³⁹ discuss HIV care strategies for trans women from the perspective of the interaction between patient, provider, service and health system, the study addresses that the experiences of trans women in accessing social and health services are permeated by several barriers including from negative interactions with health care providers, deficits in provider knowledge, gender segregated programs and frequent pathologization of transgender identities.

In this perspective of HIV/AIDS, Pineaar et al (2018)⁴⁴ discuss the need to form local councils or committees to address specific health policies such as combating and preventing AIDS. From the perspective of political analysis, the authors discuss how sexualized drug use is associated with “disinhibition” and a range of risks (including HIV transmission, drug addiction and mental health problems).

Geter et al. (2016)⁴⁶ bring to the study discussions about “societal HIV risk facilitators” in Jackson, Mississippi capital, and discuss how local cultural norms influence anti-homosexual, self-hatred attitudes that contribute to inconsistent condom use, the search for anonymous partners and increased risk of HIV transmission.

Among the main challenges for the implementation of LGBT health services described in the policies, LGBTphobia stands out^{36,53,56,57}. The impact of LGBTphobia on health services is related to less demand or not demand for health care, causing a delay in the beginning of health care, as well as a lack of assistance. The greatest presence of LGBT phobia and disparities in access to health services in the USA was observed^{36,46}.

Barriers to access health services were similarly central aspects addressed and begin with the reception of these people by professionals at the levels of care³⁹. The unpreparedness of health professionals for the reception of lesbians, gays, bisexuals, transsexuals and transvestites and

their demands reinforces negative experiences and contexts of vulnerability and stigma in this population and has the consequence that this public is absent from health services in addition to high rates chronic diseases such as cancer, due to the lack of screening and preventive care⁵⁶.

Houck (2015)⁷ brings as an organizational strategy the expansion of health services for lesbian women and Acquaviva and Krinsky (2015)⁵⁸ talk about health guarantees for transgender people in transition. When implementing health policies for such a wide audience as that of lesbians, gays, bisexuals, transsexuals and transvestites, it is important that government institutions and the social actors that build the policies, keep in mind that demands cannot be generalized, whereas each letter of the LGBT insignia has specific health needs marked by social and cultural factors, in addition to biological, physiological and mental ones.

DISCUSSION

Although public health policies for the LGBT population are an issue that is fully or partially included in the normative and operational guidelines of health service systems in selected countries, few studies have comprehensively explained the aspects related to the policy, health care model and organization of the predominant service for the population⁵³.

This aspect is of great importance in view of the numerous and distinct policies identified. Among the various policies, there are similarities such as the development of policies for LGBT aging, observed in the USA, Canada and Australia. Although several advances have occurred almost simultaneously, there is a highlight in the productions analyzed for the advancement of these health policies in the USA. As an example, we can mention the state of Massachusetts containing in Medicaid, health care related to gender transition for trans people, in addition to being one of only 10 states and the District of Columbia, which prohibits transgender exclusions in health insurance coverage Private⁵⁸.

Regarding the North American production, it is interesting to note the expressiveness of publications on the theme of public policies, although it adopts a pluralistic corporate Health System.

A possible hypothesis for the subsequent impulse to continue the North American scientific production on the subject may be related to the unfolding of some strategies spread in the country, among them, “gay pride” and the creation of magazines such as “Come on” in Nova York and “Gay Sunshine” in San Francisco. Studies like that of Henning (2017)⁵⁹ argue that,

from the end of the 1960s, the scientific field of productions on this theme grows, with evidence for analyzes on the aging process and the health of the LGBT population.

It is noteworthy, for example, that in the USA, the delay in access to health care is directly related to the development of chronic diseases, since they have a long course of development, especially cancer. Boehmer (2018)³⁶ argues that the delay in cervical cancer screening in lesbian women leads to later illness, the study argues that the delay in seeking care is mainly due to discrimination suffered when revealing gender identity and casualties socioeconomic conditions³⁶. Such reality is consistent with the country's health system, since it is a liberal, business, permissive system, granted only to employees with low income and elderly people in a situation of poverty, in this logic, this system reinforces the presence of residual assistance, with an exclusive discriminatory status²⁶.

Health care models that include specific guidelines for the LGBT population are rare in Europe^{49,60}. Given this observation, it cannot be said whether there are more effective public health policies and sensitive to the health needs of this population, configuring itself as one of the main limits of the study.

However, considering the complex, paradoxical and contingent nature of public policies for the LGBT population, the importance of the theoretical delimitation on the policies and organization of services is emphasized and the need to explain the options adopted in the different selected countries to expand their assessment, including performance.

Power and hierarchy are manifested in health systems in a way that makes it more likely that some people will benefit, be supported and advanced, while others tend to be marginalized or less favored⁶¹. In this perspective, the study by Gonzales Ehrenfeld (2018)⁵⁰ discusses how the state policy environment affects the health disparities of sexual minorities, as well as public policies can have a downstream effect on the health of the population, health behaviors and resources needed for better health. Therefore, policy makers should consider the health benefits of legal protections for sexual minorities when discussing new proposals and legislation.

This fact was observed in the publications and policies of different countries, reflecting that in more democratic environments the permeability of discussions about LGBT health care is greater. On the contrary, in liberal, undemocratic countries, LGBT expressiveness is translated into a resistance movement^{50,44}.

“Gender inequalities in health persist with little response from health systems, which is not surprising, because our models of health systems do not guide us to consider or address

gender inequalities”^{62,p.6}. These approaches end up restricting assistance aspects to specific programs. An example is the discussion about services focused on smoking cessation and mental health, present in the Australian study by Berger and Mooney-Somers (2017), points to an increase in advertising aimed at the LGBT audience, the study highlights the importance of financial support from local and national government to reduce the high rates of smoking among LGBT, however points out the reduced amount of services of this nature.

Still in this perspective, Canadian studies such as that of Smith et al. (2016)⁶³ point to important correlations between the tobacco industry as corporate donors of the National AIDS Fund, with the aim of increasing visibility. The article concludes that transnational tobacco companies aimed to explore competition between health issues and use the AIDS response to improve their reputation and market access. However, AIDS organizations, adhering to broader health goals, while relying on extensive resources and networks, were able to exclude the tobacco industry from much of the response, although pockets of influence still exist^{40,58,60,63}.

As for the evaluation of health services, it is important to consider a variety of social, structural and individual determinants that allow assessing the dynamic relationship between individuals and the health system worldwide. Thus, it is important to include additional factors, such as socioeconomic, that are important to consider when applying the model to populations with unique social and health contexts¹⁵.

Furthermore, prejudice and the difficulty of accepting diversity is an obstacle to the execution of programs and policies in health services⁶⁴. Discrimination based on sexual orientation and gender identity are considered determinants that lead to maltreatment and the absence of health care³⁸. The threat of health care stereotype⁶⁵ which postulates that the threat of being judged and confronted with negative LGBT stereotypes in healthcare environments decreases the general (that is, mainly direct) use of care.

In addition to the prejudice and stigma suffered in health institutions by health professionals, LGBT health policies face implementation difficulties related to social determinants of health that affect this specific population. The prejudice suffered combined with specific social contexts (low education and income, experiences of violence, not having a home) increases the risk of the LGBT population for some health situations⁵².

FINAL CONSIDERATIONS

The present study dealt with the identification and review of scientific publications about health policies for LGBT population in European, North American and Oceania countries with health systems organized according to different characteristics and allowed to identify that, although the LGBT population has conquered several rights and implementation of policies and programs for the qualification of health care, barriers to access to health services at different levels of complexity still prevail. The barriers and fragmentations in care reinforce stigma and discrimination in the health care process, consequently generating inadequate care. The need to develop more studies is emphasized, in order to identify, for example, the publication gaps in countries such as: Spain, Italy, Portugal and France, which could not be included in this review, as well as signal proposals to overcome the challenges that oppose the implementation of concrete, resolute policies for the LGBT population. As well as, evaluations on organizational aspects of health care and a comparison of the results achieved by actions and outpatient, hospital or PHC-centered services, problematizing the difficulties of implementation of these current policies.

In the face of health inequalities, changes in policies, research and practice through health services that meet the needs of LGBT people, with improved training to address gaps in their knowledge of specific health and health care professionals, can solve a number of barriers that prevent access to care and potentially become more inclusive and equally accessible to all.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Management Sciences for Health. Defining and measuring access to essential drugs, vaccines, and health commodities, 2012.
2. ONU, Assembleia Geral da ONU. "Declaração Universal dos Direitos Humanos" (217 [III] A). Paris 2009. Retirado de <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>
3. World Health Organization. World conference on social determinants of health: meeting report, Rio de Janeiro, Brazil, 19-21 October 2011.
4. Macrae, E. A construção da igualdade – política e identidade homossexual no Brasil da “abertura”. *Salvador: EDUFBA* 2018.
5. Bourcier, M. H., Moliner, P. Introduction. *Cahiers du Genre*, 2008; 45, 5-14.
6. Ribeiro, D. Stonewall: 40 anos de luta pelo reconhecimento LGBT. In: COOLING, L. Stonewall 40 + o que no Brasil?. *Salvador: EDUFBA*, 2011; 282 p. - (Coleção CULT; n. 9)

7. Houck, J. A. Medicine and Health for Sexual Minorities. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2015; 15: 110-117.
8. Colpittes, E., Gahagan, J. The utility of resilience as a conceptual framework for understanding and measuring LGBTQ health. *International Journal for Equity in Health*, 2016; 15: 1-8.
9. Mayer KH, Bradford JB, Makadon HJ, et al. Saúde das minorias sexuais e de gênero: o que sabemos e o que precisa ser feito. *American Journal of Public Health* . 2008; 98; 989-995.
10. Morabia, A. Making Public Health History: 1969-2019. *Am J Public Health*, 2019; 109: 822- 826.
11. Brignol, S., Dourado, I., Amorim, L. D., Kerr, L. R. F. S. Vulnerabilidade no contexto da infecção HIV e sífilis numa população de homens que fazem sexo com homens (HSH) no Município de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2015; 31: 1-14.
12. Maiorana, A., Kegeles, S., Salazar, X., Konda, K., Silva-Santisteban, A., & Cáceres, C. “Proyecto Orgullo”, an HIV prevention, empowerment and community mobilisation intervention for gay men and transgender women in Callao/Lima, Peru. *Global Public Health*, 2016; 11: 1076–1092.
13. Spstein, S. Gay and Lesbian Movements in the United States: Dilemmas of Identity, Diversity, and Political Strategy. In: Adam B. D., Duyvendak J. W., Krowel, A. *The Global Emergence of Gay and Lesbian Politics. National Imprints of a Worldwide Movement. Philadelphia: Temple University Press* 1999.
14. Parker, R., Aggleton, P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, 2003; 57: 13–24.
15. Martos, A., Wilson, P., Meyer, I. Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health services in the United States: Origins, evolution, and contemporary landscape *PLOS ONE* 2017; 12, e0180544; 10.1371/journal.pone.0180544.
16. Prado, E. A. J., Sousa, M. F. Políticas públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa. *Tempus, actas de saúde colet* 2017; 11(1): 69-80.

17. Souza M. B. C. A. Helal, D. H. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestir e transexuais: análise descritiva e utilização de dados secundários para pesquisa e prática. *Rev Bagoas*, 2015; 13: 221 -251
18. [ONU. Living free & equal: what states are doing to tackle violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people. New York and Geneva, 2016.](#)
19. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Prisma, G. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the Prisma Statement (Reprinted from *Annals of Internal Medicine*). *Phys Ther* 2009; 89: 873-80.
20. Critical Appraisal Skills Programme. CASP: making sense of evidence. London: Public Health Resource Unit, University of Oxford 2006.
21. Espíndola, C. R., Blay, S. L. Percepção de familiares sobre a anorexia e bulimia: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*, 2009; 43, 707-16.
22. World Health Organization. Políticas Públicas para a saúde do público. Relatório Mundial de Saúde. 2008; 20p.
23. Fleury S. Em busca de uma teoria do Welfare State. In: Fleury S. Estado sem Cidadãos: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
24. Esping-Andersen G. As três economias políticas do Welfare State. *Lua Nova*, 1991; 24:85-116.
25. Rodrigues, P. H. A. Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências. *Rio de Janeiro: Cebes; São Paulo: Hucitec Editora*, 2017; 296p.
26. Noronha, J. C., Ugá, M. A. D., in Buss, P. M., and Labra, M. E., orgs. Sistemas de saúde: continuidades e mudanças [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 265 p. ISBN 85-271-0290-0. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>
27. Kates, J., Ranji, U., Beamesderfer, A., Salganicoff, A., Dawson, L. (2018). Health and Access to Care and Coverage for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Individuals in the U.S. *Henry J. Kaiser Family Foundation* 2018; 35p.
28. BBC News. Tories secure centre-right deal. [BBC.co.uk](http://bbc.co.uk). 30 de junho de 1999

29. Kneale, D., Henley, J., Thomas, J. French, R. Inequalities in older LGBT people's health and care needs in the United Kingdom: a systematic scoping review. *Ageing & Society*, 2019; 1–23.
30. Government of Canada. Employment and social development of Canada Isolement social des aînés: un regard sur les aînés LGBTQ au Canada. *Government equalities office* 2018.
31. LGBT Foundation. Pride in Practice: Excellence in lesbian, gay, bisexual and trans healthcare 2018. Disponível em: <http://lgbt.foundation/who-were-here-for/pride-in-practice> acesso em 12.02.2020
32. McNair R., P., Hegarty, K. Guidelines for the Primary Care of Lesbian, Gay, and Bisexual People: A Systematic Review. *Annals of Family Medicine*, 2010; 8: 533-541.
33. National LGBTI Health Alliance. National Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender And Intersex Mental Health And Suicide Prevention Strategy: A New Strategy For Inclusion And Action. *Australian Government: Department of health*, 2016, 32p.
34. Casey, B. The health of LGBTQIA2 communities in CANADA: Report of the Standing Committee on Health. *House of Commons, 42nd parliament, 1st session* 2019.
35. Shannon, G., Jansen, M., Williams, K., Cáceres, C., Motta, A., Odhiambo, A., Eleveld, A., Mannell, J. Gender equality in science, medicine, and global health: where are we at and why does it matter? *The Lancet*, 2019; 393, 560 – 569.
36. Bohemer, V. C. LGBT populations' barriers to cancer care. *Seminars in Oncology Nursing*, 2018; 34: 21-29.
37. Berger, I., Mooney-Somers, J. Smoking Cessation Programs for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Intersex People: A Content-Based Systematic Review. *Nicotine & Tobacco Research* 2017; 19: 1408–1417.
38. Elk, R., Felder, T. M., Cayir, E., Samuel, C. A. Social Inequalities in Palliative Care for Cancer Patients in the United States: A Structured Review. *Seminars in Oncology Nursing* 2018; 34: 303 – 315.
39. Munro, L., Marshall, Z., Bauer, G., Hammond, R., Nault, C., Travers, R. (Dis)integrated care: Barriers to Health care utilization for Trans women Living with HIV. *Journal of the association of nurses in AIDS care*, 2017; 28: 708-722

40. Krinsky, L., Cahill, S. R. Advancing LGBT Elder Policy and Support Services: The Massachusetts Model. *LGBT Health*, 2017; 4: 394-397.
41. Rice, D., Schabath, M. B. The future of LGBT cancer care: Practice and research implications. *Seminars in Oncology Nursing* 2018; 34: 99-115.
42. Matthews, et al. SBM recommends policy support to reduce smoking disparities for sexual and gender minorities. *TBM practice and public health policies* 2018; 8: 692-695.
43. Ream, G. L. What's Unique About Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth and Young Adult Suicides? Findings From the National Violent Death Reporting System. *Journal of Adolescent Health* 2018; 64: 602-607.
44. Pienaar, K., Murphy, D. A., Race, K., Lea, T. Problematizing LGBTIQ drug use, governing sexuality and gender: A critical analysis of LGBTIQ health policy in Australia. *International Journal of Drug Policy*, 2018; 55: 187-194.
45. McDowell, A., Progovac, A. M., Cook, B. L., Rose, S. Estimating the Health Status of Privately Insured Gender Minority Children and Adults. *LGBT Health*, 2019; 6, 289-296.
46. Geter, A., Janelle, M. R., McGladrey, M., Crosby, R. A., Mena, L. A., Ottmar, J. A. Experiences of Antihomosexual Attitudes and Young Black Men Who Have Sex with Men in the South: A Need for Community-Based Interventions. *LGBT Health*, 2016; 3, 1-5.
47. Kurtz, S. P., Buttram, M. E. Misunderstanding of Pre-Exposure Prophylaxis Use Among Men Who Have Sex with Men: Public Health and Policy Implications. *LGBT Health* 2016; 3, 461-464.
48. Elwood, W. N., Irvin, V. L., Sun, Q., Breen, N. Measuring the Influence of Legally Recognized Partnerships on the Health and Well-Being of Same-Sex Couples: Utility of the California Health Interview Survey. *LGBT Health* 2017; 4: 153-160.
49. Bolderston, A., Ralph, S. Improving the health care experiences of lesbian, gay, bisexual and transgender patients. *Radiography, Elsevier*, 2016; 22: 207-211.
50. Gonzales, G., Ehrenfeld, J. M. The Association between State Policy Environments and Self-Rated Health Disparities for Sexual Minorities in the United States. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018; 15, 1-11.

51. Jennings, L., Barcelos, C., McWilliams, C., Malecki, A. Inequalities in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health and health care access and utilization in Wisconsin. *Preventive Medicine Reports*, 2019; 14, 1-7.
52. Salazar, L. F., Crosby, R. A., Jones, J., Kota, K., Hill, B., Masyn, K. E. Contextual, experiential, and behavioral risk factors associated with HIV status: a descriptive analysis of transgender women residing in Atlanta, Georgia. *International Journal of STD & AIDS*, 2017; 1-8.
53. Sullivan, C. G. Lesbian, gay, bisexual, and transgender health disparities are a global concern. *American Academy of Nursing on Policy*, 2016; 64: 269-270.
54. Grigorovich, A. The meaning of quality of care in home care settings: older lesbian and bisexual women's perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2016; 30: 108-116.
55. Glasper A. Ensuring optimal health care for LGBT patients. *British Journal of Nursing* 2016; 25: 768-9.
56. Tan, J. Y., Baig, A. A., Chin, M. H. High Stakes for the Health of Sexual and Gender Minority Patients of Color. *Journal of General Internal Medicine*, 2017; 32: 1390-1395.
57. Acquaviva, K. D., Krinsky, L. (2015). Bridging politics, policy, and practice: Transforming health care in Massachusetts through the creation of a statewide commission on LGBT aging. *Geriatric Nursing, Elsevier* 2015; 36: 482 – 483.
58. Henning, C. E. Gerontologia LGBT: velhice, gênero, sexualidade e a constituição dos “idosos LGBT”. *Horizontes Antropológicos*, 2017; 23: 283-323.
59. McPhail, R., Fulop, L. Champions’ perspectives on implementing the National Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex Ageing and Aged Care Strategy in Queensland. *Australian Health Review* 2016; 40: 633-640.
60. Davis, K. Intersectionality as buzzword A sociology of science perspective on what makes a feminist theory successful FT. *Feminist Theory* 2008; 9(1): 67-85.
61. Hay, K. et al. Disrupting gender norms in health systems: making the case for change. *Lancet* 2019; 393(10190): 2535–2549

62. Smith, J., Thompson S., Lee K. Public enemy no. 1': Tobacco industry funding for the AIDS response. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS* 2016; 13: 41-52.
63. Meyer IL, Northridge ME. Eds. A Saúde de Minorias Sexuais: Perspectivas de Saúde Pública sobre lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros Populações . Nova York: Springer 2007.
64. Fingerhut, A. W., & Abdou, C. M. The role of healthcare stereotype threat and social identity threat in LGB health disparities. *Journal of Social Issues*, 2017; 73(3): 493–507.

ARTIGO 2⁶

FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL CURRÍCULO EM SALUD CON UN ENFOQUE EN LA DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GENERO: UNA REVISIÓN DE LITERATURA

Resumen

Se trata de una revisión de literatura que tiene por objetivo identificar y analizar en qué medida ocurrieron cambios en la formación de profesionales de la salud para la atención en salud de la población LGBT en países seleccionados. Fueron consultadas las bases de datos científicas: *Web of Science*, *Science Direct* e *BVS*. Se identificaron 242 publicaciones e, después de la lectura de resúmenes y textos completos, 10 artículos integraron el corpus de esta revisión. Se adoptaron las recomendaciones PRISMA que contemplaron las etapas de identificación, realización de ficha, análisis e interpretación de los resultados de estudios seleccionados y evaluación de la calidad metodológica de los estudios seleccionados, por medio del instrumento propuesto por el *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*. Los resultados evidenciaron que existe la necesidad de capacitaciones para el equipo de profesionales de la salud, en cuanto a la acogida y atención clínica de personas LGBT, así como el desarrollo de currículos educativos para abordar la intersección entre salud, género y sexualidad y la creación de materiales didácticos para llenar las lagunas curriculares sobre esa temática, además de otros aspectos. Por tanto, se destaca la idea de que la iniciación de los estudios de género y sexualidad no solo es necesaria, sino que debería ser obligatoria desde el punto de vista pedagógico, en los diversos cursos de salud, por ser muy importante para una formación integral.

Palabras clave: Capacitación de Recursos Humanos en Salud, Minorías Sexuales y de Género, sistemas de salud.

Abstract

This is a literature review that aimed to identify and analyze the extent to which changes have occurred in the training of health professionals for LGBT population health care in selected countries. The scientific databases were consulted: *Web of Science*, *Science Direct* and *BVS*. A total of 242 publications were identified and, after reading the entire abstracts and texts, 10

⁶ Artigo submetido ao periódico Saúde em Redes.

articles constituted the corpus of this review. PRISMA recommendations covering the identification steps have been adopted, recording, analysing and interpreting the results of selected studies and evaluating the methodological quality of the studies selected using the instrument proposed by the Critical Appraisal Skills Programme (CASP). The results showed that there is a need for training for the team of health professionals, regarding the reception and clinical care of LGBT people, as well as the development of educational curricula to address the intersection between health, gender and sexuality and the creation of didactic materials to fill the curricular gaps on this subject, in addition to other aspects. Therefore, it is emphasized that the idea that the initiation of gender and sexuality studies is not only necessary, but should also be mandatory from the pedagogical point of view, in the various courses of health, because it is very important for an integral formation.

Keywords: Health Human Resource Training, Sexual and Gender Minorities, Health systems

INTRODUCCIÓN

La discusión sobre la incorporación de la sexualidad en el currículo escolar es antigua, sin embargo, la propuesta del enfoque para la diversidad sexual, como orientadora de políticas públicas en el área de educación, aún es incipiente¹⁻⁵.

El proceso de construcción de agendas gubernamentales y políticas de género y diversidad sexual en la educación se dio junto con movimientos sociales que proponían repensar la formación y los contenidos relacionados al amplio proceso de cuestionamiento de valores y formas de organización social, por medio de movilizaciones populares. Desde el punto de vista de las relaciones sociales de género, “tanto el Estado como los movimientos, en sus respectivas pluralidades articulan o disputan ferozmente intereses sociales que se hacen presentes en ese proceso”^{6:130}.

Aunque sean recientes las perspectivas asociadas a la diversidad sexual, el análisis de los procesos históricos, sociales y culturales, de género, identidad, sexualidad y orientación sexual indica que, además de fuertemente relacionados, se sobreponen de manera compleja y dinámica en diversas áreas sociales y requieren contribuciones transdisciplinarias en la sociedad contemporánea^{7,8}.

El foco principal de las políticas educativas, que buscan incluir las temáticas de género y diversidad sexual, ha sido el currículo escolar, con énfasis en los procesos de cambio en la

formación, que puedan viabilizar transformaciones de prácticas profesionales, inclusive de gestores públicos por medio de la educación⁹. Naturalmente, es importante garantizar que la educación/formación de profesionales de la salud incluya también lo más reciente y diversos conocimientos sobre salud LGBT.

Ese proceso educativo debe privilegiar relaciones dialógicas horizontales, intersubjetivas, para estimular que los discursos de los sujetos puedan tener lugar en el espacio de la conquista ciudadana y de la creación de autonomía. No obstante, en la atención en salud, a pesar de que la práctica profesional sea considerada potencialmente educativa, el cuidado integral de la población LGBT es un desafío a ser alcanzado en los servicios de salud¹⁰.

Los diversos sujetos que componen el conjunto de letras LGBT poseen necesidades peculiares y requieren cuidados de salud específicos como, por ejemplo, atención al proceso transexualizador y terapia hormonal en individuos transgénero, pero se encuentran con un modelo de atención cisheteronormativo¹¹⁻¹³. Tal escenario evidencia la apremiante necesidad de cambios en la formación de los profesionales de la salud para ampliar el acceso indistinto a todos (as), a fin de completar la construcción de ciudadanía y el derecho a la salud¹⁴.

A pesar de que haya avances en estas luchas, en relación a la formación de los profesionales de la salud, la oferta de la temática sexualidad se encuentra limitada en los escenarios nacional e internacional^{15,16}. En diversos países, la educación sexual en los cursos de pregrado en medicina se mostró pautada en un modelo organicista, heteronormativo y cisgénero^{16,17}. Ese modelo promueve una visión reduccionista de la sexualidad a través del sesgo reproductivo y patológico, además de producir un ambiente favorable a la naturalización de la discriminación por género y por orientación sexual¹⁸.

En ese sentido, es necesario promover oportunidades de aprendizaje y acciones educativas que permitan concientizar sobre la diversidad sexual y el respeto al ser humano, para que la LGBTfobia no haga parte de la cotidianidad del área de la salud. Para proporcionar eso, es importante asegurar que los profesionales que actúan en el contexto de la atención en salud estén preparados para atender esa población. Dada la importancia mundial otorgada a la atención integral ecuánime y humanizada y de los vacíos en el pregrado en salud, se propone identificar y analizar, a partir de una revisión de literatura, en qué medida ocurrieron cambios en la formación de profesionales para atención a la salud de la población LGBT en países seleccionados.

Esta publicación se justifica por la necesidad de comprender las singularidades de la comunidad LGBT para el apoyo en salud de los diferentes géneros sexuales¹⁹ y la definición de competencias para atender a las poblaciones minorías sexuales y de género. La inclusión de esas temáticas en la trayectoria de formación puede viabilizar una práctica profesional que supere los prejuicios, las violencias y el binarismo presentes en una sociedad sexista y heteronormativa¹⁰. Así, este artículo busca identificar los cambios implementados en la formación de los profesionales de la salud para la atención en salud de la población LGBT en países seleccionados.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Se trata de una revisión crítica de la literatura que siguió las recomendaciones PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), contemplando etapas de identificación, realización de ficha, análisis e interpretación de resultados de estudios seleccionados. Una guía que describe las exigencias específicas para estudios de revisión sistemática y metanálisis²⁰.

La investigación fue realizada en las bases de datos Biblioteca Virtual de Salud (BVS), *Science Direct* y *Web of Science*, entre abril y diciembre de 2019. Fueron utilizados como descriptores los términos: “*health policy*”, “*LGBT*”, “*Sexual and Gender Minorities*”, según los *Medical Subject Headings 2020 (Mesh terms)*.

Se definió como criterio de inclusión los estudios que abordaban políticas públicas de salud dirigidas a la población LGBT, comprendidos en la línea temporal de 10 años (2009-2019) obedeciendo a los siguientes criterios de sistematización: países con distintos modelos de sistemas de salud (Portugal, Francia, Reino Unido, Australia, España, EUA y Canadá); políticas de salud orientadas a la población LGBT (lesbianas, gays, bisexuales, transexuales y travestis) y formación en salud direccionada a los aspectos relacionados a la salud de la población LGBT. No hubo exclusión, *a priori* de ningún abordaje metodológico, siendo incluidos tanto artículos cualitativos como cuantitativos y tampoco hubo exclusión asociada al término utilizado para la definición de mujeres transgénero (travesti, mujer, transexual, *aravanis*, *hijras*, *metis* etc.). El estudio incluye artículos escritos en inglés, portugués y español. Los motivos de exclusión de los artículos fueron ausencia de análisis y discusión de aspectos relacionados a la temática central.

La selección de los estudios inició con la lectura de los títulos y de los resúmenes, contemplando los criterios de inclusión. Fueron leídos los textos completos de los artículos seleccionados. Fue diseñada una planilla en Excel® que contenía los siguientes términos: autores, año de publicación, país del estudio, diseño del estudio/metodología, número de personas investigadas, objetivos, población estudiada.

Después de la evaluación, fueron seleccionados 242 artículos, 140 fueron localizados en *Science direct*, 17 en la *Web Of Science* e 85 en la BVS (**Figura 1**). Después de la lectura de títulos y resúmenes, quedaron 54 estudios los cuales fueron leídos integralmente y 44 fueron excluidos por no abordar la temática central, restando 10 publicaciones que conformaron el corpus final de este estudio.

Para la evaluación de la calidad metodológica de los estudios seleccionados fue utilizado el instrumento propuesto por el *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP), empleado en el análisis crítico de investigaciones cualitativas. Ese instrumento presenta diez preguntas que levan al evaluador a pensar de forma sistemática sobre el rigor, credibilidad y relevancia del estudio, considerando: (1) objetivo claro y justificado; (2) diseño metodológico apropiado a los objetivos; (3) procedimientos metodológicos presentados y discutidos; (4) selección de la muestra; (5) recolección de datos descrita, instrumentos y proceso de saturación explicitados; (6) explicitación de la relación entre investigador e investigado; (7) cuidados éticos; (8) análisis consistente y fundamentado; (9) resultados presentados y discutidos, señalando la confiabilidad y el uso de la triangulación; (10) descripción de las contribuciones e implicaciones del conocimiento producido por la investigación, así como sus limitaciones^{21,22}.

Los estudios cualitativos fueron clasificados en dos categorías: en la primera fueron clasificados los trabajos con alto rigor metodológico, que alcanzaron al menos 9 de los 10 ítems; en la segunda categoría fueron clasificados aquellos con moderado rigor metodológico, que alcanzaron por lo menos 5 de los 10 ítems^{21,22}.

De los artículos seleccionados fueron extraídos los elementos centrales, los cuales fueron categorizados con auxilio de una planilla de *Microsoft Excel*, de acuerdo con dos unidades temáticas: caracterización general de los artículos y aspectos relacionados con la formación en salud direccionada a la atención en salud de la población LGBT en los Estados Unidos de América (EUA), Canadá, Reino Unido, Portugal, Francia, España y Australia.

RESULTADOS

Caracterización general de los artículos

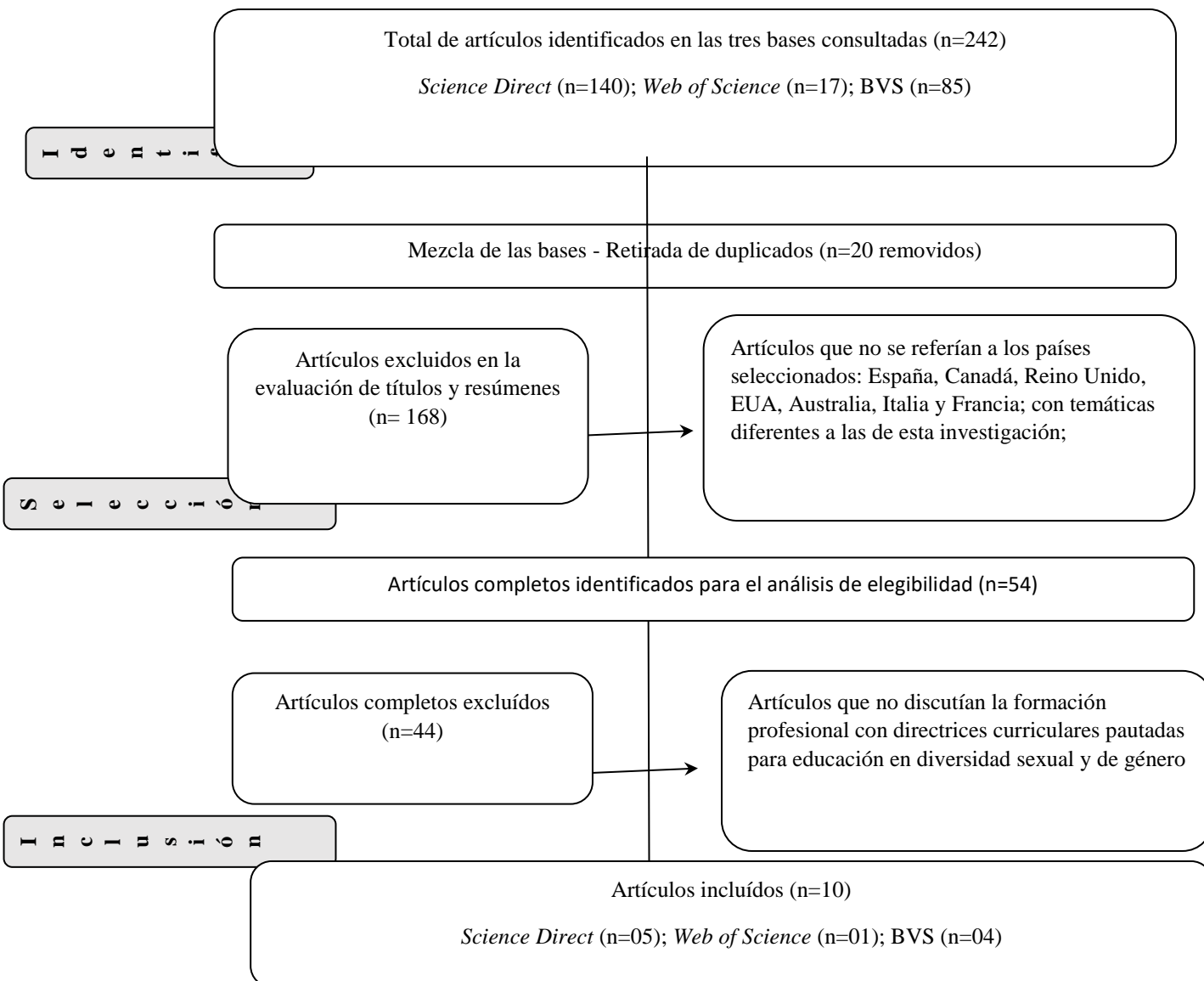
La distribución temporal de las diez publicaciones analizadas fue la siguiente: 2 artículos de 2016; 5 de 2018; 2 de 2019. Los artículos seleccionados están comprendidos en la línea temporal de 10 años, siendo 2018 el año de mayor publicación sobre la temática con un total de 05 estudios. Los artículos provinieron de los EUA (8) y de Canadá (2), de acuerdo con la afiliación del primer autor. *Elsevier* fue el periódico que lideró las publicaciones sobre el tema. Se destaca que, a pesar de incluir otros países, como citado anteriormente, apenas las publicaciones de los EUA y Canadá discutieron aspectos relacionados con la formación profesional.

Sobre el diseño: 7 estudios abordaron la falta de preparación de los profesionales de la salud para la atención de personas LGBT, reflejando la ausencia del tema en los currículos profesionales y 3 estudios se enfocaron específicamente en la ausencia del contenido LGBT en sus currículos.

Las metodologías empleadas en las producciones fueron diversas, entre ellas la revisión bibliográfica predominó en la mayoría de las publicaciones, análisis de contenido de libros, abordaje mixto (cualitativo y cuantitativo), estudio de caso y estudio transversal.

Los artículos analizados presentan discusiones importantes acerca de la discriminación sufrida por la población LGBT respecto al acceso a los servicios de salud, indicando que el cuidado fragmentado es una barrera para el acceso de la población LGBT a los diversos niveles de atención en salud.

Figura 1. Diagrama de flujo para el proceso sistemático de selección de los artículos, de acuerdo a PRISMA.



Fuente: Elaboración de los autores.

Cuadro 1. Sistematización de los artículos seleccionados sobre formación en salud en los países seleccionados, 2020 (continua)

Autor (año)	País	Método/ Diseño del estudio	Alcance del estudio	Objetivos	Población estudiada	Aspectos de la política	Puntuación alcanzada CASP
Boehmer (2018)	EUA	Cualitativo	Datos publicados sobre el tratamiento de cáncer y estudios de individuos LGBT	Describir barreras enfrentadas por lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (LGBT) para acceder y recibir tratamiento de cáncer	LGBT	El currículo para estudiantes de medicina incluye pocas horas de enseñanza de contenido LGBT; conocimiento limitado sobre la salud transgénero.	04
Bolderston, Ralph (2016)	Canadá	Revisión de literatura	Estudios disponibles en <i>Pubmed, Academic Search Complete, CINAHL Plus, Proquest Enfermería</i>	Explorar la discriminación contra personas LGBT y examinar la salud LGBT y cuestiones sociales	LGBT	LGBT en la enseñanza de pregrado en el área de la salud y desconocimiento de los profesionales sobre orientación sexual e identidad de género	06
Bonvicini (2017)	EUA	Revisión de literatura	Estudios sobre formación en salud y LGBT, discusiones en revistas y periódicos	Examinar la profundidad de la educación y formación para estudiantes de medicina y enfermería en práctica clínica en el cuidado de pacientes gays y lesbianas en los Estados Unidos	LGBT	A pesar de las recomendaciones de la AAMC sobre revisión del currículo, las escuelas de medicina aún tienen lagunas en las discusiones LGBT, en media 5 horas; las escuelas de enfermería también mostraron ausencia de contenidos LGBT en el currículo, en media 12 horas; el artículo señala la necesidad de formación continuada para médicos y enfermeros	03
Colpites e Gahagan (2019)	Canadá	Revisión sistemática exploratoria	Búsquedas orientadas a un programa más amplio de investigación sobre trayectorias para la salud entre poblaciones LGBTQ en Nueva Escocia, Canadá	Explorar la utilidad de la resiliencia como un marco conceptual en la comprensión y medición de la salud LGBTQ, en referencia a los resultados de la revisión exploratoria	LGBTQ	Las políticas públicas de salud y las intervenciones de planificación tradicionalmente se han enfocado en indicadores individuales de salud y en la reducción del riesgo de resultados negativos para la salud; el enfoque en el déficit y en los pésimos resultados, a largo plazo, en las investigaciones con población LGBT refuerza percepciones negativas de estos individuos	10

Cuadro 1. Sistematización de los artículos seleccionados sobre formación en salud en los países seleccionados, 2020 (continua)

Autor (año)	País	Método/ Diseño del estudio	Alcance del estudio	Objetivos	Población estudiada	Aspectos de la política	Puntuación alcanzada CASP
Devita, Bishop, Plankey	EUA	Debate	Resultados de la auditoria curricular de la Escuela de Medicina de la Universidad de Georgetown	Describir métodos sistemáticos para que las escuelas de medicina auditen sus currículos para contenido LGBTQI e implementen reformas para llenar vacíos en el currículo	LGBT	Los aspectos curriculares de la Escuela Médica de la Universidad de Georgetown no cumplían completamente los 30 requisitos para cuidado de la salud LGBT propuesto por la Asociación Americana de Facultades de Medicina (AAMC); hay vacíos curriculares que reverberan mayoritariamente en la salud mental, en la salud LGBTQI pediátrica/geriátrica y en el cuidado de la afirmación de género para pacientes transgénero	10
Elk et al (2018)	EUA	Revisión de Literatura	Estudios revisados por pares disponibles en: Google Scholar, PubMed, MEDLINE, and Web of Science	Identificar patrones de acceso y uso o de servicios de cuidados paliativos en grupos vulnerables y con desasistencia médica diagnosticados con cáncer.	LGBT	La falta de conocimiento de los profesionales de la salud acerca del cuidado a pacientes LGBT impide la prestación de cuidados de calidad a esos pacientes.	08
Guzman et al. (2018)	EUA	Análisis de contenido	Libros de evaluación en salud utilizados en enfermería.	Analizar el contenido de dos libros de evaluación en salud utilizados para preparar a los enfermeros para las interacciones con pacientes LGBT.	LGBT	Discute los aspectos de Campinha-Bacote para un cuidado cultural competente: la conciencia cultural, el conocimiento cultural, la habilidad cultural, los encuentros culturales y los deseos culturales. El análisis de los libros indica la presencia de contenido LGBT limitado o insuficiente para la formación de profesionales	09
Paterson, Árvore, Kamen (2019)	EUA	Cuantitativo/ Cualitativo	85 profesionales de la salud que actúan en la Atención Primaria en Salud y en servicios de oncología	Examinar la competencia cultural LGBT y las micro agresiones entre los profesionales de la salud en la zona rural de Tennessee.	LGBT	Discute la competencia cultural para el cuidado de personas LGBT en el ámbito de la Atención Primaria en salud y en los servicios de oncología; la necesidad de capacitación y formación adecuadas a la prestación de cuidados clínicos a pacientes LGBT, para el desarrollo de principios de competencia cultural LGBT y capacitación como un medio para mejorar la competencia cultural LGBT	10

Cuadro 1. Sistematización de los artículos seleccionados sobre formación en salud en los países seleccionados, 2020 (continua)

Autor (año)	País	Método/ Diseño del estudio	Alcance del estudio	Objetivos	Población estudiada	Aspectos de la política	Puntuación alcanzada CASP
Ruben et al (2017)	EUA	Estudio de caso	Políticas y prácticas de cuidados relacionados a la población LGBT en el Sistema de Salud de Boston.	Analizar las prácticas políticas y clínicas relacionadas con la competencia clínica LGBT, la formación profesional y a la atención ética prestada a pacientes veteranos en el VA Boston Healthcare System.	LGBT	Presenta cambios estructurales y organizacionales que favorecen el desarrollo de un sistema de salud culturalmente competente, para el cuidado de la salud LGBT. Discute aspectos de formación profesional, educación continua, inequidades y disparidades en salud de la población LGBT; La creación de políticas locales de acceso a los cuidados de la salud para personas transgénero.	06
Reisner et al (2016)	EUA	Revisión de Literatura	Datos y estudios sobre la población transgénero en PubMed, Embase, OVID, PsycINFO, Web of Science y ProQuest.	Caracterizar la carga global de salud que enfrentan las poblaciones transgénero, incluyendo los contextos específicos y múltiples determinantes de la salud.	Transgénero	En la mayoría de los países, los temas transexuales no están incluidos en los currículos de capacitación formal de medicina, epidemiología, salud pública, educación legal y sistemas de servicios sociales, lo que constituye una base deficiente para la investigación y la competencia central en la salud transgénero.	10

Formación en salud y diversidad de género

En las 10 publicaciones, sobre la formación en salud se destacaron aspectos relacionados con: la necesidad de capacitaciones para el equipo de profesionales de la salud, en cuanto a la acogida y a la atención clínica de personas LGBT^{23,24}. Creación de ambientes acogedores e inclusivos que proporcionen mejor cuidado en salud para LGBT, oferta de educación permanente basada en la igualdad, competencia cultural y respeto a la diversidad sexual y de género²⁵; desarrollo de currículos educativos para abordar la intersección entre salud, género y sexualidad y la creación de materiales didácticos para llenar las lagunas curriculares sobre esa temática^{25,26}.

Se observa que todas las producciones que abordan políticas de salud evidencian la educación y formación de profesionales capacitados para acoger a las minorías sexuales como punto en común. En ese sentido, la oferta de la temática debería abarcar la dimensión integral de la sexualidad, además de estar apoyada en un trípode constituido por oferta de conocimientos, desarrollo de actitudes y adquisición de habilidades y competencias específicas²⁷.

En todos los artículos analizados, se evidenció la importancia de la competencia cultural y de la formación de profesionales de la salud para la acogida de personas LGBT en los servicios de salud, paralelamente al aprendizaje y a la formación del alumno dialécticamente, de acuerdo al proceso histórico cultural.

Los estudios abordaron la importancia de la formación profesional y la problematización del cuidado en salud para la diversidad sexual y de género, en relación al currículo de enseñanza académica^{25,26,28}. Del mismo modo, se abordó la existencia o no de bases curriculares para la formación profesional para atender demandas específicas de personas LGBT²⁹.

En uno de los estudios seleccionados²³ fue analizada la competencia cultural de los profesionales de la salud para cuidar de las personas LGBT. La deficiencia en la acogida estuvo relacionada a la disminución del acceso de esas personas a la salud. Los resultados expresaron que, a pesar de que se consideraban preparados para acoger personas LGBT, los profesionales de la salud presentan comportamientos que pueden contribuir para dificultar el acceso a los cuidados.

Tal escenario indica que, además de la cuestión del prejuicio, de la cisheterossexualidad obligatoria, existe falta de información, capacitación y preparación de los profesionales de la

salud desde el pregrado para actuar frente a la diversidad sexual y de género. Tales desafíos son mencionados por autores²⁴ que relataron que la formación académica en medicina no aborda adecuadamente las cuestiones LGBT. Similar, también fueron discutidos²⁵ los vacíos en la educación de médicos y enfermeros para el cuidado de personas, indicando que más de 33% de las escuelas médicas norteamericanas informaron que no existían contenidos LGBT en el currículo de los años clínicos y 6,8% relataron ningún contenido de ese tipo, también en los años preclínicos²⁵.

Cuando los estudios se refirieron a situaciones específicas de cuidado, las barreras de acceso y las barreras para la atención médica demuestran el conocimiento médico limitado sobre la salud de transgéneros³⁰. La eliminación de barreras requiere una comunidad de profesionales cualificados, culturalmente competentes, sensibles y acogedores. Sin embargo, la inserción de la temática LGBT en los currículos de los profesionales de la salud es incipiente, a pesar de que, en 2014, la *Association of American Medical Colleges* recomendó estrategias de revisión del currículo, como incluir una disciplina electiva sobre la temática y formar grupos, con el objetivo de disminuir el estigma, y aumentar la visibilidad para el cuidado de la población LGBT³¹.

DeVita, Bishop y Plankey (2018) también abordaron la ausencia de contenidos dirigidos a la atención de personas LGBT en el currículo, mientras que Sean *et al.* denunciaron capacitaciones insuficientes sobre los cuidados para la población LGBT.

Específicamente en EUA, algunos artículos muestran que aún existen prejuicios en las políticas públicas, nacionales y locales, que limitan el acceso de la población LGBT a los servicios de salud. Una experiencia de educación sexual en una escuela médica norteamericana evidenció la no disposición de los alumnos para adquirir conocimientos en situaciones incómodas³². En ese sentido, la deserción de cuatro estudiantes del curso Teórico práctico en Sexualidad fue justificada por la incomodidad y vergüenza por la exposición de imágenes de temas sexuales, de modo que los estudiantes no estuvieron dispuestos a adquirir conocimientos y entrenar habilidades. Por tanto, las prácticas pedagógicas deben estar centradas en la sensibilización de los estudiantes frente a temas sexuales, en el sentido de ayudarlos a estar más cómodos y cambiar comportamientos³³.

Se destaca también que, en muchas publicaciones se evidencia que la formación de los profesionales de la salud está aún basada en una visión cisheteronormativa y no tiene en

cuenta la temática LGBT, causando falta de preparación de los profesionales para el cuidado de esa población.

En los artículos publicados sobre bioética y ética profesional, se observa que algunos autores^{34,35} indican como desafíos los dilemas éticos persistentes que necesitan ser superados en la medicina en cuanto a identidad de género, tales como: el abordaje clínico para la disforia de género en niñas/os, la comunicación entre médico y pacientes gays y lesbianas, la importancia de obtener informaciones sobre orientación sexual del paciente de forma correcta y respetuosa y la relevancia de la educación y capacitación de los profesionales para la atención de las minorías. Sobre estas cuestiones, reportes de la Asociación Americana de Facultades de Medicina, Asociación Americana de Enfermería y *American Colleges of Physicians* llaman la atención para los vacíos presentes en la formación de médicos y enfermeros en relación con los contenidos asociados a las necesidades específicas de la población LGBT e indican que se trata de una negligencia acerca del tema en el desarrollo de la formación profesional²⁵.

DISCUSIONES

El tema de la diversidad sexual ha crecido y ha sido debatido por diferentes instancias en la sociedad actual^{10,25,38}.

Cuando se habla de diversidad en un contexto amplio, se resalta el tema de las diferencias. Sin embargo, es importante destacar que las relaciones sociales, históricamente construidas por los sujetos sociales, fueron permeadas por símbolos que discriminaron lo masculino y lo femenino y resaltaron la dominación masculina^{36,37,38}. A raíz de esta herencia histórica patriarcal, en la sociedad contemporánea aún no se respetan las diferencias dentro de un contexto igualitario y democrático y lo que se comprueba, al respecto de la diversidad sexual, es aún la heteronormatividad y la intolerancia a la identidad sexual y de género.

Muchas investigadoras y estudiosas^{39,40,41} del área de género y feminismo, critican la tradición científica moderna que se fundamenta en una visión androcéntrica del conocimiento y refleja los ideales de un sujeto definido como hombre, blanco, occidental, cristiano, heterosexual y de clase media. En esa perspectiva, todos los otros individuos que no encajan en ese modelo sufren exclusión y discriminación dentro de la sociedad.

El currículo académico fue creado para responder a esa identidad androcéntrica³⁹, heteronormativa y universal de sujeto. La formación de profesionales en los diferentes campos de conocimiento se basa en un currículo excluyente que no representa la pluralidad de identidades que participan en él. El currículo ‘ignora algunos sujetos y narra historias y saberes que, aunque son parciales, pretenden ser universales’^{39:88}.

Las instituciones médicas, lingüísticas, domésticas y escolares ejercen la “cisheterosexualidad obligatoria”⁴⁰, que se imprime en los cuerpos de los sujetos desde su nacimiento a través de actos de repetición de códigos impuestos socialmente como naturales. Las personas que subvierten la norma cisheterosexual y huyen de los comportamientos esperados sufren consecuencias como segregación, exclusión, violencia y falta de derechos⁴¹.

En el campo de la salud hay intensas discusiones sobre la formación de un currículo académico que incluya pautas sobre género y salud LGBT con una mirada holística, comprensiva, despatologizante y biomédica^{10,38}. Es evidente que la formación de los profesionales de la salud es extremadamente técnica, predominantemente biológica y cuando se abordan cuestiones sobre sexualidad, se hace bajo una visión heteronormativa y binaria de género⁴². Esa deficiencia en el currículo junto con la discriminación puede producir la baja calidad de cuidados en salud para la población LGBT⁴³.

Otro punto que merece ser destacado, se refiere a los discursos que instituyen, establecen y constituyen verdades sobre los sujetos y sus prácticas. Los campos discursivos pueden entenderse como espacios simbólicos que, a través del capital lingüístico, mantienen el poder de instituir y propagar verdades y discursividades dominantes que, en consecuencia, resultan en la creación de discursividades dominadas⁴⁴.

Algunas personas transexuales relatan que durante una consulta tuvieron que educar a sus médicos al respecto del cuidado en salud para las personas transgénero, constituyendo eso una barrera para la atención de esas personas⁴³. Ese dato confirma una serie de estudios^{25,26,30,31} analizados en esa investigación, los cuales demuestran la deficiencia del currículo en la formación en medicina con enfoque en género y salud de minorías sexuales.

Según un estudio realizado en 2011⁴⁵, en el currículo del pregrado en medicina el promedio de horas sobre salud LGBT fue de 5 horas. Otro estudio nacional⁴⁶, realizado en Estados Unidos, encontró que las instituciones de pregrado en medicina enseñaban contenidos

limitantes, apenas definiciones de orientación sexual e identidad de género, y contenidos estigmatizadores, asociando informaciones sobre VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) e Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) al público LGBT. Sin embargo, la mayoría de los currículos fallaron al abordar aspectos relacionados con la salud mental, los cuidados preventivos y los determinantes sociales de la salud, los cuales influyen en el cuidado y afectan desigualmente a la población LGBT.

En esa perspectiva, un estudio con el objetivo de describir la incorporación del tema de los cuidados en salud LGBT en los currículos del pregrado en Farmacia⁴⁷, demostró que el 14% de las universidades que participaron en la investigación, informaron una “buena” o “muy buena” cobertura de contenidos de enseñanza en el área LGBT. Cuando el tema “Salud LGBT” era abordado en el currículo, la mayoría de las veces, estaba asociado a infección por VIH (71%) y/o ETS.

Al analizar esos estudios, se observa que el conocimiento sobre las demandas en salud para la población LGBT todavía se limita al tema de las ETS y al VIH, ya que la población LGBT está incluida en un grupo vulnerable a esos problemas de salud. Sus primeras reivindicaciones en el campo de la salud se enfocaron en las políticas de prevención del VIH en la década de 1990. A partir del momento en que esas pautas fueron atendidas, los movimientos sociales LGBT empezaron a producir una agenda de reivindicaciones relacionadas con la salud integral LGBT⁴⁸.

Aunque sean vulnerables a las ETS y al VIH, esas no son las únicas demandas de esa población en términos de salud. Sus otras necesidades en salud parecen permanecer “ocultas”, haciéndose evidentes únicamente esas demandas, lo cual revela estigma y discriminación⁴⁹. No solo es crucial la investigación, también lo es la incorporación de saberes y prácticas en los currículos que incluyan problemas específicos que la población LGBT enfrenta, como cuidados en salud de forma integral, más allá del tema género y sexualidad.

No obstante, mencionen la necesidad de incluir contenidos que aborden la salud LGBT, los artículos no presentan las competencias y habilidades necesarias a partir de un currículo preparado para la diversidad sexual y de género. Estudios indican^{44,50} que es necesario que los profesionales de la salud posean conocimientos aplicados a las demandas específicas de la comunidad LGBT y entiendan cómo los determinantes sociales de la salud impactan directamente la vida de esas personas.

Una de las competencias que se recomienda enseñar a los practicantes del área de salud es el conocimiento sobre conceptos de orientación sexual e identidad de género⁵¹. El profesional en formación necesita obtener habilidades a partir de esos conceptos y significados de la terminología, para no hacer suposiciones sobre la identidad de género o sexual de una persona partiendo de su expresión; para reconocer que los términos y significados pueden variar de acuerdo con las personas, el lugar y el tiempo, y comprender que el proceso de identidad y afirmación de género puede implicar cambios corporales (a través de terapia hormonal y/o cirugías) si así lo desean⁵¹.

El proyecto norteamericano *National LGBT Health Education Center* promovido por el Fenway Institute publicó en 2016 una guía de orientaciones llamada *“Improving the health care of lesbian, gay, bisexual and transgender people: Understanding and Eliminating Health disparities”* en la que se presentan sugerencias para los profesionales de la salud sobre el cuidado de la población LGBT. Crear un ambiente acogedor e incluyente es el primer paso presentado en esa guía para atender las necesidades en salud de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, travestis y demás identidades de género. Acciones como, incluir las diversas orientaciones sexuales y de género en formularios de admisión, el uso de una comunicación efectiva que respete el uso del nombre social, así como el uso de pronombres que hagan con que el individuo se sienta cómodo, son estrategias que aumentan la calidad y la efectividad del cuidado prestado al individuo⁵².

La sexualidad y el género se materializan en el lenguaje. El acto de nombrar de cierta manera al sujeto le exige asumir determinados roles de género/sexo. Así como el género binario y la heterosexualidad obligatoria, el tránsito de los géneros vividos por la población trans y travesti también opera en el campo del lenguaje⁴¹. Respetar el nombre escogido por las personas transexuales y travestis es un requisito importante para la atención en salud de esas personas, ya que el nombre carga junto al cuerpo una serie de símbolos de feminidad y masculinidad y actúa como parte del proceso de readecuación de género⁵³.

A pesar de los avances alcanzados en los últimos años, el paradigma médico hegemónico actual considera la persona LGBT como portadora de un trastorno que necesita tratamiento, intervención y corrección, obedeciendo a una lógica de normalización y linealidad entre sexo, género y sexualidad. Una crítica a esa concepción cuestiona esa linealidad y afirma que

existen diferentes formas de transitar entre los géneros, y ese movimiento no está predestinado a la estructura corporal.

El concepto de género surge para romper con el determinismo biológico y afirmar que no hay una esencia femenina ni masculina que nazca con el individuo. Hay una serie de refuerzos pedagógicos y disciplinarios que hacen un cuerpo femenino o masculino. Posteriormente, esa concepción se amplió más allá de las identidades de género, y se percibió que las instituciones, las prácticas y las profesiones también están “generificadas” es decir, cargan marcas femeninas y/o masculinas y, de alguna manera, son jerarquizadas en ese sistema de género. Sin embargo, aún existe un predominio de actitudes y convenciones sociales naturalizadas con relación a la sexualidad, destinadas a la heteronormalización de las prácticas sexuales, cuyas acciones limitan el desarrollo de las potencialidades de los individuos. Estas convenciones parten del sentido de que pueda existir un sujeto desviante en oposición a un sujeto referencia, estableciendo el par heterosexualidad/homosexualidad como oposición decisiva y determinante de prácticas y sujetos.

Con respecto a estas cuestiones y puntos de vista, Butler (2003) llama la atención para la manera como la cultura de las sociedades modernas no admite que un sujeto sea otra cosa además de un hombre o una mujer, lo cual refleja un carácter heterosexual de los deseos y relaciones sexuales conocido como heteronormatividad. Constituyendo de esa manera un conjunto de relaciones de poder, que privilegia y promueve la heterosexualidad en detrimento de las demás orientaciones sexuales.

La Teoría Queer dialoga con la multiplicidad de las diferencias humanas, y admite la existencia de un ser humano subversivo, capaz de deconstruir patrones y perspectivas cristalizadas. La teoría tiene sus fuentes en los estudios de Foucault sobre la sexualidad y en las obras sobre género de Judith Butler, que analizan la sexualidad como construcción histórica y social que puede ser repensada por medio de críticas contra al conservadurismo. Esa teoría no se resume a sexualidad, sino que combate valores hipócritas usados como justificaciones para la discriminación.

Una noción más amplia de sexualidad, desarrollada por Michel Foucault (2005), en su conocida obra *Historia de la Sexualidad – la voluntad de saber*, entiende que la sexualidad implica los placeres corporales, las formas como los cuerpos viven esos placeres, la forma como se relacionan con el otro y como inventan y se reinventan en esa trama. Según señala el

autor, la sexualidad es un dispositivo histórico contingente que reúne prácticas sociales alrededor del cuerpo, sus usos y placeres. Foucault entiende dispositivo como un conjunto de estrategias de poder y saber que están vinculadas a determinados discursos para que ejerzan efectos de verdad.

En esa perspectiva, entendemos que sexo, género y sexualidad son construcciones histórico-culturales, por lo tanto, son productos y efectos de las relaciones de poder que los constituyen. En relación con cada una de esas categorías, podemos observar diferentes formas de discriminación: con respecto al sexo, tenemos el sexismo (que encuentra en el machismo su más fuerte expresión) en relación al género, lo que es más evidente es la misoginia (que puede ser definida como una manifestación de odio y aversión a lo que se considera femenino) y, en relación con la sexualidad, tenemos la homofobia (quizás la más exacerbada y banalizada en nuestra cultura). Todas estas formas de prejuicio y discriminación están interrelacionadas y, si las asociamos a otros marcadores sociales como clase, edad y etnia, pueden volverse aún más crueles y arbitrarias.

A pesar de que expresiones como diversidad, respeto a las diferencias, libertad y respeto al otro, se han convertido actualmente en objeto de observación en las pautas de la educación, la escuela aún está aferrada a las concepciones sobre cuerpo, sexualidad y género, que fueron construidas en el siglo XVI y, por lo tanto, tales discusiones se entienden como polémicas y están impregnadas de pudores y tabús, y los discursos en relación a ella son controlados. En este contexto marcado por la legitimización de determinadas identidades y prácticas sexuales y de represión y rechazo de otras, las discusiones en relación a la Diversidad Sexual son permeadas por diferentes lenguajes, identidades y percepciones que luchan por sus derechos y ganan terreno en la lucha contra las desigualdades.

La inserción de la diversidad en las políticas educativas, en los currículos, en las prácticas pedagógicas y en la formación docente implica comprender las causas políticas, económicas y sociales de fenómenos como: la desigualdad, la discriminación, el etnocentrismo, el racismo, el sexismo, la homofobia y la xenofobia. Implica comprender y lidiar con las relaciones de poder.

Ante ese escenario, la herramienta comunicación es un tipo de competencia cultural esencial para que el profesional esté preparado para atender las demandas en salud de la población LGBT⁴⁹. La guía *“Providing LGBTQ-inclusive care and service at your pharmacy”* creada

por la Human Rights Campaign Foundation en 2016, proporciona recomendaciones de comunicación para establecer una relación de confianza entre la persona LGBT y el profesional que trabaja en la farmacia (farmacéuticos y técnicos en farmacia). Usar los pronombres solo si se está seguro de la identidad de género de la persona o adoptar un lenguaje de género neutro, hacer los formularios más incluyentes, no apenas con opciones binarias, no hacer suposiciones de identidad de género y/u orientación sexual de la persona con base en su nombre o en su apariencia y evitar hacer preguntas innecesarias que no sean relevantes para la atención, son algunas de las estrategias mencionadas⁵⁴.

Aún sobre las habilidades de comunicación, la guía Fenway Institute (2016) aconseja que los médicos hagan preguntas abiertas con base en los términos y los pronombres que las personas usan para describirse y así evitar preguntas con tonos de juicio/discriminación o asumir la cisheterosexualidad obligatoria. Por ejemplo, en lugar de preguntar “¿tiene novio/novia?” mejor preguntar: “¿tiene alguna relación de pareja?”

Para proveer una atención equitativa y de alta calidad a la comunidad LGBT⁵⁵, las escuelas de medicina deben trabajar en su proceso de enseñanza con el objetivo de eliminar los prejuicios que influyen en las apreciaciones y los comportamientos de los futuros médicos con respecto a la orientación sexual e identidad de género. Preparar a los estudiantes para cuidar a las minorías sexuales, incluyendo en su formación contenidos que los ayuden a tratar al público LGBT y habilidades para la asesoría sobre prácticas sexuales seguras, está asociado a la reducción de juicios y prejuicios⁵⁶.

Por lo tanto, es urgente potencializar y afirmar las diferencias y comprender que el extrañamiento con nuestras realidades, el extrañamiento que sentimos cuando algo es diferente afirma la vida y la diversidad, haciendo necesario el fluir a través del lenguaje y sus signos para permitir los tránsitos y los nuevos acuerdos.

La falta de habilidad y competencia cultural y profesional para el cuidado de la salud LGBT, aleja a estos individuos de los servicios, y atrasa el inicio de los cuidados preventivos^{23,30}. Por tanto, las personas que pertenecen a la comunidad LGBT acuden menos a los servicios de salud debido a experiencias anteriores de discriminación y el miedo inminente de revivir esos momentos^{48,55}. La acción del profesional de la salud en la consulta de salud sexual debe tener en cuenta, lo más ampliamente posible, los aspectos biológicos, sociales, subjetivos y comunicativos pertinentes a las experiencias sexuales, a la autopercepción corporal, a los

intercambios afectivos y a las relaciones humanas significativas, abordando las vulnerabilidades, las potencialidades y las necesidades.

CONSIDERACIONES FINALES

El análisis de los artículos nos permitió identificar que, aunque existen directrices que expresan la necesidad de incluir debates sobre género y sexualidad en el currículo de diversos cursos de pregrado en el área de la salud, aún existe la necesidad de que temas sobre las especificidades del cuidado en salud hagan parte de los currículos de los profesionales de la salud.

Diversos estudios señalaron la necesidad de desarrollar la competencia cultural para el cuidado de individuos LGBT. Cabe destacar que la competencia cultural es un proceso y no solo un evento puntual, su desarrollo abarca ciclos a lo largo de toda la formación profesional.

Para avanzar en la discusión, es importante comprender que la batalla por el reconocimiento y por el derecho a la diversidad no se opone a la lucha por la superación de las desigualdades sociales, históricamente presentes en la sociedad, la familia, la escuela y en las políticas educativas. Por eso es importante conocer para no caer en el error de tratar las diferencias de forma discriminatoria, aumentando aún más la desigualdad, que se extiende a través de la combinación de las relaciones asimétricas de clase, raza, género, edad y orientación sexual.

La construcción de una pedagogía que valore las diversidades y de un currículo que no normalice a los sujetos basándose en patrones, sean los que sean, y que incluso atienda a aquellos que se encuentran en las fronteras, es necesaria para una verdadera democratización. Es fundamental para la construcción de representaciones sociales sobre este tema, lo que puede constituirse como una acción estratégica para la efectiva implementación de las políticas públicas y sociales relacionadas. El reconocimiento de la multiplicidad de formas de expresión de la sexualidad, tema actual y relevante, es de interés para todos aquellos que, como profesionales o no, defienden una sociedad que respete la diversidad humana.

En general, son necesarios nuevos trabajos sobre el tema para discutir tanto la formación de los profesionales que atenderán pacientes LGBT, como los procesos necesarios para la implementación de políticas que tengan como objetivos de mejorar la atención en salud y reducir los procesos discriminatorios en salud. Por tanto, este artículo destaca y refuerza primordialmente, la idea de que la introducción de estudios de género y sexualidad no solo es

necesaria, sino que debería ser obligatoria desde el punto de vista pedagógico, en los diferentes cursos de la salud, ya que proporciona una formación integral, centrada en el análisis crítico y reflexivo de los procesos de salud-enfermedad-cuidado y que se pone en práctica de forma significativa en la práctica cotidiana.

REFERÊNCIAS

1. Shipherd JC. Defining Competence when Working with Sexual and Gender Minority Populations: Training Models for Professional Development. *Clin Psychol Sci Pract.* 2015 Jun 1;22(2):101–4.
2. Ford J V., Barnes R, Rompalo A, Hook EW. Sexual health training and education in the U.S. *Public Health Rep.* 2013;128(SUPPL. 1):96–101.
3. Cesnik VM, Zerbini T. Sexuality education for health professionals: A literature review. *Estud Psicol.* 2017;34(1):161–72.
4. Rowan NL, Beyer K. Exploring the Health Needs of Aging LGBT Adults in the Cape Fear Region of North Carolina. *J Gerontol Soc Work.* 2017;60(6–7):569–86.
5. Talan AJ, Drake CB, Glick JL, Claiborn CS, Seal D. Sexual and Gender Minority Health Curricula and Institutional Support Services at U.S. Schools of Public Health. *J Homosex.* 2017;64(10):1350–67.
6. Viana C. Gênero, sexualidade e políticas públicas de educação: um diálogo com a produção acadêmica. *Pro-Posições,* 2012;23:127-143.
7. World Health Organization. Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and related indicators. Geneva: WHO;2010. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/who_rhr_10.12_eng.pdf?ua=1>. Consultado: 23 mar. 2020
8. World Association for Sexual Health. Sexual health for the millennium: a declaration and technical document. Minneapolis: World Association for Sexual Health; 2008. Disponible en: <http://176.32.230.27/worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/millennium-declaration-english.pdf>

9. Tucker P, Candler C, Hamm RM, Smith EM, Hudson JC. Assessing changes in medical student attitudes toward non-traditional human sexual behaviors using a confidential audience response system. *Sex Education* 2010; 10:37-45.
10. Silva JMN, Paulino DB, Raimondi GA. Gênero e Sexualidade na Graduação em Saúde Coletiva do Brasil. *Cien Saude Colet [periódico en internet]* (2018/Out). [Consultado 25/05/2020]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/genero-e-sexualidade-na-graduacao-em-saude-coletiva-do-brasil/16967?id=16967>
11. Ferreira TS. Entre o real e o imaginário: problematizando o currículo do curso de Licenciatura em Pedagogia em relação a gênero e sexualidade Feira de Santana, BA. 319 f. 2013. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2013.
12. Daniliauskas M. Relações de gênero, diversidade sexual e políticas públicas de educação: uma análise do programa Brasil Sem Homofobia. 2011. Dissertação (Mestrado em Educação) – FEUSP, São Paulo, 2011.
13. Unbehaun, Sandra Gouretti. As questões de gênero na formação inicial de docentes: tensões no campo da educação. Tese (Doutorado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.
14. Resiner S, et al. Global health burden and needs of transgender populations: A review. *The Lancet* 2016; 388:412-436.
15. Shindel AW, Parish SJ. Sexuality Education in North American Medical Schools: Current Status and Future Directions (CME). *J Sex Med.* 2013;10(1):3–18.
16. Rufino AC, Madeiro A, Girão MJBC. Sexuality education in Brazilian medical schools. *J Sex Med.* 2014;11(5):1110–7.
17. Obedin-maliver J, Goldsmith ES, Stewart L, White W, Tran E, Brenman S, et al. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender–Related Content in Undergraduate Medical Education. 2015;306(9):971–7.
18. Malhotra S, Khurshid A, Hendricks KA, Mann JR. Medical school sexual health curriculum and training in the United States. *J Natl Med Assoc [Internet]*. 2008;100(9):1097–106. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0027-9684\(15\)31452-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0027-9684(15)31452-8).

19. FitzGerald M, Crowley T, Greenhouse P, Probert C, Horner P. Teaching sexual history taking to medical students and examining it: Experience in one medical school and a national survey. *Med Educ*. 2003;37(2):94–8.
20. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Altman D, Antes G, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6(7).
21. Critical Appraisal Skills Programme (CASP): making sense of evidence. London: Public Health Resource Unit, University of Oxford; 2006
22. Espíndola CR, Blay SL. Percepción de familiares sobre la anorexia y bulimia: Revisión sistemática. *Rev Saude Publica*. 2009;43(4):707–16.
23. Patterson JG, Jabson Tree JM, Kamen C. Cultural competency and microaggressions in the provision of care to LGBT patients in rural and appalachian Tennessee. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2019;102(11):2081–90. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.06.003>
24. Ruben MA, Shipherd JC, Topor D, AhnAllen CG, Sloan CA, Walton HM, et al. Advancing LGBT Health Care Policies and Clinical Care Within a Large Academic Health Care System: A Case Study. *J Homosex* [Internet]. 2017;64(10):1411–31. Available from: <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1321386>
25. Bonvicini KA. LGBT healthcare disparities: What progress have we made? *Patient Educ Couns* [Internet]. 2017;100(12):2357–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.003>
26. DeVita T, Bishop C, Plankey M. Queering medical education: systematically assessing LGBTQI health competency and implementing reform. *Med Educ Online* [Internet]. 2018;23(1). Available from: <https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1510703>
27. Wittenberg A, Gerber J. Recommendations for improving sexual health curricula in medical schools: Results from a two-arm study collecting data from patients and medical students. *J Sex Med*. 2009;6(2):362–8.
28. De Guzman FLM, Moukoulou LNN, Scott LD, Zerwic JJ. LGBT inclusivity in health assessment textbooks. *Journal of Professional Nursing*. 2018;34(6):483-7.

29. Elk R, Felder TM, Cayir E, Samuel CA. Social Inequalities in Palliative Care for Cancer Patients in the United States: A Structured Review. *Seminars in Oncology Nursing* 2018; 34:303-315.
30. Boehmer VC. LGBT populations' barriers to cancer care. *Seminars in Oncology Nursing* 2018; 34:21-29.
31. Bolderston A, Ralph S. Improving the health care experiences of lesbian, gay, bisexual and transgender patients. *Radiography*, Elsevier 2016; 22: 207-211.
32. Wagner E, McCord G, Stockton L, Gilchrist VJ, Fedyna D, Schroeder L, et al. A sexual history-taking curriculum for second year medical students. *Med Teach*. 2006;28(2):184–6.
33. Clegg M, Pye J, Wylie KR. Undergraduate Training in Human Sexuality—Evaluation of the Impact on Medical Doctors' Practice Ten Years After Graduation. *Sex Med [Internet]*. 2016;4(3):e198–208. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.esxm.2016.04.004>
34. Kaebnick GE. Learning about Teaching. *Hastings Cent Rep*. 2014;44(5):2. Consultado: 12.03.2020.
35. Lightfoote JB, Fielding JR, Deville C, Gunderman RB, Morgan GN, Pandharipande P V., et al. Improving diversity, inclusion, and representation in radiology and radiation oncology part 1: Why these matter. *J Am Coll Radiol*. 2014;11(7):673–80.
36. Gomes, N. L. Indagações sobre currículo: diversidade e currículo. Beauchamp J, Pagel SD, Nascimento AR (Orgs.). Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica, 48p, 2007.
37. Radl-Philipp RM. “Questões epistemológicas sobre gênero: o debate atual” Ponencia VII Colóquio do Museu Pedagógico: “Educação, História, Memória e Práticas Sociais. *Publ. UEPG Ci. Hum., Soc. Apl., Ling., Letras e Artes* 2008; 16:9-20.
38. Bourdieu P. *A Dominação Masculina*. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 2002.
39. Louro, GL. *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

40. Butler, J. Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade. 17 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2019, 287p.
41. Bento, B. A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond. 2006, 256p.
42. Rocon PC, Wandekoken KD, Barros MEB de, Duarte MJO, Sodré F. ACESSO À SAÚDE PELA POPULAÇÃO TRANS NO BRASIL: NAS ENTRELINHAS DA REVISÃO INTEGRATIVA. *Trab Educ e Saúde*. 2020;18(1).
43. Najor AJ, Kling JM, Imhof RL, Sussman JD, Nippoldt TB, Davidge-Pitts CJ. Transgender Health Care Curriculum Development: A Dual-Site Medical School Campus Pilot. *Heal Equity* [Internet]. 2020 Apr 1;4(1):102–13. Available from: <https://doi.org/10.1089/heq.2019.0106>
44. Foucault M. Nacimiento de la Biopolítica. Curso em el Collège de France: 1978-1979. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007
45. Cooper MB, Chacko M, Christner J. Incorporating LGBT Health in an Undergraduate Medical Education Curriculum Through the Construct of Social Determinants of Health. *MedEdPORTAL J Teach Learn Resour*. 2018;14:10781.
46. Ufomata E, Eckstrand KL, Spagnoletti C, Veet C, Walk TJ, Webb C, et al. Comprehensive Curriculum for Internal Medicine Residents on Primary Care of Patients Identifying as Lesbian, Gay, Bisexual, or Transgender. *MedEdPORTAL J Teach Learn Resour*. 2020;16:10875.
47. Mandap M, Carrillo S, Youmans SL. An evaluation of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health education in pharmacy school curricula. *Curr Pharm Teach Learn* [Internet]. 2014 Nov 1 [cited 2020 Apr 23];6(6):752–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877129714001129?via%3Dihub>
48. Monteiro S, Brigeiro M. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. *Cad Saude Publica*. 2019;35(4):e00111318.
49. Magno L, Silva LAV da, Veras MA, Pereira-Santos M, Dourado I. Estigma e discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres transgênero: revisão sistemática. *Cad Saude Publica*. 2019;35(4):e00112718.

50. Grundmann O, Segal R, Pullo J, Davis L, Felix-Irizarry Y, Da Silva L, et al. The Pharmacist as an LGBTQ+ Ally. *Am J Pharm Educ* [Internet]. 2020 Jan 31;ajpe7835. Available from: <http://www.ajpe.org/content/early/2020/01/31/ajpe7835.abstract>

51. Keuroghlian AS, Ard KL, Makadon HJ. Advancing health equity for lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people through sexual health education and LGBT-affirming health care environments. *Sex Health* [Internet]. 2017;14(1):119–22. Available from: <https://doi.org/10.1071/SH16145>

52. The Fenway Institute. The National LGBT Health Education Center. Improving the health care of lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people: understanding and eliminating health disparities 2016; 16p.

53. Silva LKM da, Silva ALMA da, Coelho AA, Martiniano CS. Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. *Physis Rev Saude Coletiva* [Internet]. 2017;27:835–46. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000300835&nrm=iso

54. Human Rights Campaign Foundation. Providing LGBTQ-inclusive care and services at your pharmacy 2016; 12p.

55. Fakhoury JW, Daveluy S. Incorporating Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Training into a Residency Program. *Dermatol Clin* [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2020 Apr 23];38(2):285–92. Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0733863519301275?via%3Dihub>

56. Melin K, Hilera-Botet CR, Vega-Vélez D, Salgado-Crespo VM, Santiago D, Hernández-Agosto J, et al. Readiness to provide pharmaceutical care to transgender patients: Perspectives from pharmacists and transgender individuals. *J Am Pharm Assoc* [Internet]. 2019 Sep 1;59(5):651–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.japh.2019.04.018>

ARTIGO 3 (CAPÍTULO DO LIVRO⁷)
OS MOVIMENTOS SOCIAIS E A GÊNESE DE UMA POLÍTICA DE SAÚDE
PARA A POPULAÇÃO LGBT NO BRASIL: REFLEXÕES À LUZ DA ANÁLISE
SOCIOLÓGICA EM SAÚDE

O engajamento de agentes sociais tem sido relatado por diversos autores como propulsor para a conquista de espaço social, direitos e para a consecução e proposição de temas relacionados ao direito à saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (*LGBT*) no Brasil (GREEN et al., 2019; 2018).

Desde a década de 1970, o debate vem se aprofundando e agregando novos agentes, inicialmente do campo médico com o advento da pandemia da AIDS e, posteriormente, do espaço da saúde coletiva, do campo burocrático, do campo científico e do movimento militante homossexual, dentre outros (BARROS, 2013). Cabe destacar, que embora o campo da saúde coletiva tenha surgido a partir da confluência de conhecimentos, origens e práticas do campo científico, a sua constituição enquanto um campo pode ser confirmada, pois a partir do movimento interno na academia, passa a incluir a capacidade de interação dos agentes em outros espaços sociais, como os partidos políticos, grupos; movimentos lideranças sociais e uma série de atores que contribuíram para uma percepção das relações das condições de saúde e de vida das populações com a mobilização social, entrelaçando assim os serviços de saúde e seus domínios burocráticos a novas visões e práticas em saúde (VIEIRA DA SILVA, 2018; BOURDIEU, 2011).

Posteriormente, tornou-se o movimento social LGBT brasileiro, de cunho técnico, contribuindo para importantes mudanças por meio da luta contra a discriminação e o estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS e outras causas sociais, incluindo a diversificação de identidades e conquista de direitos, a exemplo do direito à saúde (GREEN et al., 2018). Esse cenário pode ter alavancado estratégias para a ampliação do debate acerca do enfrentamento das iniquidades e das desigualdades em saúde com foco na população LGBT.

Assim, o objetivo do capítulo é identificar os agentes e as disputas iniciais envolvidos na gênese da política de saúde LGBT no Brasil, o que pode revelar (sem esgotar as análises), os possíveis não realizados, mortos e esquecidos, intitulado por Bourdieu (2012) como “Amnésia da Gênese”, afastando-nos da tendência em aceitar que o que ocorreu era o que

⁷ Capítulo incluído na coletânea Saúde e população LGBT: demandas e necessidades para produção do cuidado (no prelo).

deveria ter acontecido (BOURDIEU, 2012). Ou seja, compreender “à medida que a história avança, o espaço de possíveis realizáveis se fecha, porque as alternativas iniciais de onde saíram as escolhas historicamente construídas são esquecidas” (BARROS, 2013 p.32;). Trata-se de uma análise crítico-reflexiva de fatos históricos e o engajamento de agentes sociais de diversos campos e espaços, desde a década de 1970 até a gênese da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), elencando transversalmente, ainda que não seja o ponto central, alguns processos políticos que desencadearam a conquista de direitos sociais e a busca pela construção de mais equidade no Sistema Único de Saúde.

A partir dessa abertura e justificativa do tema, faremos uma pequena digressão no tópico seguinte cujo objetivo central é uma análise dos conceitos principais da obra sociológica de Pierre Bourdieu, *habitus* e o conceito de campo e espaço social, que subsidiaram as análises de trajetórias dos agentes. Nessa altura, traçaremos um pequeno paralelo entre os conceitos fundamentais da teoria social de Bourdieu para o estudo da gênese da política apoiado na proposta de Pinell para a análise sociológica de políticas públicas (PINELL, 2010), ante a uma breve contextualização das implicações do movimento social, a partir da análise das condições históricas que contribuíram para a constituição de espaços sociais e condições de possibilidade para o debate e inclusão de pautas relacionadas com as necessidades em saúde da população LGBT no Brasil.

Os conceitos fundamentais da teoria social de Bourdieu e proposta da análise sociológica das políticas de saúde

Para Pierre Bourdieu, a constituição do espaço social resulta de processos de diferenciação social, da forma de ser e do conhecimento do mundo. Sendo assim, o “*espaço social*” é invisível e definido pelas práticas e representações dos indivíduos. Isto significa que as práticas obedecem a lógica dos espaços sociais (BOURDIEU, 2002; 2007). Bourdieu (2002) entende o espaço social como um campo de lutas onde os agentes (indivíduos e grupos) elaboram estratégias que permitem manter ou melhorar sua posição social. E essas estratégias estão relacionadas com os diferentes tipos de capital.

Nos espaços sociais interagem os agentes detentores de diferentes tipos de capital (simbólico, social, intelectual, cultural, econômico, político, militante e burocrático) (BOURDIEU, 1996), sendo importante compreender o significado de cada um dos capitais que serão adotados neste estudo (capital simbólico, capital social, capital cultural, capital

político, capital militante, capital burocrático), com o intuito de facilitar a análise do volume e tipo de capital dos diferentes atores nos espaços sociais. (Quadro 1)

O uso dos capitais como categoria analítica é fundamental para a análise da trajetória dos agentes e, por consequente, das posições ocupadas por estes no processo de tomada de decisão quanto à formulação da política LGBT.

Quadro 1. Síntese dos conceitos fundamentais da teoria social de Pierre Bourdieu.

Termo	Conceito	Referência
Capital simbólico	Propriedade qualquer percebida pelos agentes sociais e cujas categorias esses possam entender e reconhecer atribuindo um valor. Só existe mediante o reconhecimento que o outro dá a ele, pelo valor social que ele tem. É um capital específico ganho por quem faz parte de um determinado espaço social	BOURDIEU, 2001 p. 296
Capital social	<i>social</i> auxilia o entendimento da distribuição dos indivíduos em uma rede estável de relações sociais e os benefícios que da sua posição, que pode gerar externalidades positivas para outros membros. Tende a ser uma espécie de multiplicador de poder por um efeito de agregação simbólica e as redes de relações sociais, que permitem aos indivíduos ter acesso aos recursos dos membros do grupo.	BOURDIEU, 1980; BOURDIEU, 2011;
Capital cultural	Vinculado a conhecimentos, à qualificação intelectual produzida e transmitida pela família e pelas instituições escolares. O grau de investimento na carreira escolar está vinculado ao retorno provável que se pode obter com o título escolar, notadamente no mercado de trabalho	BOURDIEU, 2008
Capital político	Relacionado à capacidade de mobilização de um ator. É uma espécie de capital social e simbólico, obtido a título pessoal, resultado de um capital pessoal de notoriedade e popularidade (ser conhecido e reconhecido), ou por delegação de uma organização detentora desse tipo de capital, como partidos ou sindicatos	BOURDIEU, 2012
Capital militante	“Conjunto de saberes e práticas mobilizados durante as ações coletivas, sendo incorporado sob a forma de técnicas, de disposições de agir, intervir ou simplesmente obedecer”. um indivíduo dotado deste capital pode se enviesar em uma trajetória política, decorrente das convicções militante ou se constituir em um sujeito crítico e com uma potência transformadora propiciando um ambiente de mudança no espaço social.	MATONTI e POUPEAU, 2004
Capital burocrático ⁸	Um capital delegado pelo Estado e constituído por representantes do Estado, sobre os outros tipos de capital, uma espécie de ' <i>metacapital</i> ', com poder sobre os outros tipos de capital e sobre seus detentores e outros espaços.	BOURDIEU, 1996; 2006;2011

⁸Apesar de Bourdieu não apresentar uma definição formal de capital burocrático, apresenta diversas referências pontuais que permitem compreender o seu conceito.

habitus A diferença entre o grupo de agentes com alto volume de capital global e o grupo com baixo volume, correspondem a diferenças nas disposições. BOURDIEU, 2012 p.28

As práticas dos agentes, por sua vez, são mediadas a partir de suas distintas disposições (estruturas internalizadas), posições e movimentos nos diversos campos constitutivos do espaço social (BOURDIEU, 2000). Logo, a tomada de posição dos indivíduos no espaço social depende da posição que ele ocupe nesse espaço, isto é, depende da distribuição de capital simbólico e do espaço de possibilidades herdado de lutas anteriores (BOURDIEU, 2011, p.64). Ou seja, a sua trajetória, que descreve uma série de “posições sucessivamente ocupadas por um indivíduo em estados sucessivos em um campo ou espaço social, conforme as disposições de sua origem social, que o orienta a certas possibilidades” (BOURDIEU, 2011, p.71).

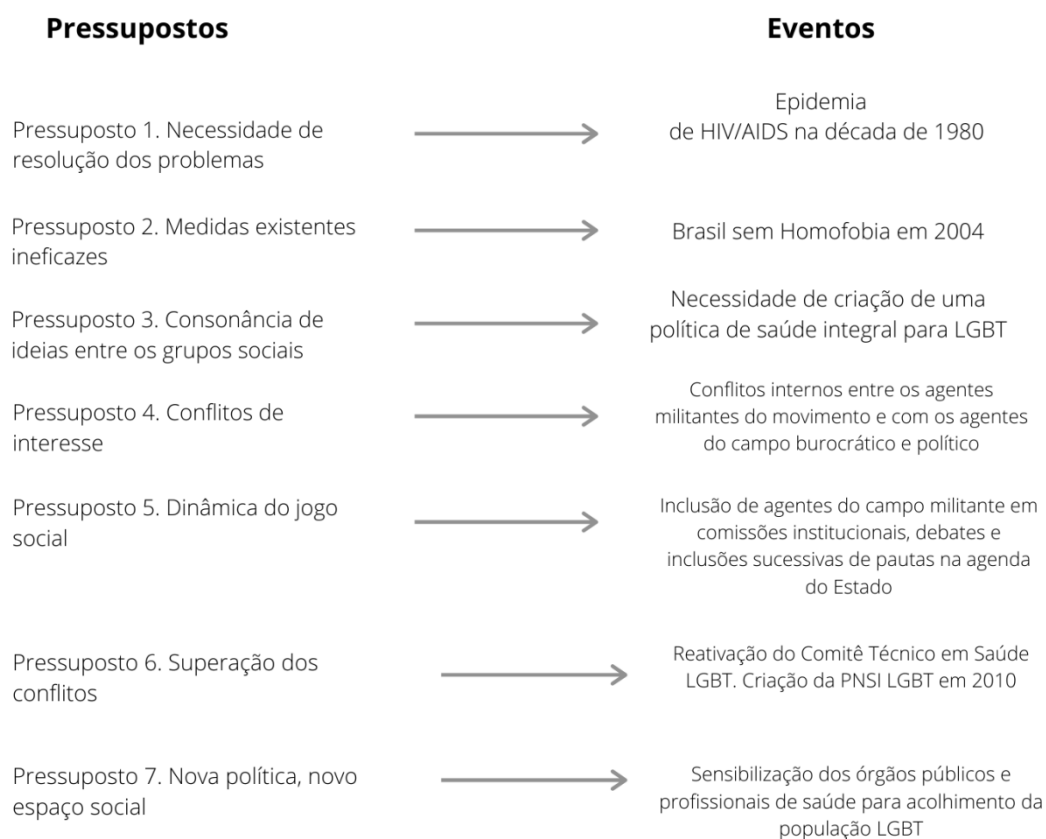
Esses conceitos são fundamentais para identificar as trajetórias dos principais agentes envolvidos com a formulação e implementação de uma determinada política, situando-os em relação às posições ocupadas no espaço social e no campo específico do qual fazem parte (PINELL, 2011). As trajetórias e o *habitus* dos agentes foram analisados de forma a compreender a dinâmica social que culminou com a emergência da proposição da política e as disputas conduzidas ao longo da história e os diferentes capitais dos agentes envolvidos (BOURDIEU, 2013).

Na perspectiva Bourdiesiana, a compreensão da formulação das políticas decorre da análise das lutas desenvolvidas entre os agentes no interior de diferentes polos de determinado espaço social, através da elucidação das principais questões em jogo neste espaço (VIEIRA-DASILVA, 2011; PINELL, 2011; BOURDIEU, 2014), às quais culminaram no processo de produção social dos problemas de saúde e, conseqüentemente, das políticas a eles direcionados.

Portanto, analisar a gênese de uma política de saúde é buscar compreender o contexto político, cultural e social que determinou a necessidade de intervenção do Estado para a implementação de medidas específicas de controle de um determinado problema de saúde, ou seja, quais foram as condições que possibilitaram o reconhecimento de um determinado agravo à saúde como um problema social que exigia uma resposta governamental específica, ao considerarmos que é no âmbito do Estado que se formulam as políticas de saúde. Logo, é imprescindível pensar o Estado e sua conformação para a análise da gênese.

Ante a essas premissas, cabe destacar algumas proposições elaboradas por Pinell (2010) acerca dos processos comuns à emergência das políticas, sintetizadas na figura 1 e que constituirá o cerne analítico central do capítulo. As proposições iniciam a partir do reconhecimento da necessidade da implementação de medidas específicas para determinado evento, conduzem o poder público ao reconhecimento da existência de um problema e reassume a responsabilidade de uma análise preexistente desse problema por meio da ideia de construção social do problema de saúde (causa, os agentes envolvidos e o contexto) e compreender a evolução do problema. Mas, também, faz-se premente que haja consonância de ideias entres os diversos grupos sociais (com distintos pontos de vista e contradições existentes) para o reconhecimento de determinados problemas, e da dinâmica social para a definição comum do problema, de interesse coletivo para a consecução da formulação da política pública (PINELL, 2010).

Figura 1. Sistematização da correlação entre os pressupostos e eventos inerentes a temática LGBT.



Fonte: elaboração própria

Para reconstruir a gênese da PNSI-LGBT no país, foram analisadas as condições históricas para a sua emergência e reconstruída a dinâmica do espaço e da participação dos agentes dos campos burocrático, científico e político, bem como do espaço militante (ou associativo) por meio de um levantamento bibliográfico e organização temporal dos fatos históricos que permitiu a identificação de agentes e movimentos sociais implicados com a luta por direitos em diferentes conjunturas sociais (Quadro 2)

Quadro 2. Mapeamento dos agentes no período da gênese da PNSI-LGBT (2004 - Publicação do Plano Brasil sem Homofobia, até formalização da Política em 2011).

Agente	Cargo/ movimento	Período	Etapa do ciclo da política	País/ Região
Edward Macrae	Um dos fundadores do grupo SOMOS	Décadas de 80-90	Estratégias para enfrentamento da epidemia de HIV	Brasil, Salvador
Miriam Martinho	Fundadoras do Movimento Lésbico no Brasil, Fundou também, com outros ativistas, a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis – ABGLT	Grupo Lésbico-Feminista (1979-1981), Grupo Ação Lésbica-Feminista (1981-1989) e Rede de Informação Um Outro Olhar (1989....)	-	Brasil, São Paulo
Luiz Roberto de Barros Mott	Professor Titular da Universidade Federal da Bahia Diretor do Grupo Gay da Bahia	1988 – 2002	(PNHD II) 12ª CNS e discussão de direitos LGBT no SUS	Brasil, Salvador
Jean Wyllys de Matos Santos	Coordenador da Frente Parlamentar dos Direitos Humanos, da Frente Parlamentar Mista pela Cidadania LGBT e da Frente Parlamentar pela Liberdade de Expressão	Visibilidade positiva das pessoas gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros, associação goiana de gays, lésbicas e transgêneros-AGLT 2005 – 2019	Um ano após a publicação do Brasil sem Homofobia	Brasília
Claudio Nascimento Silva	Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos, Superintendência de Direitos Individuais, Coletivo e Difusos.	2004 – 2008	Comissão Provisória de Trabalho do Conselho Nacional de Combate à Discriminação - Brasil sem Homofobia	Rio de Janeiro
Yone Lindgren	Consultora em Direitos Humanos LGBT/ Militante lésbica	Ditadura militar (1960-80) (2004-2019)	Comissão Provisória de Trabalho do Conselho Nacional de Combate à Discriminação - Brasil sem Homofobia	Rio de Janeiro
Beth Fernandes	Presidente do Conselho Estadual LGBT de Goiás	2004	Comissão Provisória de Trabalho do Conselho Nacional de Combate à Discriminação - Brasil sem Homofobia	Goiânia
Oswaldo Braga Júnior	Movimento Gay de Minas	2000 – 2019	Comissão Provisória de Trabalho do Conselho Nacional de Combate à Discriminação - Brasil	

Kátia Souto	Diretora do Departamento de Apoio à Gestão Participativa/SGEP/MS; Coordenadora do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT/MS, representando a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/MS	-	sem Homofobia Comitê Técnico em Saúde LGBT	Brasil/ Brasília
-------------	---	---	---	------------------

Quadro 2. Mapeamento dos agentes no período da gênese da PNSI-LGBT (2004 - Publicação do Plano Brasil sem Homofobia, até formalização da Política em 2011).

Agente	Cargo/ movimento	Período	Etapa do ciclo da política	País/ Região
Ana Gabriela Sena	Consultora técnica da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS/OMS) para acompanhamento da implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Ministério da Saúde	2010	Implementação	Brasil/ Brasília
Alexandre Boer	Secretaria Municipal de Direitos Humanos Porto Alegre	2004	Comissão Provisória de Trabalho do Conselho Nacional de Combate à Discriminação - Brasil sem Homofobia	Brasil/ Porto Alegre
Eduardo Piza Gomes de Mello	Membro da ONG Instituto Edson Neris IEN	2004	Comissão Provisória de Trabalho do Conselho Nacional de Combate à Discriminação - Brasil sem Homofobia	
Herbert Borges Paes de Barros.	Secretário Nacional de Cidadania	2004	Comissão Provisória de Trabalho do Conselho Nacional de Combate à Discriminação - Brasil sem Homofobia	
Ivair Augusto Alves dos Santos	Executivo Público da Secretaria de Saúde de São Paulo.	2004	Comissão Provisória de Trabalho do Conselho Nacional de Combate à Discriminação - Brasil sem Homofobia	Brasil/ Brasília
Marcelo Cerqueira	Presidente do Grupo Gay da Bahia (GGB).	2004	Defesa dos direitos dos homossexuais no Brasil.	Brasil, Salvador
Marcelo Nascimento	Um dos fundadores do Grupo Gay de Alagoas, pesquisador da UFPE.	2004	Núcleo de Diversidade Sexual na Escola, iniciativas como o Plano Municipal de	Alagoas, Maceió

Melissa Navarro	Associação Lésbica Feminista de Brasília - Coturno de Vênus.	2004	Cidadania LGBT e, na área de saúde, o Programa Municipal de Prevenção às DSTs/Aids.	Brasília, DF.
			Defesa dos direitos das lésbicas de diferentes gerações, raças e etnias, corporalidade e classe social.	

Quadro 2. Mapeamento dos agentes no período da gênese da PNSI-LGBT (2004 - Publicação do Plano Brasil sem Homofobia, até formalização da Política em 2011).

Agente	Cargo/ movimento	Período	Etapa do ciclo da política	País/ Região
Miriam B. B. Corrêa	Foi assessora de gênero da Liderança do PT na Câmara dos Deputados, cursou a faculdade de Direito e é bacharel em Artes Plásticas.	2004	Autora da relação dos 37 direitos negados aos casais homossexuais. Ajudou a construir o manual de comunicação LGBT.	Brasília, DF
Mirian G. Medeiros Weber	Foi coordenadora da assessoria de planejamento da secretaria de saúde de Porto Alegre, desenvolvendo protocolos de apoio a mulheres lésbicas, bissexuais e MSM.	2004	Colaboradora da cartilha “Brasil sem homofobia” do programa de combate a violência e a discriminação. Participou da articulação para a participação do movimento no conselho de combate a discriminação (CNCD).	Porto Alegre, RS
Welton D. Trindade	Codiretor da Interpride/ Militante Homossexual	2004-2019	Comissão Provisória de Trabalho do Conselho Nacional de Combate à Discriminação - Brasil sem Homofobia	São Paulo
Wilson Dantas	Coordenação do fórum LGBT	2004-2019	Comissão Provisória de Trabalho do Conselho Nacional de Combate à Discriminação - Brasil sem Homofobia	Rio Grande do Norte
Cristiane Gonçalves Meireles da Silva	Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde	2004	Comissão Provisória de Trabalho do Conselho Nacional de Combate à Discriminação - Brasil	Brasília

Karen Bruck de Freitas	Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde	2004	Comissão Provisória de Trabalho do Conselho Nacional de Combate à Discriminação - Brasil sem Homofobia	Rio Grande do Sul
------------------------	--	------	--	-------------------

Fonte: Elaboração a partir de levantamento bibliográfico e análise documental.

Ponto de partida: o reconhecimento da necessidade da implementação de medidas específicas direcionadas à saúde LGBT

Em resposta a manifestações de parte da sociedade quanto a necessidade de “preservação” de valores conservadores por meio do enquadramento de padrões de moralidade”, regras proibitivas e licenças permissivas em relação às sexualidades classificadas como inaceitáveis, o Estado pode ser considerado como “o monopólio da violência simbólica legítima” (BOURDIEU, 2012, p.14). Ao que parece, esse cenário predominava na década de 1970 no Brasil.

Em contraponto à essa violência estatal, as várias manifestações estudantis, de classes operárias e dos próprios homossexuais, exigindo democracia e condições sociais mais justas, favoreceram o início de um processo de abertura política. Destaca-se a importante influência de Stonewall, ocorrida nos Estados Unidos da América neste processo, especialmente no que tange à quebra de tabus e valorização da androginia e bissexualidade, por exemplo (BRASIL, 2002).

O movimento LGBT emerge em um contexto sociopolítico crítico, período em que a ditadura militar, marcada pelo autoritarismo e pela negação de direitos sociais e civis, fecha as portas e reprime grupos contra hegemônicos como o movimento de homossexuais, negros e feministas, como pode ser evidenciado na fala de Green (2000).

“Se não tivesse havido ditadura militar no Brasil, o movimento gay e lésbico aqui teria surgido já em 1970, num primeiro momento existia toda uma subcultura gay em formação e uma contracultura brotando que já começavam a questionar os papéis rígidos de masculinidade e feminilidade. Caetano Veloso, os Dzi Croquetes, Ney Matogrosso expressavam uma transformação cultural acontecendo no Brasil. No começo dos anos 70 essas mudanças culturais e sociais não podiam manifestar-se politicamente de forma mais explícita, ou seja, não havia as condições necessárias para os gays e as lésbicas brasileiras se organizar num movimento político para enfrentar o preconceito contra a homossexualidade no Brasil” (GREEN, 2000, p.9).

O trecho acima, encontra-se em uma entrevista feita por José Gatti no ano de 2000, ao historiador James Naylor Green após a publicação de sua obra intitulada: “Além do carnaval: a homossexualidade masculina no Brasil do século XX”.

James N. Green, um renomado acadêmico, professor de história do Brasil na *Brown University* com alto capital científico, evidenciou fatos históricos relacionados a luta pelos direitos da população LGBT por meio da publicação o que contribuiu para a compressão de pautas por longo período, invisibilizadas.

Seguindo a linha apresentada Green tece importantes considerações sobre os grupos gays e lésbicos partindo do pressuposto da militância para a formação de um movimento homossexual no Brasil,

O movimento feminista surge no Brasil em 1973 e atua nos anos seguintes, mas o processo de abertura é lento, conhecemos muito bem essa história. É o movimento feminista que tentará abrir um espaço de crítica ao machismo brasileiro, um espaço que é fundamental e paralelo ao movimento especificamente gay e lésbico, que surge a partir de 1976 e concretiza-se em 1978, com o *Jornal Lampião*, o Grupo *Somos*, e logo depois o Grupo *Lésbico-Feminista*. No primeiro momento esse movimento enfrenta forte resistência de setores da esquerda brasileira e, com raras exceções como o Grupo *Gay da Bahia*, a maioria dos grupos não conseguiu sobreviver. Nesse período, algumas ativistas lésbicas procuram um espaço dentro do movimento feminista. (GREEN, 2000, p.9-10).

De acordo com Green (2000), no verão de 1978 em São Paulo, estudantes, bancários, escriturários e intelectuais gays reuniam-se semanalmente em um apartamento para discutir matérias publicadas em jornais, bem como para discutir a conscientização acerca do homossexualismo (GREEN, 2000). Cabe destacar que com o jornal “*O Lampião da Esquina*”, diversos temas associados à sexualidade, discriminação, gênero e cultura começam a ser abordados com maior ênfase. Encorajados e inspirados pelas publicações do *Lampião da Esquina*, as reuniões homossexuais da cidade de São Paulo se intensificaram e posteriormente dariam origem, no ano de 1979, ao grupo “*Somos – o Grupo de Afirmação Homossexual*” primeira organização em defesa dos direitos gays (BRASIL, 2002; GREEN, 2000; MACRAE, 2018).

O grupo “*Somos*” estreou em um debate no dia 6 de fevereiro de 1979 no Departamento de Ciências Sociais da Universidade de São Paulo (USP). O grupo pautou debate sobre a organização das minorias brasileiras, fazendo referência às mulheres, aos negros, aos homossexuais e aos índios. Este evento foi também o momento em que, de fato, o movimento homossexual do Brasil se assumiu, a magnitude das discussões e do debate eclodiram numa rápida expansão do Movimento homossexual e posteriormente LGBT na arena política do Brasil (GREEN, 2000).

Retomado o histórico da organização do movimento LGBT no Brasil, o levantamento bibliográfico realizado (quadro 03) apresenta como ponto de partida da construção de políticas de saúde mais inclusivas e reconhecimento dos direitos dos cidadãos, e dentre esses,

as pessoas LGBT, pelo Estado brasileiro inicia-se com a Constituição Federal de 1988 que promulga a participação social do Estado e a saúde como direito de todos e dever do Estado (FEITOSA, 2017, p.31).

Quadro 3 –Produção científica acerca da PNSI-LGBT no Brasil.

(Continua)

Autor	Ano	Título	Informações Relacionadas à Sociogênese das Políticas de Saúde LGBT	Informações relacionadas ao PNSI-LGBT	Agentes/Instituições/ONG's envolvidas?	Base de Dados
ARAGUSUKU, H.A; LOPES, M.A.S	2018	Políticas públicas e cidadania LGBT em Mato grosso: Uma década de avanços e retrocessos (2007-2017)	Fundação da Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT); No início dos anos 2000 há uma consolidação de novas relações entre o estado brasileiro e as populações LGBT com o reconhecimento da necessidade de direitos humanos e de ampliação da cidadania para esta população durante a gestão FHC (1995-2000) e se expande para a implementação de programas governamentais e políticas públicas, em interlocução com os movimentos LGBT durante o governo Lula (2003-2010);	No Estado do MT, até 2017, não havia políticas de saúde LGBT implementadas. Em 2018 o Ministério Público solicitou esclarecimento quanto a implementação da PNSI-LGBT a gestão da saúde de Cuiabá. Em vista dessa movimentação iniciada pelo MP foram articuladas iniciativas no município para implementação efetiva dessa política. Essa demanda chegou ao MP após a realização da 1º Encontro Estadual do Ministério Público e Movimentos Sociais em novembro de 2017 no qual foi levantado o debate sobre a questão da saúde LGBT no estado.	Movimentos sociais/Ministério Público/Ativistas LGBT e Governo Federal	LILACS
ALBUQUERQUE, G.A et al.	2013	Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil	Com criação em 2001 do Conselho Nacional de Combate à discriminação (CNCD), vinculado ao Ministério da Justiça, as ações dos grupos de ativismos LGBT começaram a priorizar a reivindicação de políticas públicas voltadas à promoção de sua cidadania e dos direitos humanos, para além da prevenção da epidemia de HIV/Aids e de apoio a suas vítimas.	Não Houve.	Grupos de ativistas LGBT, Governo Federal	LILACS
CARVALHO, M.; CARRARA, S.;	2013	Em direção a um futuro Trans? Contribuições para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil.	A influência de ações de resposta à epidemia da AIDS foi também crucial na constituição de outras organizações de travestis que surgiram nos anos seguintes; Todas as conquistas relacionadas aos serviços de saúde se deram a partir da epidemia da AIDS; Em 1997, as cirurgias de redesignação genital deixam de ser consideradas “crime de mutilação” e passam a ser realizadas em caráter experimental em alguns hospitais universitários do país, segundo a Resolução 1482/97 do Conselho Federal de Medicina (CFM).	Aliança estratégica de militantes do Coletivo Nacional de Transexuais com setores progressistas da academia: foi responsável por uma série de mudanças nas políticas públicas de saúde voltadas para a população transexual;	Militantes dos movimentos de apoio a causa "T"	SciELO

Quadro 3 –Produção científica acerca da PNSI-LGBT no Brasil.

(Continua)

Autor	Ano	Título	Informações Relacionadas à Sociogênese das Políticas de Saúde LGBT	Informações relacionadas ao PNSI-LGBT	Agentes/Instituições/ONG's envolvidas?	Base de Dados
CALAZANS, G. J.; PINHEIRO, T. F.; AYRES, J. R. C. M.;	2018	Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil	Apenas políticas de prevenção do HIV/aids voltados a gays e outros HSH, recorrendo a documentos nacionais que fundamentam políticas de prevenção do HIV/aids e a documentos produzidos por organizações não governamentais e pelas Conferências Nacionais LGBT.	Não houve.	Gays e HSH.	SciELO
DUARTE, M. J. O	2014	Diversidade Sexual, Políticas Públicas e Direitos Humanos: Saúde e Cidadania LGBT em cena	Aparição organizada da população LGBT como usuária do SUS inicialmente relacionada com o campo da AIDS/HIV através dos movimentos sociais LGBT para responder a epidemia da AIDS nessa população vulnerável a partir da década de 1980; - Programa Nacional de DST e AIDS como um espaço privilegiado de intervenção e militância conquistado pelos movimentos sociais LGBT e reforçado a partir da criação do SUS em 1990; - O Programa Brasil sem Homofobia determinou a formalização do Comitê Técnico de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais, do Ministério de Saúde com a finalidade de estruturar a política nacional de saúde para essa população; 4- Em 2010 teve a aprovação da PNSI-LGBT após diversos debates e pactuações entre os atores necessários, entre eles o Conselho Nacional de Saúde;	Dificuldade de implantação na prática da PNSI-LGBT na prática em contexto nacional	Movimentos Sociais LGBT	DIALNET
FEITOSA, C..	2019	Políticas públicas LGBT no Brasil: um estudo sobre o Centro Estadual de Combate à Homofobia de Pernambuco	O advento do Programa Brasil Sem Homofobia no governo Lula (2003-2010), que uma agenda mais ampla em torno da cidadania LGBT começou a vigorar no âmbito da Administração Pública Federal com ares de política de Estado;	O trabalho trata de políticas públicas, porém, não abrange as políticas de saúde.	Membros do Centro Estadual de Combate à Homofobia de Pernambuco.	SciELO

Quadro 3 –Produção científica acerca da PNSI-LGBT no Brasil.

(Continua)

Autor	Ano	Título	Informações Relacionadas à Sociogênese das Políticas de Saúde LGBT	Informações relacionadas ao PNSI-LGBT	Agentes/Instituições/ONG's envolvidas?	Base de Dados
JUNIOR, A. B.; LARA, C.A..	2018	Biopolítica, direitos humanos e resistências: uma análise comparativa das políticas públicas de saúde para a população LGBT de Florianópolis-SC	Análise do II Plano Municipal de Políticas Públicas e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PMLGBT II). O regime de verdade do dispositivo (crônico) da aids, marca os corpos LGBT nos documentos;	Não houve.	LGBT	SciELO
MELLO, L et al,	2011	Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade.	O Brasil sem Homofobia prevê 53 ações, distribuídas em 11 áreas, envolvendo oito secretarias e ministérios. Das três ações relativas à saúde, a principal delas foi a formalização do Comitê Técnico Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais, do Ministério da Saúde, com o objetivo de estruturar uma Política Nacional de Saúde para essa população. I Conferência Nacional LGBT culminou na proposição de 48 estratégias de ação acerca da saúde LGBT, que integram o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. As ações e as propostas do governo federal passaram a objetivar de maneira cada vez mais explícita a construção de uma Política Nacional de Saúde Integral de LGBT a partir de 2008.	A 13a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, cujo relatório final traz propostas que tratam especificamente da população LGBT, com destaque para a recomendação explícita de revogação da portaria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) que proibia gays e outros HSH (homens que fazem sexo com homens) de doarem sangue, o incentivo à pesquisa e à produção de conhecimentos sobre essa população, a garantia de acesso ao SUS, bem como o fomento a uma política nacional de saúde integral para LGBT;	Análise com base na percepção de Profissionais de Saúde de vários estados.	SciELO
MELLO, L.; AVELAR, R. B.; MAROJA, D..	2012	Por onde andam as Políticas Públicas para a População LGBT no Brasil	O Programa Nacional de Desenvolvimento Humano (PNDH) teve importante papel na inclusão da população LGBT no atendimento diferenciado no âmbito dos programas de serviços básicos de saúde e atendimento domiciliar.	Não Houve.	Análise com base na percepção de Profissionais de Saúde de vários estados.	SciELO

Quadro 3 Produção científica acerca da PNSI-LGBT no Brasil.

(Continua)

Autor	Ano	Título	Informações Relacionadas à Sociogênese das Políticas de Saúde LGBT	Informações relacionadas ao PNSI-LGBT	Agentes/Instituições/ONG's envolvidas?	Base de Dados
MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M.; BARBOSA, R. M..	2019	Saúde e direitos da população trans	Formulação do Plano Nacional de Combate à Violência e à Discriminação de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis, de 2004. Carta dos Direitos de Usuários da Saúde, de 2006; 3- Plano de Enfrentamento da Aids entre Gays, HSH e Travestis, de 2007; 2013 acerca do processo transexualizador no âmbito do SUS; Política Nacional de Saúde Integral para População de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis e Transexuais, de 2010.	O subfinanciamento do SUS que impede a sua efetivação como política nacional de saúde (PNSI), a resistência de setores sociais conservadores e suas cruzadas morais contra os direitos sexuais e reprodutivos representam hoje ameaças às aspirações de equidade e justiça social para todos e todas na sociedade brasileira.	Militantes Trans sexuais e transsexuais	SciELO
PAULINO, D. B.; RASERA, E. F.; TEIXEIRA, F. B.	2019	Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família.	Não Houve.	As transformações das redes de saúde para o melhor atendimento da população LGBT também dependem das transformações no modo de pensar e de agir dos profissionais de saúde. A complexidade do tema e busca trabalhar seus aspectos históricos, políticos, culturais, bem como desenvolver estratégias efetivas de intervenção no acolhimento e na qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT. A política em si não é suficiente.	Profissionais de Saúde	SciELO
POPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M. C..	2016	A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios	Desde 88, houve consideráveis avanços nas políticas de saúde direcionada à população LGBT. A linha do tempo evidencia o esforço na conquista do acesso do PrTr e na constituição da PNSILGBT. A análise das memórias das reuniões do CTSILGBT demonstra um esforço do Ministério da Saúde para por em prática os eixos da PNSILGBT, seja na garantia do acesso à saúde das pessoas trans, na tentativa de estabelecer portas de entrada, nas ações de vigilância em saúde, na formação de profissionais para a qualificação do atendimento e na avaliação e monitoramento das ações em saúde.	O Processo Transexualizador integra a PNSILGBT, cujo objetivo principal é promover a saúde integral de LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuir para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. A implementação da PNSILGBT traz ações para que as pessoas trans possam transitar nas dependências do SUS, para que tratem de sua saúde em espaços que outrora era impensável encontrar.	População trans e LGBT	SciELO

Quadro 03 –Produção científica acerca da PNSI-LGBT no Brasil.

(Continua)

Autor	Ano	Título	Informações Relacionadas à Sociogênese das Políticas de Saúde LGBT	Informações relacionadas a PNSI-LGBT	Agentes/Instituições /ONG's envolvidas?	Base de Dados
PRADO; E.A.J; SOUSA, M.F	2017	Políticas públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa	A construção da política de saúde LGBT é resultado de um movimento de reconhecimento dos direitos e contra violências de gênero e racismo que emergiram no Brasil em 1970, seguidos da epidemia da AIDS no início dos anos 1980; A luta conjunta com o Estado para combater a epidemia da AIDS abriu espaço para se pleitear discussões sobre a defesa dos direitos sexuais, trazendo a sexualidade no âmbito da saúde para um conceito mais abrangente de atenção integral não relacionado apenas a caráter reprodutivo ou de prevenção a IST/HIV relacionado a esse grupo, incluído na pauta do cuidado integral os processos de transexualidade e as demais especificidades relatadas pela população LGBT;	Importante articulação dos movimentos sociais para a conquista de direitos á saúde integral LGBT, embora negligenciado na prática; - A PNSI-LGBT é um passo no longo caminho rumo a quebra de paradigmas em torno do cuidado a população LGBT principalmente no que se refere a eliminação da discriminação e do preconceito institucional e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.	Movimentos sociais, Governo Federal e Academia	BVS
PEREIRA, M.M	2017	Da Saúde Pública à homofobia: spillover e as transformações nas reivindicações do movimento LGBT em interações com o Estado	As iniciativas de combate à homo-lesbo-transfobia começaram durante a década de 1990 quando o movimento LGBT criou importantes redes com o governo brasileiro por meio das políticas de enfrentamento à epidemia HIV/AIDS; - As políticas públicas foram desenvolvidas a partir de reivindicações que tinham forte conexão com a agenda do direitos humanos no Brasil e enfatizavam as particularidades de grupos identitários específicos da população LGBT; - Os ativistas LGBT construíram suas reivindicações em torno das ideias de direitos humanos, identidades particulares, homo-lesbo-transfobia, violência e preconceito, O movimento de reforma sanitária e seus debates sobre a saúde pública, foram importantes na política de combate na epidemia do HIV/AIDS e influenciaram decisivamente nas reivindicações do movimento LGBT em interação com o governo federal; - As reivindicações nas diversas áreas dos direitos LGBT pode ser entendida como uma Spillover em que ativistas LGBT atuaram na luta por direitos em um campo específico e que essas reivindicações ultrapassaram as fronteiras desse campo. Por exemplo: o foco era trabalhar no enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS e se expande para a militância em busca da defesa dos direitos LGBT, entre eles o direito a saúde e direitos sexuais.	Não Houve.	Ativistas LGBT, Governo Federal	LILACS

Quadro 03 –Produção científica acerca da PNSI-LGBT no Brasil.

(Continua)

Autor	Ano	Título	Informações Relacionadas à Sociogênese das Políticas de Saúde LGBT	Informações relacionadas a PNSI-LGBT	Agentes/Instituições/ ONG's envolvidas?	Base de Dados
SANTOS, J. S.; SILVA, R. N.; FERREIRA, M. A..	2019	Saúde da população LGBTI+ na Atenção Primária à Saúde e a inserção da Enfermagem.	Há que se refletir e colocar nas pautas de debates este tema, tanto na formação quanto nas atividades de educação permanente nos serviços de saúde, e também nos eventos científicos da área, de modo a considerar a especificidade do contexto de saúde e de vida das pessoas LGBTI+;	Embora a Política Nacional de Saúde LGBT tenha sete anos, estudos ainda são escassos, sobretudo na Enfermagem. Enfatiza que a PNSI-LGBT proporciona um debate sobre a importância de se conhecer os determinantes sociais da saúde dos indivíduos que resultam diretamente em sua qualidade de vida.	Profissionais da Enfermagem	SciELO
SENA, A.G.N; SOUTO, K.M. B	2017	Avanços e desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT	A partir de 2003 com o governo Lula, surgem ações e políticas que contribuem para a eliminação da discriminação e da marginalização de grupos vulneráveis, entre eles, a população LGBT; - Em 2007, foi realizado o Seminário Nacional de Saúde da População LGBT na construção do SUS no qual houve ampla discussão e participação de usuários LGBT e dos movimentos sociais organizados na definição de políticas de saúde que contemplassem as demandas dessa população; Criação do Grupo de trabalho e Saúde Integral LGBT do Ministério da Saúde em 2010 para elaborar o plano operativo da PNSI-LGBT; - Reativação do Comitê técnico LGBT e redefinição do seu papel como um espaço consultivo de gestão, que acompanha e monitora a implementação da PNSI-LGBT.	Implicações diretas em ações no SUS: inclusão do nome social no cartão do SUS; sensibilização de profissionais para o cuidado de pessoas trans referentes ao processo transexualizador; cursos de formação de lideranças e ativistas LGBT referente a PNSI-LGBT; elaboração da cartilha sobre a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais;	Movimentos Sociais LGBT; Membros da militância na saúde LGBT; Departamento de Apoio à gestão participativa e Comitê técnico de Saúde integral LGBT e Ministério da Saúde	BVS
SILVA, J.W.S.B et al.	2017	Políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT e à atuação do controle social	O lançamento do Programa Brasil sem Homofobia em 2004 marca o início da criação de diversas políticas públicas que objetivam a promoção e melhoria da saúde da população LGBT nos serviços de saúde. O comitê criado em 2004, foi redefinido em 2010, formado por 25 pessoas representantes de órgãos do governo bem como membros da sociedade civil com o intuito de acompanhar e monitorar a implantação e execução da PNSI-LGBT; Realização de 03 Conferências Nacionais de Saúde (2003/2007/2011) em que se foram discutidas diretrizes que dialogam contra a LGBTfobia no SUS; - Em 2006, há a inserção de representantes da população LGBT no Conselho Nacional de Saúde em conjunto com a incorporação de representantes da população negra, do campo e estudantil.	A PNSI-LGBT tem como marco o reconhecimento de que a discriminação e marginalização são determinantes sociais do processo saúde-doença das pessoas LGBT e suas diretrizes estão voltadas para a redução dessas desigualdades relacionadas à saúde dessa população.	Movimentos Sociais; Sociedade Civil, Governo Federal e Estudantes	LILACS

Nesse período de redemocratização do país amparado pelas lutas de movimentos sociais contra o regime militar, há também articulações para a Reforma Sanitária Brasileira com o foco em desvincular-se do conceito biomédico de saúde como apenas uma ausência de doença, propondo um conceito ampliado, incluindo os determinantes sociais em saúde, dentre eles a questão de gênero (PRADO; SOUZA, 2017).

Em meio a intensas transformações sociais surge a epidemia da AIDS, em que se observa a união dos movimentos sociais e ativistas LGBT de forma organizada com o Estado para o enfrentamento da epidemia a partir da década de 1980 (DUARTE, 2014). Pereira (2017) entende que a construção de reivindicações de pautas de direitos civis LGBT foi afetada pelas coalizões de movimentos sociais e ativistas sanitaristas e LGBTs que em conjunto com o Estado desenvolveram estratégias de combate ao HIV/AIDS em um processo que foi denominado *spillover* de movimentos sociais.

Nesse momento, ativistas de diversos grupos uniram-se para o enfrentamento da pauta do combate ao HIV/AIDS em vista da emergência do controle dessa epidemia, no início dos anos 1980, quando ainda não existia uma resposta terapêutica. Barros (2013) resgata as considerações de Pinell (2010) acerca do espaço social dos movimentos que lutam pelos direitos a pessoas vivendo com a AIDS, considerado um espaço onde se articulam agentes (dos campos médico, científico, burocrático, político e do espaço associativo ou militante) engajados na luta pela organização da resposta à epidemia.

Dentre os movimentos sociais que dispararam esta questão em âmbito nacional, o grupo SOMOS foi pioneiro na reivindicação por direitos para homossexuais (MACRAE 2018). Edward Macrae, um agente com alto volume de capital militante e um dos fundadores do grupo SOMOS foi importante difundidor de estratégias para enfrentamento da epidemia de HIV.

E logo depois surgem a AIDS e a necessidade de responder à nova onda de homofobia provocada pela paranoia em relação a essa doença. A resposta de muitos ativistas é buscar apoio na formação de ONGs que podem conseguir apoio financeiro nacional e internacional para educar a população, e especialmente os gays, sobre o HIV (GREEN, 2000. p. 9-10)

De acordo com MacRae (2018) os militantes do Movimento Homossexual de diversos grupos como: Grupo Gay da Bahia (GGB), Triângulo Rosa e Grupo de Ação Lésbico-feminista, reuniram-se na cidade de São Paulo com representantes do governo peemedebista, a fim de apresentar suas preocupações com a doença e deste encontro nasceu o Programa de Prevenção e Combate à AIDS que era subordinado à secretaria estadual de saúde. Além disso, outros grupos ou movimentos sociais tiveram destaque no cenário local e nacional e

contribuíram para a formação de espaços de debate acerca do desenvolvimento de políticas públicas de saúde. Cabe destacar que praticamente todos os agentes que possuíam algum volume de capital científico inseriram-se no campo científico ou no espaço associativo dos movimentos sociais.

A construção social do problema de saúde e a consonância de ideias entres os diversos movimentos sociais

A partir desta resposta do Estado dada à sociedade civil acerca da epidemia de HIV/AIDS, as políticas de saúde LGBT no Brasil começam a estruturarem-se em âmbito governamental. De acordo com Green (2000), a participação de uma nova geração de ativistas no Partido dos Trabalhadores e a experiência acumulada com o trabalho acerca do HIV proporcionaram uma revitalização do movimento gay e lésbico no início dos anos 1990. As primeiras proposições da política de HIV relacionavam-se à aquisição de recursos do Estado para trabalhar com a prevenção da doença, deste modo houve também a facilitação de abertura de sedes e espaços em que gays, lésbicas e travestis conseguiram organizar-se politicamente (GREEN, 2000).

A partir da década de 1990, muitos desses ativistas envolvidos no combate a epidemia do HIV voltaram-se para a militância focada na defesa dos direitos LGBT. Alguns dos agentes que tiveram importante participação na gênese e nas transformações do espaço aids tiveram uma trajetória política relevante dominante importante para o fomento da entrada das pautas na agenda do Estado. Esses agentes foram fundamentais na articulação com o governo federal em 2000 para a criação de uma agenda governamental voltada exclusivamente para pessoas LGBT (PEREIRA, 2017). Nesse período, Luiz Roberto de Barros Mott, agente com grande capital acadêmico e militante, foi importante, especialmente no período de 1988 a 2002 para a inclusão da pauta sobre a necessidade de saúde LGBT na 12ª CNS e para ampliar a discussão de direitos LGBT no SUS. Nesse período, a partir de 2004 também tem destaque a militância de Cristiane Gonçalves Meireles da Silva e Karen Bruck de Freitas, ambas frente ao Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde.

Nesse período há uma diversificação de formatos institucionais e da transformação das relações estabelecidas pelo movimento com outros atores diz respeito à relação entre ativistas LGBT e partidos políticos. Nos anos 1990, assistimos à organização de setoriais LGBT em partidos progressistas, mas nos anos 2000 amplia-se o leque de partidos que têm se

aproximado da temática LGBT e de setoriais, das ações de políticas públicas e parlamentares e das candidaturas que se organizam a partir de vários partidos. (Fachini e França, 2009).

Dessa forma, as ações e propostas do governo federal passaram a estimular e incentivar a construção de novas políticas públicas, principalmente de saúde, que culminou com a criação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSI-LGBT) a partir de 2008, com a divulgação do documento preliminar pelo Ministério da Saúde (MELLO et al., 2011).

Observa-se que a *priori*, o interesse do Estado em propor políticas para a população LGBT partiu de um nicho específico centrado no combate ao HIV/AIDS, que apresentava alta prevalência nessa população e nesse contexto há o esfriamento da pauta da temática homossexual, pelo ativismo. A partir desses acontecimentos foram “reerguidas as temáticas referentes ao fim da discriminação e o combate à violência homofóbica, embora as tentativas de pleitear campanhas não obtiveram sucesso” (FEITOSA, 2017, p.64). Ainda assim, essa luta conjunta promoveu importantes avanços nas discussões sobre direitos sexuais e segundo Silva e Nardi (2011, p.252) foi o marco que “instaura, no seio das políticas públicas de saúde, a homossexualidade como questão social e política” e a concepção da sexualidade além da questão reprodutiva, mas como determinante social em saúde e componente fulcral da atenção de saúde integral.

Em junho de 1995, outro momento importante para a expansão dos debates LGBT, ocorreu a 17ª Conferência Internacional da Associação Internacional de Lésbicas e Gays (ILGA), destaca-se a importância do discurso da deputada Marta Suplicy que lançou a campanha nacional pela emenda constitucional de parceria civil que proibia a discriminação com base na orientação sexual, como encerramento da conferência e em comemoração ao 26º aniversário de *Stonewall* os delegados e os diversos simpatizantes do movimento LGBT fizeram uma caminhada pela Avenida Atlântica no Rio de Janeiro (GREEN, 2000).

A conquista de direitos humanos para a identidade lésbica e demais identidades teve uma grande incursão de Yone Lindgren, consultora em direitos humanos LGBT no período compreendido entre 2004 a 2019 na Comissão Provisória de Trabalho do Conselho Nacional de Combate à Discriminação - Brasil sem Homofobia, e Melissa Navarro da Associação Lésbica Feminista de Brasília - Coturno de Vênus, com alto capital militante e expressividade na defesa dos direitos das lésbicas de diferentes gerações, raças e etnias, corporalidade e classe social.

Além delas, outros agentes com importante capital militante assumiram cargos em espaços burocráticos relacionados a pauta em diversos estados, a exemplo: Beth Fernandes, presidente do Conselho Estadual LGBT de Goiás; Kátia Souto, diretora do Departamento de

Apoio à Gestão Participativa/SGEP/MS; coordenadora do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT/MS, representando a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/MS; Alexandre Boer, Secretaria Municipal de Direitos Humanos Porto Alegre; Herbert Borges Paes de Barros, Secretário Nacional de Cidadania; Ivair Augusto Alves dos Santos, Executivo Público da Secretaria de Saúde de São Paulo, dentre outros (quadro 2).

No contexto de formulações de políticas sociais, é válido trazer uma síntese das demandas das conferências nacionais que correspondem, especificamente, os atuais mecanismos de controle das políticas sociais e que são a forma de participação das representações dos movimentos que compõem o campo da sociedade civil no âmbito da gestão democrática da Política de Direitos e Cidadania/ Política de Gênero e LGBTs. Tanto a configuração de controle democrático de direitos LGBT e de mulheres são recentes no Brasil, apesar da historicidade dos movimentos sociais LGBT e feministas.

Foi nos anos 2000, especificamente em 2001, que houve a criação do Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD), ligado ao Ministério da Justiça, que proporcionou um amparo às ações de luta voltadas à cidadania, políticas públicas e de saúde e direitos humanos (ALBUQUERQUE et al., 2013). Com isso, é a partir desse período que houve grandes conquistas em termos de políticas públicas para assuntos relativos aos direitos das pessoas LGBT, desenvolvidas por meio de reivindicações que tinham forte relação com a agenda dos direitos humanos no Brasil.

O conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção de Direitos LGBT, em 2011, e o Conselho Nacional de Direitos das Mulheres, em 1985. As deliberações de ambos os conselhos e conferências caminham pelas pautas de Direitos Humanos, Saúde, Justiça e Segurança Pública, Comunicação e Participação; Educação: Desenvolvimento Social, Combate à Miséria e Trabalho: Pacto Federativo e Articulação Orçamentária/ Administração, Orçamento e Gestão. Importante destacar, que todas as demandas retiradas nas conferências estão transversalizadas pela ótica da construção de Direitos Humanos e acesso a cidadania de mulheres e LGBT.

As especificidades das demandas das conferências LGBT residem na consolidação de construção de políticas públicas que garantam a cidadania LGBT a partir de eixos como: combate à violência, visibilidade em meios de comunicação, orçamento específico para desenvolvimento de ações nas esferas municipais, estaduais e federal, reconhecimento de famílias LGBT, retirada da pessoa transexual e travesti do Código Internacional de Doenças (CID) e do Manual de Diagnósticos e Estatísticos das Perturbações Mentais (DSM – IV) conseguido na 72ª Assembleia Mundial em Saúde da OMS em 2018.

As particularidades das demandas emergentes nas conferências das mulheres residem na necessidade de consolidar o I e o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres para a consolidação de uma Política Nacional para as Mulheres no Brasil, a partir de eixos como: Efetivação dos Direitos Humanos das Mulheres, Superação da violência contra a mulher, Desenvolvimento de políticas de educação, cultura, comunicação, Educação inclusiva e não-sexista, antirracista, não LGBTfóbica, Enfrentamento da pobreza com geração de renda, trabalho, acesso ao crédito e à terra e Gestão, Monitoramento, Avaliação, Controle social do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.

O Plano Plurianual (PPA) é um instrumento previsto no art. 165 da Constituição Federal destinado a organizar e viabilizar a ação pública, com vistas a cumprir os fundamentos e os objetivos da república. Por meio dele, é declarado o conjunto das políticas públicas do governo para um período de quatro anos, organizamos uma síntese de quais foram os direitos previstos, qualificando e mapeando os programas, ações e objetivos dos PPA's (2004-2007, 2008-2011 e 2012-2015) dos respectivos governos, 1º e 2º mandato do Lula e 1º mandato do Dilma nas políticas de Gênero e LGBT's.

Entre os programas propostos para a população LGBT e Mulheres nos respectivos PPA's (2004 a 2015): LGBT: 0154- Direitos Humanos, Direitos de Todos; 0155- Gestão da Política de Direitos Humanos; 1377 - Educação para a diversidade e cidadania; 0154 - Garantia e Acesso a Direito e 0155 - Gestão da Política de Direitos Humanos; “2064- Promoção e Defesa dos Direitos Humanos”; Mulheres: 0156- O combate à violência contra a mulher; 1068- Gestão da Política de Gênero; 1087- Igualdade de Gênero nas relações de trabalho; 1433- Cidadania e Efetivação dos direitos das Mulheres; 0156- Programa Prevenção e Enfretamento da Violência contra as mulheres; 1068- Gestão da Transversalidade de Gênero nas Políticas Públicas; 2016- Política para as Mulheres: promoção da autonomia e enfretamento à violência; 2104- Programa de Gestão e Manutenção da Secretária de Políticas para as Mulheres.

Importante destacar que, nos dois PPA's – segundo governo Lula e os períodos governados pela presidente Dilma – reivindicavam a igualdade de oportunidades, como forma de construção de cidadania no Brasil, e correlacionadas com as questões LGBT e de mulheres. O Estado afirma que é preciso ações de igualdade de oportunidades, seja para o acesso aos direitos sociais, ao trabalho e a livre expressão de sexualidade. Nesse momento, o Estado reconhece que a falta de acesso dessas populações a cidadania, inclui afalta de igualdade de oportunidades, inclusive quanto ao direito à saúde integral.

Segundo Santos (2010), há três dimensões da igualdade de oportunidades que precisamos estar atentos. A primeira diz respeito a forma organizativa do capitalismo, que nunca irá respeitar as diversidades humanas e que ora explora para conseguir lucro, ora fortalece as opressões patriarcais-racistas; a segunda está ligado à dificuldade do acesso aos direitos no interior do capitalismo, que são garantidos em leis mas não efetivado e que a justiça, enquanto Direito, está estritamente ligada aos aspectos socioculturais burgueses; e por último o que a autora chama de “armadilhas liberais”, que podemos sintetizar que “faz parte da lógica liberal defender, a um só tempo, direitos humanos, igualdade, liberdade e propriedade privada como força reguladora da vida” (SANTOS, 2010, p. 192).

A predominância do interesse coletivo para a consecução da formulação da política pública

O reconhecimento do Estado da emergência sobre a proposição de medidas governamentais que garantissem os direitos civis de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis surge a partir do Governo Lula (2003-2010) marcado pela implementação de programas governamentais e políticas públicas em interlocução com os movimentos sociais e ativistas LGBT (ARAGUSUKU; LOPES, 2018) tendo um marco importante para a ampliação das discussões políticas da população LGBT, a publicação do Plano Nacional “Brasil sem Homofobia” em 2004. Trata-se de uma iniciativa pioneira pública voltada diretamente para a população LGBT em âmbito federal.

A maior parte dos agentes que possuía algum volume de capital político teve papel de destaque no espaço militante, assumindo posições dominantes. Nesse período, compreendido entre 2005 e 2019, um dos agentes sociais com alto volume de capital militante e político que se destacou na luta de pautas relacionadas à visibilidade positiva das pessoas gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros, foi Jean Wyllys de Matos Santos, à época coordenador da Frente Parlamentar dos Direitos Humanos, da Frente Parlamentar Mista pela Cidadania LGBT e da Frente Parlamentar pela Liberdade de Expressão.

O Brasil sem Homofobia foi fundamental para a consolidação de uma tendência a discussões e entendimentos atravessados por um discurso mais abrangente de direitos humanos (BRASIL, 2004). O plano sugere formulações de políticas sociais para a construção de cidadania LGBT, na perspectiva apresentada pelo movimento LGBT nas conferências nacionais: através das denúncias de violências, motivadas por orientação sexual e identidade de gênero e ampla informação e divulgação sobre os direitos humanos (IRINEU, 2016).

No Brasil, é o primeiro programa que adiciona o termo e categoria homofobia na agenda Estatal em torno das políticas sociais. O programa foi lançado em 2004 pelo governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, definido no Plano Plurianual – PPA 2004/2007 –, no âmbito do “Programa Direitos Humanos Direitos de Todos”. (IRINEU, 2014).

O Brasil sem Homofobia foi uma resposta do Estado às demandas das conferências LGBT, pois, de modo geral, a população LGBT exigia: combate à discriminação e violência e promoção de cidadania e direitos humanos LGBT, sendo o objetivo do BSH “promover a cidadania GLBT a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação homofóbicas, respeitando a especificidade de cada um desses grupos populacionais” (BRASIL, 2004a, p. 11).

Dentre as 53 ações do Programa Brasil sem Homofobia, três estão voltadas para a saúde de pessoas LGBT com propostas de criação de uma política de saúde integral através da atuação do Comitê Técnico de Saúde da População LGBT, do Ministério da Saúde (MELO et al., 2011). Sendo construído numa relação direta dos movimentos sociais com o Estado, o BSH possui caráter importante para cidadania LGBT e instaura uma nova cultura de política social fora do rol das políticas de saúde e prevenção de HIV/AIDS, do mesmo modo que carrega as contradições inerentes a essa relação (IRINEU, 2016).

O Plano possibilitou a implementação de Políticas Públicas para população LGBT e exprimiu não só o reconhecimento e legitimidade das necessidades LGBT, mas repercutiu no direcionamento de recursos para implementação de ações previstas no plano, como a criação de centros estaduais de referência para esta população e criação de políticas públicas em diversas áreas (BRASIL, 2004a).

Destaca-se a importância de um governo progressista, para o desenvolvimento social e econômico do país. A primeira década dos anos 2000 foi marcada não só pelo desenvolvimento econômico, mas especialmente pelo desenvolvimento de políticas no âmbito das políticas sociais. Dentre algumas articulações, podem-se destacar o Seminário Nacional de Saúde da População LGBT (2007), que proporcionou a discussão sobre novas políticas de saúde voltadas para a população LGBT, a criação do Grupo de Trabalho e Saúde Integral LGBT do Ministério da Saúde (2010), com o objetivo de auxiliar na elaboração do PNSI-LGBT, assim como a reativação do comitê técnico LGBT, esse último assumindo um papel fundamental ao representar um espaço consultivo de gestão, que acompanhou e articulou a implementação da PNSI-LGBT, com a participação governamental, de ONG’s e agentes envolvidos na causa (SENNA; SOUTO; 2017).

O governo responsabilizar-se pela iniciativa do desenvolvimento do Plano, foi um reconhecimento da trajetória histórica dos diversos agentes do movimento LGBT, que desde 1970 lutam pela garantia de direitos da população LGBT (BRASIL, 2004a) indicando que o compromisso com a manutenção do acesso universal era assumido não apenas pelo Ministério da Saúde, mas principalmente pelo Palácio do Planalto (BARROS, 2013). O Brasil sem Homofobia foi um avanço político e simbólico, que deu visibilidade ao debate sobre sexualidade e gênero no governo federal, mas não houve materialidade enquanto política social. Contudo, o Brasil sem Homofobia sofreu inúmeros questionamentos devido a influências religiosas e conservadoras nos contextos das disputas políticas dos direitos.

Dentre as políticas públicas impulsionadas após a implementação do Plano Brasil sem Homofobia, destaca-se a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Após ser aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2009, a PNSI-LGBT legitima-se como produto de um processo democrático reivindicado pelo movimento. Trata-se de uma política de caráter transversal, pois envolve todas as áreas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Finalizada em 2009, apenas em 2010 a PNSI-LGBT tem sua versão final aprovada, decorrido longo processo de deliberações, debates e pactuações entre diversos atores, entre eles, o Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar que a formação do Comitê Técnico de Saúde LGBT atuante na construção da PNSI-LGBT não apresentava uma referência transgênero em sua constituição (DUARTE, 2014).

É importante salientar as importantes articulações para a implementação da PNSI-LGBT, bem como a participação dos movimentos sociais e ONG's nesse processo. A 13ª Conferência Nacional de Saúde trouxe em seu relatório final propostas que abrangem especificamente a população LGBT, como a criação desse Plano e o reforço do direito de acesso ao SUS. Vale ressaltar também que, na mesma conferência, houve recomendações nítidas de revogação da portaria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que impedia com que Gays e HSH (homens que fazem sexo com homens) de doarem sangue, bem como o estímulo de produção científica (pesquisa e extensão) voltadas a essa população (MELLO et al., 2011). Com isso, após 13 anos, em 2020, a ANVISA revoga a determinação que restringia a doação de sangue obedecendo uma decisão do Supremo Tribunal Federal.

É importante reconhecer o protagonismo dos diversos agentes implicados na construção da PNSI-LGBT, no entanto é ainda mais importante ressaltar a relevância dos movimentos sociais, que ao dialogarem com o Estado, lutam para que suas solicitações e reivindicações sejam atendidas e expressas sob a forma de implantação de políticas públicas,

bem como mediante a reflexão dos princípios governantes que regem determinada sociedade (CAMAROTTI 2009; BUTLER, 2018).

Além disso, os movimentos sociais trazem para a sociedade novas significações que permitem alterações nas posturas conservadoras assumidas até então, que passa a fortalecer as reivindicações dos movimentos sociais e pressionar o Estado a agir de forma eficaz e que responda às necessidade em saúde da população LGBT, baseado em princípios democráticos e equitativos. Neste âmbito, reconhece-se a importância dos movimentos sociais, bem como das organizações não governamentais, enquanto agentes da sociedade civil organizada e seu papel para com o Estado e a sociedade (CAMAROTTI 2009).

A militância do movimento LGBT foi importante para o surgimento de diversas propostas para esta população, que reverberaram na conquista e na garantia de diversas políticas, dentre elas, a PNSI-LGBT. É importante ressaltar que, a articulação dos agentes com distintos tipos e volumes de capital, militante, político, burocrático e social em espaços associativos e em cargos governamentais, assim como o caráter democrático dos governos progressistas que assumiram a pauta da política de saúde LGBT subsidiaram condições históricas de possibilidade e o universo de possíveis que permitiram a formulação de uma política de saúde para a população LGBT baseada na integralidade e na universalidade da atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G.A et al. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v.37, n.98, p.516-524. 2013.

ARAGUSUKU, H; LOPES, M. Políticas públicas e cidadania LGBT em Mato Grosso: uma década de avanços e retrocessos (2007-2017). **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, n.28, p.147-171, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.29.07.a>.

BARROS, S.G. A política nacional de luta contra a aids e o espaço aids no Brasil. (Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva). Salvador, 2013. 274 f.

BOURDIEU, P. Le capital social: notes provisoires. Actes de la recherche en sciences sociales, v.31, n. 31, jan., p.2-3. 1980.

BOURDIEU P. Réponses: pour une anthropologie réflexive. Paris: Le Seuil, 1992.

BOURDIEU, P. O campo científico (capítulo IV). In: Sociologia. São Paulo: Ática, 1994. p.122-155.

BOURDIEU, P. O poder simbólico. Lisboa / Rio de Janeiro, DIFEL / BETRAN.BRASIL, 311p,1998.

BOURDIEU, P. Pierre Bourdieu entrevistado por Maria Andréa Loyola. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2002.

BOURDIEU, P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas, SP: Papius. 1996. 224 p.

_____. De la maison du roi à la raison d'état. Actes de la recherche en sciences sociales, v.118, p.55- 68. 1997.

_____. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2001. 322 p.

_____. Gênese e estrutura do campo religioso. In: (Ed.). Economia das trocas simbólicas. São Paulo: Perspectiva, 2005. Gênese e estrutura do campo religioso, p.27-98.

_____. A distinção: crítica social do julgamento. São Paulo, Porto Alegre: Edusp, Zouk. 2008.

560 p.

_____. Homo academicus. Florianópolis: Editora da UFSC. 2011. 314 p.

_____. Sur l'État: cours au Collège de France 1989-1992. Paris: Éditions Raisons d'agir Éditions Seuil. 2012

BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT e promoção da cidadania homossexual. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Prevenção das DST/Aids e Cidadania para Homossexuais. Brasília, 2002.

BUTLER, J. Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa de assembleia. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

BUTTURI JUNIOR, A; LARA, C.A. Biopolítica, direitos humanos e resistências: uma análise comparativa das políticas públicas de saúde para a população LGBT de Florianópolis-SC. **Trab. Ling. Aplic.**, n. 57.2, p. 645-674, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/010318138651640356851>.

CAMAROTTI, R. A trajetória do movimento LGBT: a luta por reconhecimento e cidadania no contexto brasileiro e baiano. Dissertação apresentada ao Programa de Pós – Graduação do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal da Bahia. Salvador: UFBA, 2009.

CALAZANS, G et al. Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad Rev. Latinoamericana**, n. 29, pp.263-293. Disponível em: www.sexualidadsaludysociedad.org

CARVALHO, M; CARRARA, S. Em direção a um futuro trans? Contribuições para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad Rev. Latinoamericana**, n. 14, p.319-351, 2013. Acesso em: 26.jul.2020. Disponível em: www.sexualidadsaludysociedad.org.

DUARTE, M.J.O. Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania LGBT em cena. **Temporais**, v.14, n.27, p.77-98, 2014.

FEITOSA, C. Políticas públicas LGBT no Brasil: um estudo sobre o Centro Estadual de Combate à Homofobia de Pernambuco. **Sexualidad, Salud y Sociedad Rev. Latinoamericana**, n. 32; p.90-118.

GOMES, S.M et al. O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. **Rev. Saúde Soc**, v.27, n.4, 2018.

GREEN, J. N. Unesp, ed. Além do carnaval: a homossexualidade masculina no Brasil do século XX. 2000 1ª ed. São Paulo: [s.n.] p. 396.

GREEN J. et al (org). História do movimento LGBT no Brasil. 1 edição.São Paulo: Alameda, 2018.

GREEN J., QUINALHA R. (org) .Ditadura e Homossexualidades: repressão, resistência e a busca da verdade. São Carlos: Edufscar, 2019. 330p.

IRINEU, B.A. A política pública LGBT no Brasil (2003-2014): homofobia cordial e homonacionalismo nas tramas da participação social. Rio de Janeiro. 2016. Tese de Doutorado.

MACRAE, E. A construção da igualdade – política e identidade homossexual no Brasil da “abertura”. Salvador: EDUFBA, 2018.

MATONTI, F. e Poupeau, F. Le capital militant. Essai de définition. Actes De La Recherche em Sciences Sociales, n.155, p.5-11. 2004.

MELLO, L et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad Rev. Latinoamericana**, n.9, p.7-28, 2011.

MELLO, L; AVELAR, R.B; MAROJA, D. Por onde andam as Políticas Públicas para a População LGBT no Brasil. **Revista Sociedade e Estado**, v.27, n. 2, 2012.

MONTEIRO, S; BRIGEIRO, M; BARBOSA, R.M. Saúde e direitos da população trans. **Rev. Cad. de Saúde Pública**, v. 35, n.4, 2019; Acesso em: 25. jul.2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00047119>.

PAULINO, D.B; RASERA E.F; TEIXEIRA, F. B. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. **Interface**, n. 23, 2019. Acesso em: 26.jul.2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180279>.

PEREIRA, M.M. Da saúde pública à homofobia: spillover e as transformações nas reivindicações do movimento LGBT em interações com o Estado. **Psicologia política**, v.17, n.38, p.141-165, 2017.

PINELL, P. **Análise Sociológica das Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. 252p.

POPADIUK, G.S; OLIVEIRA, D.C; SIGNORELLI, M.C. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.5, p.1509-1520, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32782016>

PRADO, E.A.J; SOUSA, M.F. Políticas públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa. *Tempus, actas saúde colet*, v.11. n.1, p.69-80, 2017. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i1.189>.

QUINALHA R. Uma ditadura hetero-militar: notas sobre a política sexual do regime autoritário brasileiro. In: Green J. et al (org). *História do movimento LGBT no Brasil*. 1 edição. São Paulo: Alameda, 2018.

SANTOS, SMM. Política Social e Diversidade Humana: crítica a noção de igualdade de oportunidades. In: *Capitalismo em Crise, política social e direitos*. Org. Boschetti, Behering, Santos, Miotto. São Paulo: Cortez, 2010

SANTOS, J.S; SILVA, R.N; FERREIRA, M.A. Saúde da população LGBTI+ na Atenção Primária à Saúde e a inserção da Enfermagem. **Rev Enfermagem, População LGBTI+ e a**

Atenção Primária [Internet]. 2019. Acesso em: 25. Jul. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0162>.

SENA, A.G.N; SOUTO, K.M.B. Avanços e desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. **Tempus, actas de saúde colet**, v.11, n.1, p.09-28, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i1.1923>.

SILVA, J.W.S.B et al. Políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT e à atuação do controle social. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v.18; n.1, p.140-149, 2017. DOI: [10.5433/15177130-2017v18n1p140](https://doi.org/10.5433/15177130-2017v18n1p140).

SILVA, A.C.A et al. Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. **Interface**, v. 24, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190568>.

SILVA, F. R.; NARDI, H. C. A construção social e política pela não-discriminação por orientação sexual. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p: 251-265. 2011.

VIEIRA DA SILVA, L. O Campo da Saúde Coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, Coedição Edufba, 2018

Artigo 4⁹**OS MOVIMENTOS SOCIAIS E A GÊNESE DE AÇÕES VINCULADAS À POLÍTICA DE SAÚDE INTEGRAL PARA LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (PNSI – LGBT) NO ESTADO DA BAHIA (1979-2014)****RESUMO**

Com o objetivo de analisar a gênese de ações vinculadas à política de Saúde integral para as Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), foi realizado um estudo sócio histórico ou de sociogênese do período compreendido entre 1979 e 2014. Adotou-se o referencial teórico da sociologia reflexiva de Bourdieu, apoiado na proposta de Pinell para a análise sociológica de políticas públicas. A análise do espaço social foi feita por meio do estudo das trajetórias dos agentes envolvidos com a formulação de ações relacionadas a PNSI-LGBT no estado da Bahia e as relações entre esses agentes e o espaço social nacional, em especial o eixo Rio de Janeiro- São Paulo - Salvador, assim como, o campo do poder do Estado. Verificou-se que o espaço social nacional dos movimentos LGBT constituíram-se historicamente como espaços de luta e de complexas relações, influenciadas pelos campos científico, político e militante. Na Bahia, esses espaços sociais incluíram agentes que participaram dos espaços nacionais e juntaram-se a outros movimentos estaduais, conformando o subespaço militante. Destacaram-se agentes com trajetórias vinculadas ao campo científico, dos direitos humanos, dos direitos sexuais, do feminismo e do espaço AIDS, com alto capital burocrático e militante, que propiciou aproximação às questões relacionadas a saúde LGBT local. As condições de possibilidade históricas que permitiram a formulação de ações relacionadas à PNSI-LGBT foram: a formalização do Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral LGBT da Bahia, em 2014, como resposta governamental no Estado, onde buscou-se ampliar a Atenção Integral à Saúde voltada às populações de maior vulnerabilidade; e o Plano Bahia sem homofobia, que permitiu ampliar o diálogo com a sociedade civil e os movimentos sociais e abarcar as principais críticas para a formulação da política, que residiam na ausência de resposta assistencial alinhada às reais necessidades em saúde da população LGBT. Tais ações reverberam o início de um processo de construção de equidade em saúde para a população LGBT no Estado da Bahia.

PALAVRAS-CHAVE: Sociogênese; Movimento LGBT; Política de saúde Integral; Sociologia Médica; Equidade em Saúde; Bourdieu.

⁹ Artigo submetido ao periódico Revista Cadernos de Saúde Pública.

ABSTRACT

In order to analyze the genesis of actions related to the integral health policy for Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transsexuals (LGBT), a socio-historical study was carried out from 1979 to 2014. Bourdieu's reflexive sociology theoretical reference was adopted, supported by Pinell's proposal for the sociological analysis of public policies. The analysis of social space was made through the study of the trajectories of the agents involved in the formulation of actions related to the PNSI-LGBT in the state of Bahia and the relations between these agents and the national social space, especially the Rio de Janeiro-São Paulo - Salvador axis, as well as the field of state power. It was verified that the national social space of the LGBT movements were historically constituted as spaces of struggle and complex relationships, influenced by the scientific, political and militant fields. In Bahia, these social spaces included agents who participated in the national spaces and joined other state movements, forming the militant subspace. The highlights were agents with trajectories related to the scientific field, human rights, sexual rights, feminism and AIDS space, with high bureaucratic and militant capital, which allowed for approximation to local LGBT health issues. The historical conditions that allowed the formulation of actions related to the PNSI-LGBT were: the formalization of the State Technical Committee on Integral LGBT Health in Bahia, in 2014, as a governmental response in the state, where the objective was to expand Integral Health Care focused on the most vulnerable populations; and the Bahia Plan without homophobia, which allowed for expanding the dialogue with civil society and social movements and encompassing the main criticisms for policy formulation, which resided in the absence of an assistance response aligned to the real health needs of the LGBT population. Such actions reverberated the beginning of a process of building equity in health for the LGBT population in the State of Bahia.

KEY WORDS: Sociogenesis; LGBT Movement, Integral Health Policy. Medical Sociology. Equity in Health. Bourdieu.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de políticas de saúde para a população LGBT foi fruto de muitas lutas que perpassaram a trajetória do movimento LGBT. Internacionalmente, apesar de eventos históricos indicarem que o florescer do movimento LGBT ocorreu na Europa ainda no período nazista, o aumento da visibilidade do movimento LGBT ocorreu a partir da Revolta de Stonewall, no ano de 1969, nos Estados Unidos da América (EUA), constituindo-se como importante evento simbólico para a consolidação dos grupos LGBT e a reivindicação pelos seus direitos (REIS, 2007; BILA, 2014).

Paulatinamente, as políticas de saúde para população LGBT nos países como EUA, Canadá, Austrália e Reino Unido, estruturaram-se sob diferentes vertentes, com políticas que perpassam pelo envelhecimento LGBT, HIV e Aids e políticas de cuidados de câncer (BOEHMER, 2018); contudo, ainda prevalecem barreiras de acesso para população LGBT, que reforçam o estigma e a discriminação, especialmente em países que não dispõem de um sistema de saúde universal, e cujo acesso, a utilização e a qualidade dos cuidados de saúde não incluem, na maioria das situações, as minorias sexuais (FREITAS et al, 2020, no prelo, FACCHINI, 2003).

Esses grupos estão em maior risco de baixo status socioeconômico e resultados de saúde ruins, o que contribui para as disparidades em saúde persistirem entre estas populações estigmatizadas. Neste sentido, é importante demarcar que a necessidade de uma política de saúde para esta população, perpassa pela compreensão da política de saúde global direcionada a essa população, que apesar de ser um campo ainda em delineamento, debruça-se sobre as práticas que regem a agenda global (HAWKES; BUSE, 2020).

No Brasil, esse espaço social parece ter emergido a partir da década de 1970 associado aos movimentos estudantis e os movimentos feminista que constituíram movimentos contra hegemônicos, carregava muito da contracultura e do espírito contestatório e antiautoritário da época, produzindo um discurso voltado para uma transformação mais ampla, como estratégia para a transformação cultural, e luta pela igualdade e democracia de direitos (GREEN, 2000). Na década de 1980, as trajetórias de alguns agentes associadas a luta contra a violência e a discriminação e contra a patologização de homossexuais, favorece uma aproximação das lutas LGBT e as relacionadas com a epidemia de HIV e AIDS (BRASIL, 2013).

A forte associação, entre AIDS e homossexualidade, que teve lugar no início da epidemia, trouxe associações negativas e levou vários grupos a optarem por não trabalhar

prioritariamente com a luta contra a AIDS. Outros conseguiram conjugar a relação entre legitimidade da homossexualidade e atuação contra a epidemia e têm seu desempenho reconhecido, especialmente, por meio de um intenso debate acerca da inclusão da garantia de não-discriminação por “orientação sexual” na Constituição Brasileira (FARAH, 2004).

A partir do início dos anos 1990, as organizações se diversificaram espalhando-se por todo o país, multiplicaram-se também as categorias de referência ao sujeito político, desde “movimento de gays e lésbicas” para GLB – de “gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros”, passando pelas variantes GLTB ou GLBT, a partir de hierarquizações e estratégias de visibilização dos segmentos. Do mesmo modo, é possível observar nesse período, uma mudança da concentração de grupos da região sudoeste, para a inclusão do Nordeste e a presença marcante de ativistas com uma ação mais pragmática, voltada para a garantia dos direitos civis e contra a discriminação e a violência dirigidas aos homossexuais (FACCHINI, 2005).

No que concerne à gênese de ações vinculadas a PNSI-LGBT no Estado da Bahia, não foram encontrados estudos que discutissem a temática. Os estudos trazem perspectivas acerca da consolidação do movimento ou a pauta direcionada a necessidade de reconhecimento de direitos e cidadania, a exemplo do estudo de Camarotti (2009) que aborda a trajetória do movimento LGBT baiano e a sua luta pela cidadania.

Neste artigo discutimos como se configurou a gênese de ações relacionadas à PNSI-LGBT no estado da Bahia, a partir de uma perspectiva bourdieusiana, com base na organização do movimento LGBT por meio de grupos ativistas e ONGs, e as condições de possibilidade para a inserção de pontos de vista em espaços sociais relacionados à discussão e construção de ações vinculadas à política. Para tal, faz-se necessária a compreensão dos espaços sociais em que emerge a necessidade da criação de ações direcionadas às políticas de saúde para a população LGBT, como uma demanda real e legítima.

Pretende-se suprir essa lacuna buscando investigar a gênese desse espaço social com base na teoria das práticas de Bourdieu (2012). O estudo justifica-se pelo fato da análise histórica buscar compreender o contexto político e social que determinou a necessidade de intervenção do Estado para a implementação de medidas específicas de controle de um determinado problema de saúde, ou seja, quais foram as condições que possibilitaram o reconhecimento de um determinado agravo à saúde como um problema social que exigia uma resposta governamental específica, ao considerarmos que é no âmbito do Estado que se formulam as

políticas de saúde. (VIEIRA-DA-SILVA, 2015; VIEIRA-DA-SILVA; PINELL, 2014). Por isso, para além de compreender os processos de tomada de decisão, compreender como as estruturas de poder moldam as possibilidades e as necessidades do coletivo para resolução de problemas converge com a proposta de Patrice Pinel (PINELL, 2011), ancorada na sociologia reflexiva de Pierre Bourdieu.

Dessa forma, investigar a emergência de uma política (ou ações de saúde) corresponde a análise da estrutura e da dinâmica de um espaço de relações entre os agentes sociais que compartilharam interesses sobre o objeto central que derivou a política (VIEIRA DA SILVA et al, 2016). Pois, o processo de institucionalização tende a fazer esquecer as disputas iniciais, as alternativas possíveis que foram vencidas (BOURDIEU, 2012). Por isso, é importante voltar aos conflitos das origens e apreender os possíveis que se realizaram e também os possíveis excluídos.

METODOLOGIA

Delineamento do estudo

Foi realizado um estudo sócio histórico sobre a gênese da PNSI-LGBT no Estado da Bahia, no período compreendido entre 1979 e 2014. O período demarcado apresenta importantes fatos históricos para a conformação da política de saúde na Bahia, iniciando em 1980 com a fundação do Grupo Gay da Bahia até 2014 com a implantação do Comitê Técnico Estadual de Saúde LGBT na Bahia.

A sociogênese ou análise sócio histórica além de identificar os agentes e disputas iniciais, pode revelar os possíveis não realizados, mortos e esquecidos, afastando-nos da tendência em aceitar que o que ocorreu era o que deveria ter acontecido. O estudo da gênese, então, é uma importante estratégia de ruptura com o senso comum. A análise a partir do referencial teórico bourdieusiano permite a articulação entre estruturas objetivas e mentais, internas e externas, e as trajetórias dos agentes envolvidos, buscando uma integração entre o material e o simbólico (VIEIRA DA SILVA et al., 2016).

Locais do estudo

O estudo foi realizado em seis municípios baianos, quais sejam: Feira de Santana, Ilhéus, Itabuna, Jequié, Salvador e Vitória da Conquista.

Os referidos municípios foram escolhidos com base em dois critérios: 1. Possuir grupos que tiveram discussões proeminentes para a construção das políticas e saúde e 2. Localizarem-se

em diferentes regiões da Bahia, abrangendo municípios representativos para toda a Bahia. Assim: Ilhéus e Itabuna representaram o Sul Baiano, Vitória da Conquista e Jequié o Sudoeste, Salvador representou a Mesorregião Metropolitana de Salvador, Feira de Santana representou a Mesorregião do Centro Norte Baiano, e por fim, Barreiras representaria o Extremo Oeste Baiano, Paulo Afonso representaria o Norte Baiano e Mesorregião do Vale São-Franciscano (IBGE, 2017). Destaca-se que por questões pessoais ou por indisponibilidade para contribuir na pesquisa, os agentes dos municípios de Barreiras e Paulo Afonso não aceitaram participar desta pesquisa.

Sujeitos do estudo

Os 25 agentes que participaram das entrevistas eram militantes dos grupos LGBTs e técnicos vinculados a Secretaria Estadual de Saúde, identificados como formuladores de política, informantes-chave e ativistas/militantes da comunidade LGBT, além de agentes do campo burocrático e científico, identificados a partir de uma análise preliminar dos principais documentos normativos e técnicos que contemplam o arcabouço das políticas LGBT. Bem como agentes indicados pelos entrevistados, com a técnica de bola de neve.

Produção dos dados

Para a identificação dos agentes entrevistados, inicialmente procedeu-se à leitura dos documentos técnicos e normativos acerca das políticas de saúde ou diretrizes políticas direcionadas a população LGBT, divulgados no sítio eletrônico da Secretaria Estadual de Saúde ou secretarias municipais, bem como documentos fornecidos pelos entrevistados, que pudessem contribuir para a compreensão do processo de formulação da política. Assim como, documentos científicos que refletissem criticamente sobre o processo histórico de formulação de ações vinculadas à PNSI-LGBT no Estado da Bahia.

Foram entrevistados 25 agentes que atuam na gestão estadual e/ou municipal da saúde. Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal com o apoio de pesquisadores do grupo de pesquisa Observatório Baiano de Redes de Atenção em Saúde (OBRAS- CNPq) previamente capacitados. O tamanho da amostra foi demarcado pela saturação de informações.

As entrevistas foram realizadas utilizando-se de roteiros semiestruturados elaborados para a pesquisa (APENDICÊ B) e continham seções que versavam sobre: a gênese das ações vinculadas à PNSI-LGBT; a percepção dos agentes sobre as necessidades e demandas da população LGBT; o envolvimento e/ou participação das entidades profissionais na emergência das ações, e a síntese da trajetória de vida dos agentes sociais entrevistados.

Todas as entrevistas foram gravadas, após o consentimento dos participantes utilizando-se um gravador digital.

Análise dos dados

Inicialmente, foi realizada a catalogação de todos os documentos levantados em uma planilha eletrônica, contendo as seguintes categorias: a) código de identificação atribuído ao documento; b) referência bibliográfica completa; c) especificação da origem do documento (nome da base bibliográfica, nome do site, etc); d) tipo de documento (artigo científico, capítulo de livro, documento técnico, documento de posição, notícia da mídia); e) resumo dos principais resultados; f) apreciação preliminar da relevância para o estudo, considerando a pertinência de seu conteúdo em relação aos objetivos do projeto. Antes do preenchimento completo da planilha foram excluídas as duplicações porventura existentes (APENDICÊ C).

Posteriormente, foi possível selecionar agentes ocupantes de cargos de Direção e/ou Coordenação no âmbito estadual ou municipal. Além do grupo de agentes do campo burocrático entrevistados, também participaram do estudo agentes do campo militante e científico, bem como representantes de movimentos sociais LGBT do Estado da Bahia. A partir das entrevistas também se construiu a rede de relações entre os agentes envolvidos na gênese da política (sociograma).

Outro eixo de sistematização dos dados, diz respeito aos fatos históricos relacionados à formulação de ações vinculadas à PNSI-LGBT. Foram extraídos das entrevistas, excertos que continham elementos elucidativos da linha cronológica de acontecimentos que culminaram na construção de ações direcionadas à implementação da PNSI-LGBT no Estado da Bahia, desde os fatos que motivaram a formulação da proposta até os conflitos, interesses e pactuações realizadas para que algumas iniciativas fossem viabilizadas.

Para ancorar as análises, o conceito de política adotado corresponde à ação ou omissão do Estado diante de determinado problema de saúde (PAIM, 2003). O estudo adotou também a perspectiva apresentada por Patrice Pinell (2011) para a análise sociológica de políticas públicas, que se baseia em elementos teóricos da sociologia reflexiva de Bourdieu (2011). (Quadro 1).

Quadro 1. Síntese dos elementos centrais da teoria social de Pierre Bourdieu¹⁰.

Termo	Conceito	Referência
Campo	O campo é uma espécie de local simbólico acerca de determinado tema em que ocorrem lutas para se definir “o que está em jogo”. Assim, os diversos campos: educação, ciência, literatura, saúde possuem regras específicas que determinam como os agentes se comportam neste meio, bem como quais estratégias cada agente utiliza para se portar neste meio.	BOURDIEU, 2018
Espaço social	O espaço social é a “soma de total de posições sociais ocupáveis em qualquer lugar e momento [...] trata-se de um subconjunto particular das posições disponíveis que recebe coerência através dos interesses, atividades e disposições compartilhadas dos participantes.	BOURDIEU, 2018
Capital social	O capital social auxilia o entendimento da distribuição dos indivíduos em uma rede estável de relações sociais e os benefícios que da sua posição, que pode gerar externalidades positivas para outros membros. Tende a ser uma espécie de multiplicador de poder por um efeito de agregação simbólica e as redes de relações sociais, que permitem aos indivíduos ter acesso aos recursos dos membros do grupo.	BOURDIEU, 1980; BOURDIEU, 2011;
Capital científico	O capital científico é um conjunto de saberes adquiridos ao longo do tempo que expressam o <i>habitus</i> do agente de inculco e de seu campo. O capital científico pode ter duas ramificações: o social (ou institucionalizado), ligado à ocupação de posições eminentes nas instituições científicas; e um capital científico específico (ou puro), que repousa no reconhecimento pelos pares	BOURDIEU, 2018; COCK et al 2018
Capital militante	“Conjunto de saberes e práticas mobilizados durante as ações coletivas, sendo incorporado sob a forma de técnicas, de disposições de agir, intervir ou simplesmente obedecer”. um indivíduo dotado deste capital pode se enviesar em uma trajetória política, decorrente das convicções militante ou se constituir em um sujeito crítico e com uma potência transformadora propiciando um ambiente de mudança no espaço social.	MATONTI e POUPEAU, 2004
Capital burocrático ¹¹	Um capital delegado pelo Estado e constituído por representantes do Estado, sobre os outros tipos de capital, uma espécie de ' <i>metacapital</i> ', com poder sobre os outros tipos de capital e sobre seus detentores e outros espaços.	BOURDIEU, 1996; 2006;2011
Capital simbólico	é uma propriedade qualquer percebida pelos agentes sociais e cujas categorias esses possam entender e reconhecer atribuindo um valor. Só existe mediante o reconhecimento que o outro dá a ele, pelo valor social que ele tem. É um capital específico ganho por quem faz parte de um determinado espaço social e pode ser convertido em outras espécies de capital simbólico, social, capital cultural, capital intelectual, burocrático, político, militante	BOURDIEU, 2012

¹⁰ O termo agente é aqui utilizado no sentido que lhe é dado por Bourdieu como agentes das práticas sociais. O uso do conceito de agente é discutido por este autor como alternativa ao conceito de ator e de sujeito. Decorre de sua teoria das práticas sociais em que a ação social não é produto de um cálculo racional (Bourdieu & Wacquant, 1992).

¹¹ Apesar de Bourdieu não apresentar uma definição formal de capital burocrático, apresenta diversas referências pontuais que permitem compreender o seu conceito.

Com o intuito de compreender quais foram as condições que possibilitaram o reconhecimento da necessidade de ações relacionadas à saúde LGBT, como um problema social que exigia uma resposta governamental específica, a análise baseou-se essencialmente no estudo do espaço social que conformou os debates sobre a PNSI-LGBT na Bahia. Por meio da investigação das trajetórias dos agentes envolvidos com a formulação de ações política, das suas posições e tomadas de posição nesse espaço e das relações estabelecidas entre eles. Do mesmo modo, as relações, posições e disposições dos agentes foram analisadas a partir da posição no campo das profissões (por meio da trajetória profissional); da posição no espaço social (aferida através da trajetória profissional, ocupação de postos no SUS); e disposições políticas (filiação ou voto em partido político, participação em movimentos profissionais e sociais, militância e participação em partidos, participação em movimentos relacionados às residências em saúde) (VIEIRA DA SILVA, 2018; 2015).

A classificação dos agentes de acordo com a inserção nos campos e espaços sociais foi realizada com base na composição das diferentes espécies de capital e foi elaborada a partir dos estudos desenvolvidos por Vieira-da-Silva e Pinell (2014), Souza (2013) e Barros (2013) inspirada nas objetivações de Bourdieu (1984) no *Homo academicus* (Quadro 2). Foram considerados: indicadores de capital científico: títulos e publicações na área; indicadores de capital simbólico: premiações e reconhecimento (notoriedade) na área; indicadores de capital burocrático: cargos ocupados no campo¹² burocrático e recursos mobilizados; indicadores de capital político: participação em cargos de indicação política e/ou em partidos políticos; indicadores de capital militante: participação em sindicatos e/ou conselhos profissionais; movimentos sociais e movimentos pela saúde; indicadores de capital social: pertencimento a um ou mais grupos ao interior do espaço, atribuído a partir de relação prévia entre os agentes e das posições e tomadas de posição semelhantes ou divergentes entre eles.

O capital simbólico, capital de reconhecimento, foi aferido apenas para os fundadores dos grupos, mencionados pela maioria dos entrevistados como lideranças responsáveis pela criação do espaço social em cada local.

Em suma, o quadro teórico do estudo foi sintetizado em um modelo teórico representado graficamente e descrito (Figura 2). Tendo como base quatro pressupostos da análise de políticas de saúde de Pinell (2011), buscou-se traçar o caminho percorrido pelos agentes para a construção da política na Bahia. Compreende-se que os debates acerca da

¹² O conceito de campo de Bourdieu aqui utilizado implica a identificação das disposições comuns aos agentes que conformariam um habitus – disposições essas adquiridas ao longo de uma trajetória que corresponderia às sucessivas posições ocupadas no espaço social pelos entrevistados em certas condições históricas de possibilidade.

construção da PNSI-LGBT da Bahia iniciaram-se em um espaço social dentro do campo de construção das políticas públicas.

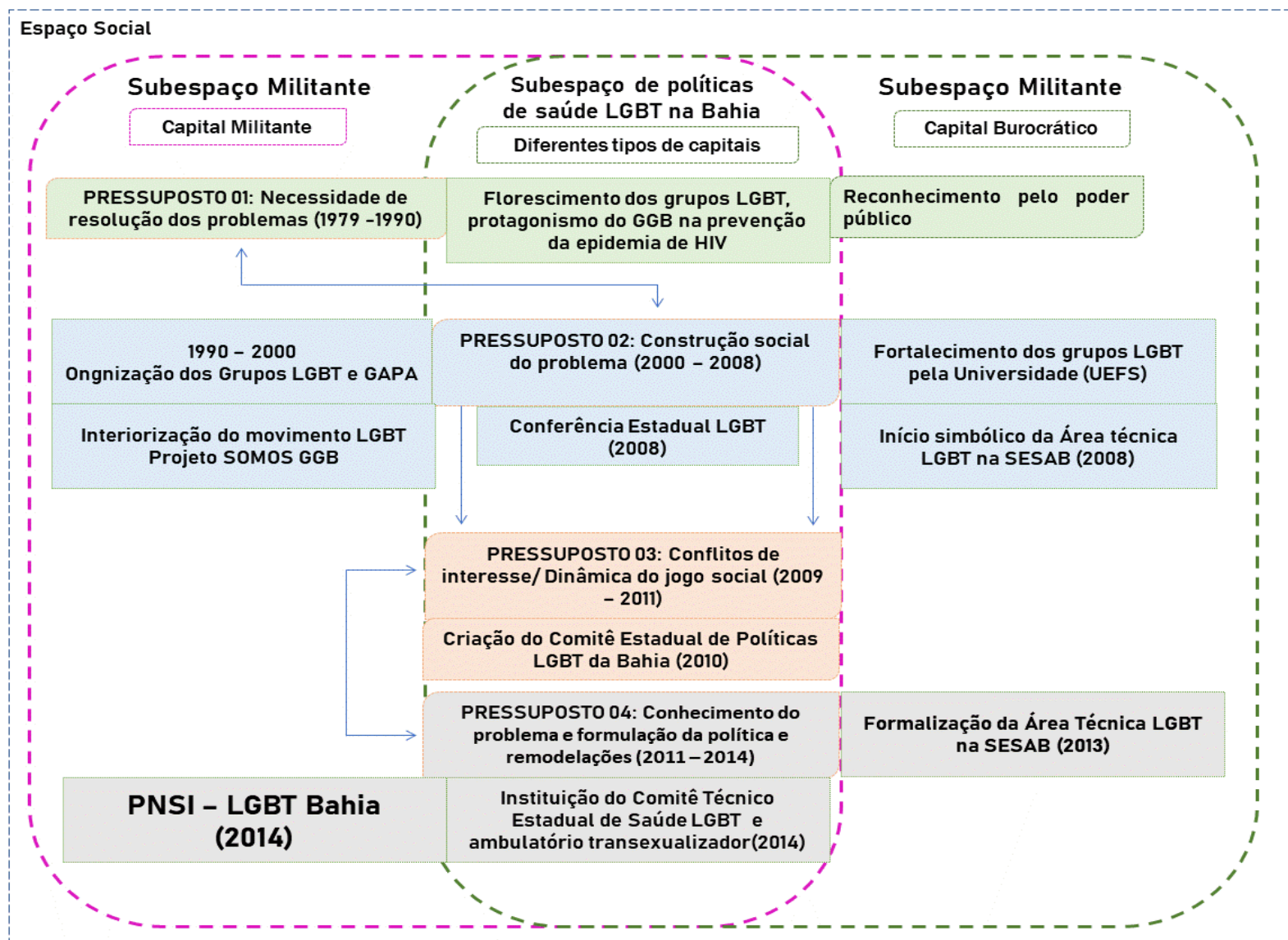
Neste espaço social¹³, os agentes dos movimentos sociais LGBT (dotados de um volume expressivo de capital militante) e aqueles que ocupavam cargos no campo burocrático no Estado da Bahia, na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e Secretaria de Justiça e Direitos Humanos (SJDH) (dotados de capital burocrático), estavam ao lado um do outro, mas não se cruzavam, eram subespaços.

Com a epidemia de HIV em 1980 e o florescimento dos grupos LGBT no estado da Bahia passa a existir um entrecruzamento de agentes dos dois campos e começa a se configurar um terceiro subespaço de possíveis passa a associar agentes (com diferentes capitais foram se agregando: científico, militante, político) e o debate acerca da necessidade de ações vinculadas às políticas de saúde para a população LGBT na Bahia e caracteriza o primeiro pressuposto de Pinell (2011): *a necessidade de resolução dos problemas e o reconhecimento pelo poder público*.

O período compreendido entre anos 2000 e 2008, eventos importantes como a primeira Conferência Estadual LGBT e o início da área técnica LGBT na SESAB fortaleceram um subespaço burocrático e a rede de relações de agentes do campo político, militante, burocrático e científico no Estado e a *construção social do problema*, segundo pressuposto de Pinell. A posteriori, os conflitos de interesse e a dinâmica do jogo social entre os anos de 2009 e 2011 reverberam na criação do Comitê de políticas públicas LGBT da Bahia, um subespaço social em que transitavam agentes dos diversos campos, acadêmico, saúde, educação, direitos humanos. Os debates acerca da PNSI LGBT na Bahia se intensificam e culminam em 2013 na formalização da área técnica LGBT na SESAB, na instituição do Comitê Técnico Estadual de Saúde LGBT em 2014, na implantação do ambulatório transexualizador na Bahia (2014) e na emergência de ações vinculadas à política de saúde LGBT, caracterizando o último pressuposto de: *conhecimento, formulação e remodelações da política*.

¹³ Considerado espaço social, pois ainda não possuía autonomia relativa e um habitus comum, encontrados nos campos consolidados, como os campos científico, médico, burocrático e político.

Campo: Desenvolvimento de políticas públicas



Quadro 2. Perfil dos entrevistados segundo cidade, ano de entrada no espaço LGBT, subespaço social e instituição de vinculação, tipo e volume de capital e relação com o movimento LGBT.

E	Cidade	Entrada no espaço (ano)	Instituição	Subespaço social	Volume de capital				Relação com o movimento LGBT
					Científico	Militante	Social	Burocrático	
E01	Salvador	1990	Coordenador de serviço de referência	Burocrático e Militante	A	M	M	A	Profissional e pessoal
E02	Salvador	2010	Coordenador das Políticas de equidade na secretaria estadual de saúde	Burocrático	-	-	M	M	Profissional
E03	Salvador	2013	Área Técnica – Secretaria Municipal de Saúde.	Burocrático	B	-	B	B	Profissional
E04	Salvador	2018	Área Técnica da Secretaria Municipal de Saúde.	Burocrático	A	M	-	B	Profissional e pessoal
E05	Salvador	2019	Área técnica - SESAB	Burocrático	B	-	-	M	Profissional
E05	Salvador	2005	Coletivo Lesbibahia e Fórum Baiano LGBT	Militante	-	M	P	-	Pessoal
E07	Salvador	1990	Presidente da ANTRA.	Militante	B	AA	AA	P	Pessoal
E08	Salvador	1990	Coordenadora do GAPA	Científico	AA	-	P	M	Profissional e pessoal
E09	Salvador	2008	Coordenador da “Aliança LGBTI+” da Bahia	Militante	B	A	P	-	Pessoal
E10	Feira de Santana	2002	Chefe da SEDESO	Militante	-	A	M	A	Pessoal
E11	Feira de Santana	1998	Articulador do GLICH	Militante	A	A	M	-	Pessoal
E12	Vitória da	1998	Área Técnica da Secretaria	Militante	-	M	P	M	Pessoal

	Conquista		Municipal de Saúde.						
E13	Itabuna	2017	Integrante da ONG “Grupo Humanus”	Militante	A	-	P	-	Pessoal
E14	Itabuna	2000	Integrante da ONG “Grupo Humanus”	Militante	-	M	M	-	Pessoal
E15	Itabuna	1998	Vice-Presidente da ONG “Grupo Humanus”	Militante	-	M	A	-	Pessoal
E16	Itabuna	1988	Presidente da ONG “Grupo Humanus”	Militante	-	M	A	-	Pessoal
E17	Ilhéus	2010	Presidente da ONG “Mais Você”	Militante	-	M	P	-	Pessoal
E18	Ilhéus	2012	Integrante da ONG “Anotrans” e “Fonotrans”	Militante	-	P	P	-	Pessoal
E19	Ilhéus	1999	Ex-coordenador do “Grupo Eros”	Burocrático	-	M	P	-	Pessoal
E20	Jequié	2017	Associação LGBTQI+ de Jequié e Região.	Militante	-	P	P	-	Pessoal
E21	Jequié	2018	Presidente da Associação LGBTQI+ de Jequié e Região.	Militante	-	M	P	-	Pessoal
E22	Salvador	1990	Presidente do CNS e ativista GAPA BA	Burocrático	-	M	A	A	Pessoal/Profissional
E23	Jequié	2000	Grupo LGBT Sol	Militante	AA	P	P	-	Pessoal
E24	Salvador	1998	Fórum baiano LGBT e FOBONG	Burocrático	-	A	A	A	Pessoal
E25	Salvador	2008	Área técnica de saúde LGBT SESAB	Burocrático	B	B	B	A	Pessoal/Profissional

Fonte: Adaptado de Vieira-da-Silva (2014), Souza (2013) e Barros e Vieira-da-Silva (2013). Legenda: P= pequeno M= médio A= alto AA=Muito Alto

As gravações das entrevistas com os agentes foram transcritas na íntegra sendo codificada a identificação de cada entrevistado classificado de E01 à E25. Foi realizada leitura sistemática do material empírico coletado, que foi organizado e classificado, construindo-se um quadro síntese.

A partir das entrevistas também foi possível delinear a rede de relações entre os agentes envolvidos na gênese da PNSI LGBT. Por meio de um sociograma foi analisada a existência de vínculos/laços de influência entre os agentes, objetivos comuns, relações de afinidade, bem como a existência de grupos e/ou subgrupos no espaço onde se deu a emergência e gênese da PNSI LGBT. Para a construção do sociograma foi utilizado o programa *Gephi 0.9.2*, versão 3 GNU *General Public License*. O modelo de sociograma foi o *ForceAtlas2*. A dispersão dos nós e das arestas seguiu a distribuição territorial do mapa da Bahia, fazendo com que cada grupo ou instituição se localizasse no seu respectivo território (figura 1).

Por fim, estruturou-se o eixo de análise contendo os pontos de vista dos agentes acerca da relação da proposta. No tocante aos documentos analisados, considerou-se pertinente a análise dos documentos que apresentaram conteúdo diretamente relacionado a PNSI-LGBT, como registros de reuniões dos movimentos LGBT municipal ou Estadual. Posteriormente, buscou-se identificar elementos elucidativos da linha cronológica de acontecimentos que culminaram com a construção da proposta de ações vinculadas a PNSI-LGBT, na perspectiva de cotejar tais informações com o conteúdo das entrevistas, de modo a triangular dados e fontes e, assim, assegurar a consistência das evidências levantadas. A triangulação entre a análise documental e entrevistas permitiu identificar elementos elucidativos da linha cronológica de acontecimentos que culminaram na construção da política, na perspectiva de cotejar tais informações com o conteúdo das entrevistas, de modo a triangular dados e fontes e, assim, assegurar a consistência das evidências levantadas.

As categorias de análise basearam-se nos pressupostos da análise de políticas públicas propostos por Pinell (2010), quais sejam: 1. Necessidade de resolução dos problemas e reconhecimento pelo poder público; 2. Construção social do problema; 3 Conflitos de interesse: a trajetória dos agentes na construção social da proposta de uma política no Estado da Bahia; 4. Processo de conhecimento do problema e formulação da política e remodelações.

Aspectos éticos

Este estudo consiste em um recorte do estudo original intitulado “**Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**

(PNSI-LGBT) no estado da Bahia”, aprovado pela Chamada CNPq/MS-DIAHV Nº 11/2018 – Pesquisas em Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV, Aids e Hepatites Virais, eixo Análise de gestão de serviços aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e aprovado, CAAE: 01688018.6.0000.5556, em 13 de dezembro de 2018. Os entrevistados assinaram termo de consentimento informado, concordando com o sigilo das informações e de suas respectivas identidades.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A construção do espaço da saúde LGBT, como todo processo de emergência de espaços sociais, é complexo e não decorre de uma determinação direta das estruturas sociais, nem de uma ação racional planejada por um conjunto de agentes sociais que orientaram suas trajetórias nessa direção (VIEIRA DA SILVA, 2015) A sua compreensão requer uma recuperação do espaço das posições e das tomadas de posição dos agentes envolvidos com a produção de saberes e práticas sobre a saúde na sociedade, bem como das condições históricas que tornaram possível a sua constituição.

Para reconstruir a gênese das ações vinculadas à PNSI-LGBT no Estado da Bahia buscou-se analisar as condições históricas de possibilidade para a sua emergência, por meio da reconstrução da dinâmica do espaço social, participação dos agentes dos campos burocrático, saúde, político, científico, bem como do espaço militante (ou associativo) e as relações entre eles, assim como, a sistematização de elementos elucidativos que viabilizaram a descrição de uma linha cronológica de acontecimentos que culminaram em iniciativas relacionadas à implementação da PNSI-LGBT no Estado da Bahia.

1. 1979-1990 construção do espaço de luta pela saúde LGBT na Bahia: necessidade de resolução dos problemas e reconhecimento pelo poder público

As principais ideias acerca das pautas para os direitos e saúde LGBT surgem a partir do final da década de 1970. Derivadas das análises, obteve-se a informação que diversos grupos LGBT baianos se organizaram entre o fim da década de 1970 e década de 1990, a exemplo: Grupo Lésbico da Bahia (GLB) de Salvador, Grupo Gay da Bahia (GGB) em Salvador, Quimbanda Dudu - Grupo Gay Negro da Bahia de Salvador e a Associação das Travestis de Salvador (ATRAS); o Grupo de Ação e Integração Homossexual (GAIH) de Feira de Santana; o grupo *Humanus* de Itabuna e o grupo EROS de Ilhéus. Os grupos inicialmente se articularam para defender as demandas, lutas e reivindicações contra a discriminação, estigma e prevenção/proteção da recém-chegada epidemia do HIV (CAMAROTTI, 2007).

O GGB, a ATRAS que era a associação das travestis e transexuais, Quimbanda DUDU que era um grupo que lidava com axé e prevenção principalmente com a população LGBT, morava dentro do GGB então eram três Ongs grandes. Tinham grupo menos LGBT, inclusive um que era o grupo Esperança que trabalhava justamente com travestis e transexuais deles a gente foi também conhecendo o que era a necessidade de implantação da política de saúde LGBT no Brasil (E - 22).

No cenário internacional, no início da década de 1980, a epidemia de HIV já era divulgada amplamente por revistas médicas e imprensa norte – americana como uma doença que era mais prevalente em jovens e homossexuais.

No Brasil, as décadas de 1980 e 1990 foram marcadas pela promulgação de uma nova constituição, criação do SUS, transição de um regime autoritário para um processo de abertura democrática no Brasil, assim como, o advento da epidemia de HIV que viabilizou o debate e proposições acerca das demandas e necessidades em saúde da população LGBT (SEINO et al, 2013).

Apesar de “conservar mudando e mudar conservando” nas palavras de Seino et al (2013, p.32), defendiam-se direitos sociais, inclusive cuidados capazes de ofertar uma atenção integral à saúde da população, a exemplo da retirada da homossexualidade do código de doenças do Instituto Nacional de Previdência Social liderada pelo grupo Gay da Bahia; adoção da ideia de orientação sexual e ampliação do debate relacionado a inclusão da garantia de não-discriminação por “orientação sexual” na Constituição Brasileira. (FACHINI; FRANÇA, 2009). Este conjunto de eventos constituíram o pano de fundo em que se esboçaria os rumos das políticas de saúde para a população LGBT no Brasil, assim como na Bahia.

Os agentes com alto capital militante propulsores dos debates em anos anteriores, se voltaram para a construção da resposta coletiva ao HIV/Aids. Alguns médicos já se aproximavam do assunto e investigavam casos entre seus pacientes. No entanto, somente em 1983 foram diagnosticados os primeiros casos no Brasil e estruturado o primeiro programa de controle da epidemia (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA 2015) e a doença passou a ser considerada um problema de saúde pública e não apenas de “grupos de risco”.

A clínica de HIV era ainda muito fraca, ainda não dispunha de muito conhecimento, a política de acompanhamento dessas pessoas ainda estava se fortalecendo no Brasil e principalmente na Bahia, Nordeste, Salvador as pessoas ainda morriam muito facilmente, as pessoas ainda tinham muito menos informações (E - 01).

Por essa prática, elas não sabiam, não tinham nenhuma informação, não se falava nada disso, HIV não era nem coisa que estava... nós só fomos falar muito de HIV quando as primeiras travestis aqui no Pelourinho começaram a ficar doentes (E-07).

De acordo com Calazans *et al.* (2018, p.273), a “primeira resposta governamental à epidemia de AIDS no Brasil ocorreu no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP)” no ano de 1983, e a partir daí dá-se a conformação do Programa Nacional nos anos

de 1986/1988. Após a estruturação do Programa Nacional, uma série de planos e campanhas começaram a ser instituídas. Dentre elas, destaca-se o “Manual do Multiplicador – Homossexuais” que era um instrumento de orientação e suporte a ação do multiplicador que iria atuar, junto à população homossexual, na década de 1990.

Esta incorporação foi resultado de importante movimento de pressão, com o maior envolvimento dos ativistas paulistas. Mas, buscando o fortalecimento para a construção da resposta coletiva ao HIV/Aids, há um deslocamento do movimento para o eixo Rio de Janeiro-Nordeste.

No que se refere ao estado da Bahia, um importante marco foi a participação de um dos fundadores do GGB na construção do plano e suscitar o debate acerca da proposta de ações para o Estado da Bahia (BRASIL, 1996).

O GGB contribuiu expressivamente para o fortalecimento inicial da formação de lideranças LGBT, uma vez que nesse período, há uma de grande dificuldade de formação de lideranças no contexto baiano, pois ainda havia uma tímida e “inexpressiva presença do movimento e do GGB em especial, no meio universitário” (CAMAROTTI, 2009 p.90).

Já nesse período, com o boom da epidemia de Aids [e um pesquisador vinculado a uma universidade] por ser um dos pioneiros aqui, nesse estado, nessa ideia de prevenção para a população LGBT eles haviam acordado com Carlete¹⁴ que lá seria o posto de distribuição de preservativos. Primeiro, porque moravam muitas travestis, a camisinha era a única forma de prevenção que nós conhecíamos naquele período, e era preciso fazer isso (E - 07).

Outro importante grupo com liderança militante nessa época, foi a ATRAS, Associação das Travestis de Salvador, especialmente a sua fundadora, uma travesti com alto capital simbólico e militante.

Alguém que elas indicassem para distribuir preservativo porque ele estava precisando ampliar a cobertura e que talvez “X” já não desse mais conta, porque tinha uma infinidade de pessoas que chegavam a Salvador e estavam precisando, e elas acabaram indicando o meu nome, não sei por que razão. Eu estava em uma esquina trabalhando, nem eu sabia que eu tinha essa liderança, vamos assim pensar, nesse período, noventa, noventa e um (E - 07).

Após a estruturação dos programas de prevenção ao HIV e reconhecimento pelo poder público da necessidade de “frear” a epidemia e desenvolver estratégias para a prevenção, algumas parcerias e ações de âmbito estadual e municipal começaram a se estabelecer. Com base no acúmulo de experiência e no conhecimento e acesso à comunidade, os grupos passaram a coordenar projetos de prevenção financiados por programas estatais de combate à Aids, os quais permitiram que alguns destes, constituíssem organizações não-governamentais (ONGs).

¹⁴ Nome fictício.

A entrada das pautas do movimento nas políticas públicas não se deu, portanto, pelo reconhecimento das demandas de cidadania de LGBT ou pela criação de conselhos de direitos, mas pela política de saúde e, mais especificamente, a política de combate às DSTs e AIDS. Importante destacar que, com a redemocratização do país, houve um aumento do número de grupos e a expansão do movimento por todos os estados do País, acompanhado por uma diversificação de tipos de organizações: não havia apenas grupos comunitários, mas também ONGs, setoriais de partidos, grupos religiosos, acadêmicos, as chamadas igrejas inclusivas, que trabalham diretamente com a questão LGBT.

Compondo este cenário, desde o final da década 1990, no município de Salvador, durante a gestão de 1993 a 1996 ocorreram conexões da Secretaria Municipal de Saúde com entidades e ONGs do próprio município para controle da infecção. No entanto, as ações específicas para a promoção da saúde integral da população LGBT ainda eram escassas (PITTA, 1998).

Em paralelo às ações de prevenção ao HIV pelos homossexuais, o movimento das travestis de Salvador lutava contra a violência policial e começava a se organizar politicamente, culminando na fundação da ATRAS em 1995.

E nós vivíamos à noite na rua trabalhando e rezando em Deus que a polícia não aparecesse. Eram duas condições: ou a PM levava, botava na viatura, saía rodando a cidade toda, alguns policiais de choque levavam para a Praia do Flamengo, batendo daqui até a Praia do Flamengo. Quer dizer, não era uma ilegalidade, mas eles enquadravam como uma contravenção e diversas vezes eles usavam essa forma para nos levar presos. Só que esses foram de noventa até noventa e quatro, esses sofrimentos todos, e nós não tínhamos a quem recorrer. O GGB fazia muitas denúncias já. Quando nós fundamos a (ATRAS), a Associação de Travestis, que aí nós temos um instrumento jurídico legal para combater mais fortemente essas violações (E – 07).

Em municípios como Vitória da Conquista, a formação dos grupos nessa década ainda era incipiente, principalmente devido a discriminação e a homofobia sofrida pelos indivíduos.

No início dos anos oitenta, percebemos que essa militância era muito tímida. Não tínhamos essa facilidade de tecnologia e nem muitos recursos financeiros. E aqui comecei fazer um trabalho de formiguinha, discutindo com alguns companheiros a importância de criarmos um movimento em Vitória da Conquista que pudesse ser referência e politizador das nossas causas. Saúde, educação, segurança pública, educação cultural, trabalho e renda (E – 12).

Em noventa e oito, fomos articulando. Aqui, nós tínhamos um programa chamado Sons, que era apresentado por uma psicóloga na TV local. E eles convidavam várias lideranças para falar sobre diversos temas. Um desses temas foi homossexualidade. Fomos convidados para debater. Fomos na contramão, a cidade fechou. Foi um massacre, um horror. Os pastores, padres, beatas começaram a dizer: "Que horror, não pode defender isso". E a partir disso, entendemos que precisávamos criar um movimento com todos. E então trouxemos enfermeira, arquiteto, advogado, gari. Só que a LGBTfobia é realmente muito pesada e as pessoas começaram a ser ameaçadas de perder seus empregos. E, no fim, só ficaram meia-dúzia de pessoas (E – 12).

Tendo em vista os aspectos mencionados e conforme identificado por Pinell (2010), no caso da França, a necessidade da criação de uma política para controle da epidemia que abranja a população LGBT na Bahia, advém do reconhecimento pelo poder público de que as instituições de saúde públicas existentes naquele momento eram inadequadas e ineficientes

para operacionalização de campanhas de prevenção, detecção e acompanhamento de pacientes, bem como pela necessidade sentida de se organizar um “meio associativo” que surgia naquele momento (PINELL, 2010).

Estudos específicos sobre políticas de saúde têm revelado que, em torno da construção social do problema e da formulação das ações estatais, que serão a *posteriori* caracterizadas como políticas, principalmente em decorrência da sua formalização em planos e programas, está um espaço de relações entre os agentes (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2014).

O espaço de relação entre os agentes, traduzido como meio associativo, que emerge nas décadas de 80 e 90, tem como principais agentes militantes os grupos de homossexuais, principalmente impulsionados pelo GGB. No entanto, ainda muito limitado a capital do estado, Salvador e municípios mais próximos ou metropolitanos. A expansão do movimento LGBT em municípios localizados em regiões mais afastadas da capital teve início no final dos anos 1990 e início dos anos 2000.

2. 2000-2008: Construção social do problema

Em paralelo ao reconhecimento da necessidade de organização dos direitos da população LGBT, sucede-se a construção social do problema.

Neste momento os diversos agentes dos campos militante, burocrático e científico trazem suas preocupações e pontos de vista relacionados com a sua posição no espaço social (PINELL, 2010). Três marcos importantes neste período auxiliam a compreender o problema:

1º marco: Processo de “Ongnização” dos grupos LGBT e GAPAs para pleitear editais do Ministério da Saúde e conseguir financiamento de ações de prevenção ao HIV

O movimento de “ongnização” dos Grupos de Apoio e Prevenção a AIDS (GAPAs) e grupos LGBT se difundiu amplamente no Brasil no final da década de 1990 e início dos anos 2000. Dentre os municípios baianos com maior proeminência para organização dos grupos destaca-se Itabuna, Ilheus, Feira de Santana e a capital Salvador (RAMOS, 2004). É importante ressaltar que esse modelo de ONGS e grupos LGBT com Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), mostrava que as agências (movimentos, instituições) assumiam posicionamentos a fim de transformar as relações de poder e as regras do jogo em prol dos próprios benefícios (BOURDIEU 2014).

Ou seja, a partir da ONG institucionalizada com CNPJ, o movimento conseguia captar recurso financeiro para desenvolvimento de ações, bem como conseguia adentrar esferas de discussão mais abrangentes, enquanto um *modus operandi* de uma organização política para conseguir recursos financeiros.

Então a década de noventa, início da década de dois mil, até dois mil e dez, os homossexuais, os grupos homossexuais, eles ainda eram muito na perspectiva da AIDS, da prevenção à AIDS, só que para nós era interessante porque a pauta da AIDS nos abria um leque de inserção em outros âmbitos (E - 10).

Quando o GAIH é fundado... Ele é fundado inicialmente como uma associação voluntária e depois ele pleiteia os editais públicos do Ministério da Saúde e consegue se inserir dentro daquela política pública, principalmente da década de noventa, que era de uma "ongnização" do tratamento da AIDS. Não bem do tratamento, na verdade das campanhas de prevenção a ISTs, HIV, AIDS. Então ele se inseriu muito dentro dessa política como um agente promotor de prevenção de populações consideradas de risco, que eram: gays, lésbicas, travestis (E - 11).

2º marco: Realização do “Projeto SOMOS” pelo GGB e impulso para interiorização do movimento LGBT na Bahia

O segundo momento importante para a construção social do problema ocorreu com a crescente interiorização do movimento LGBT pela Bahia, muito impulsionada pelo projeto SOMOS liderado pelo GGB. O projeto teve duas fases, a primeira aconteceu nos anos 1999 até 2000 e participaram grupos como a ATRAS e o GAIH. A segunda fase do projeto aconteceu entre os anos de 2001 e 2002, os grupos desta fase foram: *Humanus*, o grupo EROS, novamente a ATRAS e o GAIH, dentre outros. O objetivo era o fortalecimento e a difusão dos grupos LGBT nos seus territórios (CAMAROTTI, 2009).

Chegando por volta do ano dois mil, o Grupo Gay da Bahia estava procurando nos municípios do Estado da Bahia movimentos sociais onde tinham gays assumidos para poder participar de uma capacitação pelo Grupo Gay da Bahia em Salvador para quando voltar criar o movimento nas suas cidades de origem (E - 15).

Na realidade de Salvador, e nós pegávamos a árvore do problema, que no caso é a problemática da nossa cidade, e adaptava aquela ideia, e às vezes tirava uma coisa e colocava outra que acabava dando certo. E nesse engajamento nós acabamos fortalecendo a prática e hoje fazemos projeto brincando (E - 19).

Além das ações de interiorização do movimento realizadas pelo subespaço militante com o GGB e outros grupos dos municípios estudados, o subespaço burocrático e científico também realizava ações através da Secretaria de saúde do Estado da Bahia, nas antigas Diretorias Regionais de Saúde (DIRES) pautando uma atenção à saúde mais ampla e abrangente, bem como através das universidades e de agentes com alto capital científico, promovendo eventos educativos nas semanas que antecediam a Parada Gay.

E uma coisa interessante que vale ressaltar dessa época é que quando começamos a mandar um formulário para os municípios sobre as ações desenvolvidas com a população LGBT era um coro muito uníssimo de que: “temos CTA, distribuimos preservativos e gel, fazemos o teste, tratamentos as DSTs”. Já tinha ação de saúde LGBT reforçando a questão inicial, que eu te expliquei, de associar atenção à saúde da população LGBT a questão do HIV (E - 01).

Levamos, a partir do DCHF, para a Pró-reitoria e recebemos apoio. Então nós começamos a fazer antes da Parada Gay, uma semana antes, os eventos na universidade, que começou sendo só o público da universidade, depois o público foi ampliando, porque nós começamos a... Hoje é muito louco... (E - 11)

3º marco: Publicação do plano Brasil sem Homofobia pelo Governo Federal e realização das conferências territoriais precursoras da 1ª Conferência Nacional LGBT

A discussão mais proeminente para construção das políticas de saúde inicia-se, com a publicação do plano Brasil sem Homofobia no ano de 2004 e posteriormente com a realização das conferências territoriais LGBT no ano de 2008 que antecederiam a 1ª Conferência Nacional LGBT (BRASIL, 2004). “O Brasil foi o primeiro país a convocar uma conferência nacional representativa e institucional para abordar a temática.” (BRASIL, 2008, p.05).

Tal atitude do Governo Federal mostrou coragem, inovação e despertou a atenção de muitos parlamentares, do Ministério Público e especialmente dos militantes da causa LGBT. A conferência teve larga participação popular e integrava atividades para comemorar os 60 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos (BRASIL, 2008).

Mas acho que o gesto do governo, a criação do programa Brasil sem homofobia, a convocação da primeira conferência ela tem todo esse trajeto. Pois desde lá nós temos um documento, o caderno da conferência, que vem cheio de políticas, de ações efetivas políticas, uma delas estava bem estabelecida lá era criar o tripé da cidadania, o que que era? Em cada estado do Brasil, nos vinte e sete, criar uma coordenação, um conselho e um plano. Coordenação LGBT, um conselho LGBT e um plano de políticas LGBT (E - 07).

em 2008 já teve a primeira conferência LGBT, aí a gente caiu um desafio de fazer conferências aqui no estado, nós fomos pra dentro da secretaria de justiça e Direitos Humanos, pra articular junto com eles as conferências territoriais, então a gente foi viajar o estado, conhecer outros lugares, o que tava acontecendo em Juazeiro, Barreiras, em Santo Antônio de Jesus, em Vitória da Conquistas, lugares onde, e aí o movimento foi florescendo e foi crescendo e o fórum foi capitalizando todas essas pessoas que participavam de uma conferência territorial depois vinham pra conferência estadual aqui em Salvador e depois passava por um filtro, mas ia também pra conferência Nacional (E – 24).

É importante destacar que, antecedendo a conferência nacional ocorreu a realização das conferências municipais que reuniu os anseios e as peculiaridades ou demandas de cada município e também de cada segmento das letras LGBT.

O movimento GLBT – que era dois mil e cinco – GLBT. Não era LGBT. Era GLBT. Apoio para uma futura chamada nacional, para uma conferência de políticas públicas. Aí nesse momento, o movimento GLBT já tinha consciência que a política tinha que vir de Brasília. Não poderia eu, aqui no meu município, no interior da Bahia, sul da Bahia especificamente Itabuna, ficar gritando, tentando fazer alguma coisa, porque eu precisava... Aí dois mil e oito é convocada a Primeira Conferência Nacional de Políticas Públicas para a População GLBT, dois mil e oito. Aí nós já sabíamos. Vinha muito daquelas propostas que nós fizemos no Encontro de dois mil e cinco. Nós retomamos aquelas pautas – todos os grupos – fechamos as nossas Conferências Municipais e Estaduais e trouxemos para dentro dessas Conferências (E - 16).

A maioria dos debates que tivemos foi exatamente as conferências municipais. A partir do momento que possibilitou a entrada de pessoas LGBT como representantes da sociedade civil também nos conselhos municipais de saúde, esse ativista, que geralmente é um ativista, um ativista de mais formação, quis fazer essa ponte entre o movimento social e a esfera jurídica, a esfera política, primeiro ponto. As conferências municipais começaram a ter representantes dos grupos gays, dos grupos lésbicos organizados e trans dos municípios trazendo para dentro, e isso é uma coisa tão importante porque hoje até no Conselho Nacional de Saúde você tem representante LGBT (E – 01).

Como síntese destes eventos críticos descritos, ao que parece estavam imbricados e resultaram na construção social do problema. Dessa forma, compreende-se a importância das tomadas de posições de agentes para o fortalecimento de um cenário de forte pressão

derivados nos municípios para que o Estado incluísse tal pauta na agenda do espaço social da saúde.

Mas, o estudo empírico de um campo por si só requer a adoção de uma perspectiva relacional. Em outras palavras, busca analisar o sistema de relações objetivas nas quais os indivíduos estão inseridos e as tomadas de posição, influenciadas pelas posições ocupadas e pelas trajetórias (BOURDIEU, 1996). Dessa forma, além do estudo do espaço específico de construção da política de saúde, faz-se necessário explorar o estado do campo ou subespaço social, onde os agentes envolvidos têm a sua inserção principal. A análise desses espaços específicos de formulação das políticas ganha assim uma complexidade adicional.

3. 2009-2011-Conflitos de interesse ou diferentes pontos de vista: a trajetória dos agentes na construção social de propostas aninhadas a PNSI-LGBT no Estado da Bahia

Para Bourdieu, o uso do conceito de agente não é um mero substituto dos conceitos de sujeito ou de ator. Integra sua teoria sobre o mundo social, segundo a qual para se compreender as representações sociais e as práticas sociais sendo necessário investigar os campos e os espaços sociais onde essas práticas se realizam como o produto do encontro de duas histórias: a história incorporada nos indivíduos sob a forma de *habitus* e a história incorporada nas coisas sob a forma de estruturas. Assim, o objeto próprio da ciência social não é nem o indivíduo nem os grupos, mas a dialética entre o campo, o *habitus* e a *illusio*¹⁵. (BOURDIEU, 2009).

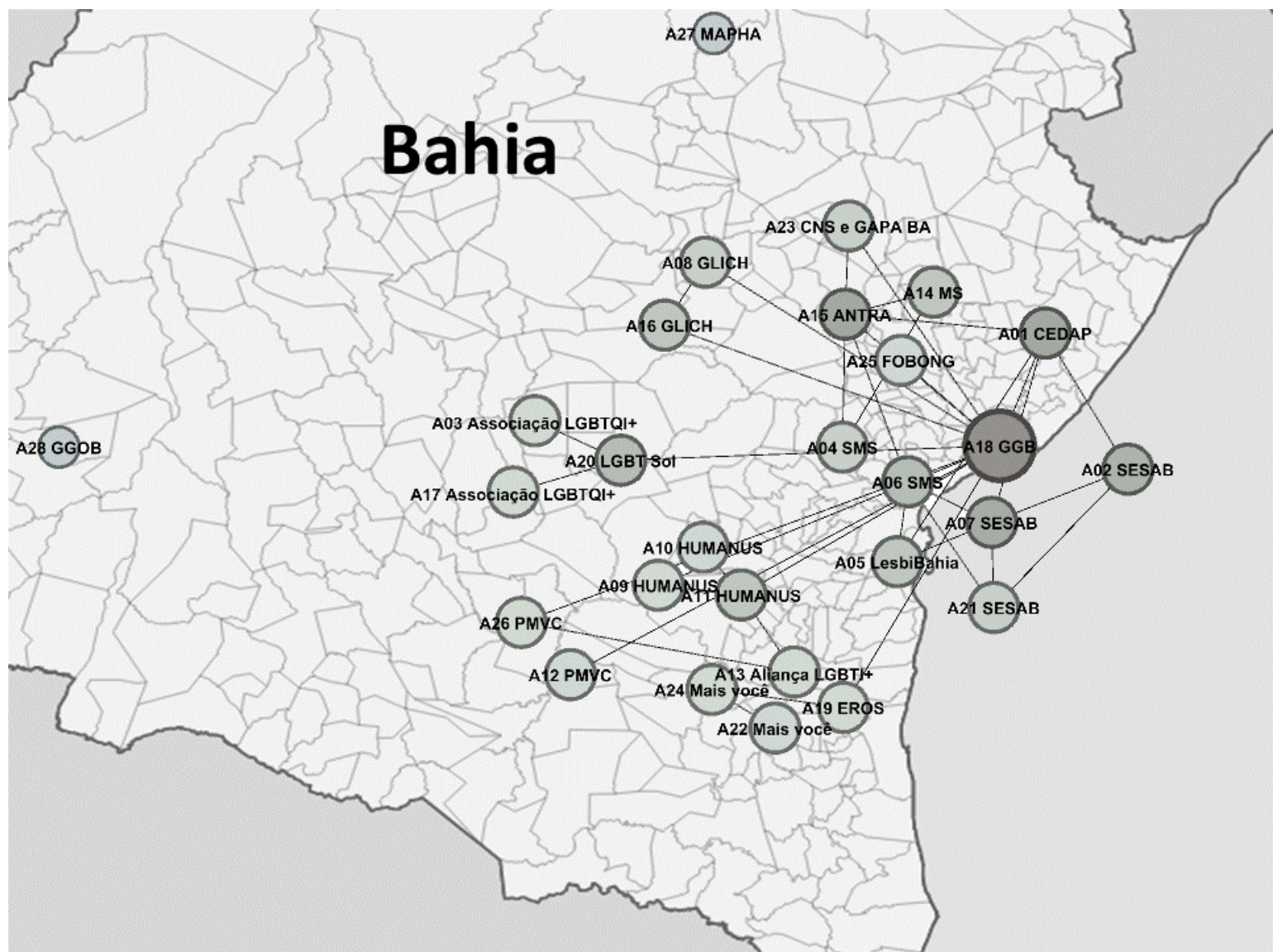
As trajetórias possíveis, em um determinado campo, correspondem à direção que as forças que atuam no campo imprimem aos agentes, que por sua vez contribuem para a criação de polos resultante dessas trajetórias. São as posições construídas e ou ocupadas pelos agentes ao longo da vida (VIEIRA DA SILVA et al., 2014).

Importante ressaltar que, o agente é aquele que age e luta dentro de um campo de interesses, tendo em sua ação princípios e inculcações dessas lógicas que lhe são imanentes produzidas no encontro das histórias individuais dos agentes com a história coletiva do campo. Os agentes movem-se no campo, dotados de um senso prático, um sistema adquirido de preferências, de classificações, de percepção. (BOURDIEU, 1996).

¹⁵ O *Habitus* seriam as estruturas estruturadas que também funcionam como estruturas estruturantes, o *doxa*, ou a opinião consensual, as leis que regem e regulam a luta pela dominação do campo e os capitais que são conjunto de bens culturais, sociais e simbólicos (MONTANGER, 2011). Já a *illusio* é uma espécie de pulsão que faz vom que o agente que está dentro de um determinado campo, continue nele, que este agente se reconheça como um "jogador" dentro de um espaço de lutas e que busque a legitimidade, seguindo as regras presentes neste meio (MONTAGNER 2011).

Ao analisar a trajetória dos agentes para a construção das políticas de saúde percebe-se que é muito peculiar e difere entre os agentes, dos diversos campos: científico, burocrático e militante (Quadro 3). Por meio de um sociograma foi analisada a existência de vínculos/laços de influência entre os agentes, objetivos comuns, relações de afinidade, bem como a existência de grupos e/ou subgrupos no espaço onde se deu a emergência e gênese. A figura 1 sintetiza a trajetória do movimento LGBT na Bahia, através da articulação dos agentes.

Figura 1. Sociograma da rede de relações dos agentes que constituíram a gênese da PNSI LGBT na Bahia



Como mencionado anteriormente, as pautas relacionadas com a saúde da população LGBT na Bahia parecem ter iniciado na década de 1980, com a articulação dos agentes e a formação dos movimentos sociais, com destaque para o grupo GGB e a realização do projeto SOMOS. No sociograma, o GGB está representado por um nó, localizado no centro do mapa e tem diversas bifurcações interrelacionais que o liga aos agentes dos grupos sociais dos municípios estudados. A articulação primária do GGB e dos grupos dá origem a articulações secundárias, nos grupos dos respectivos territórios com outros agentes sociais demonstrando a abrangência do movimento LGBT. Destaca-se também no sociograma as instituições vinculadas à gestão em saúde, como a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e demais instituições integradas às prefeituras municipais. Tais instituições começam a ter uma aproximação maior com o movimento LGBT a partir dos anos 2009, quando é aprovada a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT (PNSI-LGBT).

Ainda na figura é importante pontuar que os agentes A27 MAPHA e A28 GGOB¹⁶, citados por outros entrevistados e que correspondem a agentes atuantes nos municípios de Paulo Afonso e Barreiras apesar de representados na figura, não mostraram interesse em participar da pesquisa.

¹⁶ Em Barreiras, havia apenas uma ONG LGBT o Grupo Gay do Oeste da Bahia (GGOB) que está inativa desde meados de 2015. De acordo Lima *et al.* (2017) as discussões acerca das políticas públicas neste município são precárias e o município tem um perfil muito homofóbico e discriminatório com os indivíduos LGBT, inclusive vindo de parlamentares municipais da câmara de vereadores.

Tal situação é semelhante no município de Jequié, em que não há políticas públicas para a população LGBT, tampouco políticas de saúde. Assim como em Barreiras, o perfil do município é discriminatório e LGBTfóbico. O quadro ainda se agrava mais, quando fere os princípios do Sistema Único de Saúde, uma vez que a universalidade não é garantida quando as lésbicas não tem acesso aos serviços de saúde públicos e necessitam acessar no âmbito privado, intermediadas pelo presidente da Associação LGBTQI+.

Pela composição política que temos em Jequié, principalmente pela câmara de vereadores eu acho bem difícil implementar e ter apoio da câmara de vereadores para trazer qualquer projeto (E – 21)

Eu fiz um trabalho com ela no outubro rosa, na clínica dela particular. Fiz umas aulas de alongamento, de relaxamento, de dança com as pacientes da clínica dela particular. Para ela, em troca disso, dar um suporte e oferecer um preventivo completo para as meninas da associação, as lésbicas. Pra ela atender as que tivessem interesse. Então para você ter uma ideia procuramos a secretaria de saúde e não tivemos essa oportunidade e a oportunidade veio do meio privado (E – 21)

No que se refere ao município de Jequié, é importante destacar que, atualmente existem dois grupos LGBT. O LGBT Sol que surgiu em 2010, como iniciativa de um professor da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, e mais atualmente em 2018 surge a associação LGBTQI+.

Nós vimos a necessidade de tentar levar oportunidade e dar visibilidade ao público de Jequié. Foi aí que nos espelhamos em uma ONG aqui de Jequié, tem mais de dez anos que é a ONG LGBT Sol. Que faz esse trabalho dentro da universidade, da UESB aqui de Jequié. E nós percebemos que o pessoal que não era universitário tinha um pouco de dificuldade de ter o acesso à ONG, por vergonha ou por não ser universitário (E – 21).

Apesar da existência dos grupos, da participação de agentes em conferências, planos etc., e das tentativas de aproximação dos grupos com os serviços de saúde e a gestão, o desenvolvimento de políticas públicas neste município ainda é incipiente.

Quadro 3. Mapeamento dos agentes que participaram das propostas vinculadas à PNSI-LGBT no estado da Bahia.
(continua)

Agente	Cargo/ movimento	Período	Etapa do ciclo da política	Município
A01	Coordenador de Ambulatório especializado no Estado da Bahia	1990 – 2020	Formulação/ Implementação	Salvador
A02	Coordenador das políticas de Equidade na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB)	2010 – 2020	Formulação/ Implementação	Salvador
A03	Presidente da Associação LGBTQI+ de Jequié e Região.	2019 – 2020	Implementação	Jequié
A04	Coordenadora do Campo temático LGBT na secretaria Municipal de saúde de Salvador	2013 - 2014	Formulação	Salvador
A05	Integrante do coletivo LesbiBahia e fórum baiano LGBT	2008 – 2020	Formulação/Implementação	Salvador
A06	Coordenador do Campo temático LGBT na secretaria Municipal de saúde de Salvador	2018 – 2020	Implementação	Salvador
A07	Coordenadora da área técnica LGBT na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB)	2019 – 2020	Implementação	Salvador
A08	Integrante do GLICH e Chefe da Secretaria de desenvolvimento Social (SEDESO)	1998 – 2020	Formulação/Implementação	Feira de Santana
A09	Presidente da Ong Grupo Humanus	1990 - 2020	Formulação/Implementação	Itabuna
A10	Vice presidente da Ong Grupo Humanus	1990 - 2020	Formulação/ Implementação	Itabuna
A11	Integrante da Ong Grupo Humanus	1990 - 2020	Formulação	Itabuna
A12	Coordenador da Área técnica municipal LGBT do município de Vitória da Conquista	2017 - 2020	Implementação	Vitória da Conquista

Quadro 3. Mapeamento dos agentes que participaram da propostas para a PNSI-LGBT no estado da Bahia.

Agente	Cargo/ movimento	Período	Etapa do ciclo da política	Município
A13	Membro da “Aliança LGBTI+” da Bahia	2008 - 2020	Formulação	Ilhéus
A14	Diretora do Departamento de Apoio à Gestão Participativa/SGEP/MS; Secretária de Gestão Estratégica e Participativa/MS	-	Formulação, implementação e avaliação	Brasília
A15	Presidente da Associação Nacional de Travestis e coordenadora do Casarão da Diversidade	1990 - 2020	Formulação/ implementação	Salvador
A16	Ex integrante do grupo GLICH	1998 - 2004	Formulação	Feira de Santana
A17	Integrante do grupo LGBT Sol e primeira secretária da Associação LGBTQI+ de Jequié e Região	2010 – 2020	Formulação	Jequié
A18	Fundador do Grupo Gay da Bahia	1980 - 2020	Implantação do programa de prevenção de HIV na população LGBT	Brasil/ Salvador
A19	Ex integrante do Grupo EROS	1999 - 2015	Formulação	Ilhéus
A20	Coordenador do grupo LGBT Sol	2010 - 2020	Formulação	Jequié
A21	Ex-coordenadora da área técnica LGBT da SESAB	2010 - 2016	Formulação/Implementação	Salvador
A22	Integrante da rede FONATRANS e associação Mais você de Ilhéus	2012 - 2020	Implementação	Ilhéus
A23	Presidente do CNS e integrante do GAPA BA	1998 - 2020	Formulação/ Implementação	Salvador
A24	Presidente da Associação Mais você	2010 - 2020	Implementação	Ilhéus
A25	Coordenador do Fórum Baiano LGBT e Secretário LGBT do estado da Bahia	1990 - 2020	Formulação/Implementação	Salvador

Fonte: Elaboração própria

Após a realização da 1ª Conferência Nacional LGBT no ano de 2008, o debate mais amplo acerca da saúde da população LGBT consolida-se a partir de uma série de críticas do movimento em relação às ações de saúde desenvolvidas.

Os debates eles surgem em decorrência da 1ª Conferência LGBT, em 2008, participei da organização da conferência como um todo... Então esse aqui (saúde) era o grupo mais procurado, onde as pessoas tinham mais interesse, onde tinha mais gente envolvida que já participava de conferência de saúde de conselhos municipais de saúde. Então é lá que a gente começa a participar dessas discussões sobre saúde LGBT (E - 24).

No cenário nacional, considerando os diversos agentes envolvidos nestas discussões, aproveitou-se a bagagem de experiências profissionais anteriores de muitos deles para a construção de uma proposta, seguindo as diretrizes do Plano Brasil sem Homofobia, sendo instituída em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI – LGBT) através da portaria nº 2.836 de 1º de dezembro de 2011. Trata-se de uma política que versa sob a “garantia ao atendimento à saúde respeitando-se suas especificidades de gênero, raça/etnia, geração, orientação e práticas afetivas e sexuais” (BRASIL, 2013, p.06).

4. 2011-2014: Reconhecimento do problema e formulação da política e remodelações.

Apesar de ter sido formalizada apenas em janeiro de 2013, a Área Técnica da Saúde LGBT já surgia na SESAB desde o ano de 2008, acompanhando o movimento das Políticas de Equidade em Saúde, que englobam diversas populações vulnerabilizadas, dentre elas a população LGBT.

A área técnica ela surgiu dentro de uma política nacional, das políticas de equidade em saúde a gente não tinha. Eu acho que o primeiro governo de Jaques Vagner que teve Jorge Sola como secretário de saúde foi um avanço muito importante, eu acho que a história começa um pouquinho daí. Foi a partir de 2008 que foi criada uma diretoria específica para você trabalhar com as políticas de saúde específicas (E – 25).

É primordial destacar que o surgimento da área na SESAB se deu além das reivindicações do movimento, mas pela aproximação do tema LGBT com a servidora estadual, agente do campo burocrático, que possuía uma trajetória que dialogava com as minorias sexuais, com os direitos humanos e saúde para a população LGBT e estava disposta a assumir os debates sobre a saúde dessa população no espaço da SESAB.

Então assim, a pauta ficava muito na pessoa da coordenação. Como essa pauta tem haver com a forma de ser e estar no mundo então eu sempre tive também uma identidade com a questão da pauta LGBT. Eu era já da SESAB e trabalhava na área técnica da saúde do adolescente. Então eu pedia pra minha diretora, “eu posso participar?”, “pode, eu acho ótimo”, então era assim por que ela não dava conta das coisas (E – 25).

Neste movimento, acompanhando o cenário nacional, diversos agentes do estado da Bahia reuniam-se para discutir sobre a criação e a implementação das políticas públicas para a

população LGBT, em especial discutiam sobre a política de saúde. Um marco importante foi a criação do Comitê Estadual de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT na Secretaria de Justiça e Direitos Humanos (SJDH) respondendo à solicitação do movimento social no ano de 2010. O Comitê ficou popularmente conhecido como Comitê Estadual de Políticas LGBT, e constituía-se num colegiado formado por representantes das diversas secretarias: saúde, educação, desenvolvimento social, promoção da igualdade, dentre outras. Com a instituição do Comitê, ficou demarcada a institucionalização das demandas da população na Bahia (BEZERRA, 2019).

Nestas reuniões do comitê promovidas pela Secretaria de Justiça e Direitos Humanos estavam agentes dos diversos segmentos LGBT, agentes do campo burocrático da saúde representando a Atenção Básica, o programa de ISTs e AIDS e esta agente da SESAB que estava se aproximando das discussões.

A gente era um espaço muito importante, porque com a questão da ascensão de Jacques Wagner, eu acho que assim houve mais possibilidade de diálogo no campo popular, foi criado também, inicialmente e a Secretaria de Justiça propôs fazer o plano Bahia sem homofobia, isso daí foi um plano muito importante que eu acho, qual foi o embrião, digamos assim da política? Então assim, cada secretaria e cada estado, foi chamado para dar a sua contribuição para a produção desse plano (E – 25)

Destas reuniões do Comitê nasce a proposição do Plano Bahia sem Homofobia, no ano de 2011, inspirado no Plano nacional Brasil sem Homofobia, que conforme a fala de um dos agentes entrevistados, constituiu-se o embrião para a gênese da Política de saúde integral aqui na Bahia.

Num segundo momento estava num processo de ascensão do movimento social e dessa articulação de todos os movimentos de forma maior e o movimento LGBT não poderia ficar de fora... então a área técnica começou a surgir desse, junto com a própria ascensão do movimento, naturalmente o movimento social pautando também essas questões de saúde (E – 25).

E é quando se começa a pensar nessa política integral de saúde LGBT, porque foi só em dois mil e nove, eu estou falando a dez anos atrás, que nós começamos a dez anos atrás, que começamos a pensar que eu preciso ter uma política específica vindo nos três níveis de gestão para pensar na integralidade dessa população que estava distante do sistema único de saúde, porque estava distante mesmo (E – 07).

A necessidade da construção da Política de Saúde Integral para população LGBT no estado da Bahia, nasce destas reuniões promovidas pelo comitê. Apesar de serem agentes de diversos campos com visões diferentes, não houve conflitos em torno da proposta de se criar uma área dentro da SESAB. A partir deste espaço social é construída uma rede de relações de agentes dos campos militantes, burocráticos e científico que culminaria no surgimento do espaço social da área técnica de saúde LGBT.

Então foi interessante porque a gente tinha uma dificuldade muito grande, como ainda tem de estar formando uma rede. Então nesse processo de você estar pautando essas reuniões para tratar, por serem reuniões com regularidade, tendo um espaço, uma secretaria que convocasse os demais parceiros isso facilitou pra ir crescendo outras necessidades e aí foi crescendo a própria necessidade da saúde mesmo. Então a gente já tinha algumas questões que chegavam para a gente... (E – 25)

A Área técnica de saúde LGBT, apesar de estar demarcada simbolicamente com alguém que assumia essa pauta, ainda não tinha uma formalização, só então em 2013, dois anos após ser criada PNSI-LGBT no nível nacional, a agente assume também formalmente, a área técnica na SESAB.

Então assim eu fui me aproximando um pouco do movimento e tal e quando chegou no nível central... Minha diretora chegou e disse: “olha você tem uma identidade, a gente precisa de uma pessoa pra estar assumindo aqui essa pauta específica, a gente tem um grupo, não é o desejável, mas vocês pelo menos, você tá com uma equipe de quatro e eu tenho um lugar que eu preciso de alguém, que não tem ninguém. Então eu queria ver essa possibilidade de você ficar assumindo a pauta LGBT (E – 25).

Outro marco importante que está atrelado ao nascimento da Área técnica de saúde LGBT, foi o surgimento do Comitê Estadual de Saúde LGBT. Este foi constituído como uma diretriz que consta na Portaria N° 2836, de 01 /12/2011 que instituiu a Política Nacional de Saúde LGBT no artigo 5° que trata sobre as competências do estado.

O comitê foi instituído pelo secretário estadual de saúde em 01 de julho de 2014 através da portaria n° 919. De acordo com a portaria, o comitê constituía-se enquanto “uma instância de caráter interinstitucional e natureza consultiva para as políticas públicas LBGBT no âmbito da Bahia” (SESAB, 2014).

Além dos elementos apresentados neste tópico, para a compreensão do processo histórico que culminou na emergência e gênese PNSI LGBT no estado da Bahia é fundamental conhecer as trajetórias dos diversos agentes que participaram da formulação das propostas. Estes agentes, com seus habitus (disposições) e posições ocupadas no espaço social, contribuíram com as escolhas de desenho.

Participaram da formulação de ambas as propostas diversos agentes que, em sua maioria, apresentavam trajetórias em espaços relacionados à saúde LGBT, tanto no campo burocrático quanto no campo político. O Comitê Estadual de Saúde LGBT era formado inicialmente por representantes da Diretoria da Gestão do Cuidado e área técnica LGBT na SESAB, representantes do grupo LGBT universitário CUS da UFBA, representante dos gays no Fórum Baiano LGBT, representação das travestis e da ANTRA, além de representantes da SUVISA, DIVEP, dentre outros.

A partir dos capitais e das trajetórias de cada agente pode-se observar qual tomada de posição ele teria e qual lugar ele ocuparia neste espaço social que se configurava. Neste âmbito, observou-se que a expressiva presença de agentes alto volume de capital militante e simbólico do movimento LGBT, contribuiu exponencialmente para a consolidação da rede de relações e convergência das propostas.

No que diz respeito ao capital científico, não se observou que este, isoladamente, foi decisivo para conferir ao agente posição de destaque no campo burocrático. Em contraponto, quando aliado a outros tipos de capital, permitiu ao agente alcançar postos mais elevados, como foi o caso do coordenador do Ambulatório Transsexualizador. A proposta do ambulatório nasce da sua tese de doutorado em 2014, após o mesmo retornar do Rio de Janeiro.

E consegui fazer o doutorado lá e eu discuti modificações corporais de gênero e risco à saúde das mulheres trans no Brasil. E quando eu volto do doutorado em dois mil e quatorze, final de dois mil e quatorze para dois mil e quinze, começo a procurar na SESAB um espaço para construção de ambulatório, que é do SUS esse ambulatório, é um ambulatório multidisciplinar em saúde de travestis e transexuais do Cedap com o resultado da minha tese de doutorado e com a colaboração que a diretora do Cedap, que aceita a proposta, fizemos um projeto de implantação do ambulatório, ela aceita e já implantamos (E - 01).

Contudo, apesar de estarem estabelecidas estas rede de relações e de instituições, o processo de formulação da proposta da política estadual não conseguiu avançar muito uma vez que a política estava atrelada a Secretaria de Justiça e Direitos Humanos, conforme a fala abaixo:

Não conseguimos avançar no sentido de escrever a Política estadual de saúde LGBT. Até porque, conforme conversamos, essa política por parte do governo estadual estava na época sob a responsabilidade de outra Secretaria de Estado (na época a Secretaria de Justiça e Direitos Humanos) . A SESAB era apenas parceira. Não tinha como assumir esse protagonismo (E – 25).

Penso até que internamente na SESAB já tínhamos um entendimento interno sobre a importância de escrevermos essa política como foi feita pela equipe técnica que respondia pela saúde da população negra. Contudo com a mudança do gestor estadual da saúde e com a minha saída (em razão da minha aposentadoria) e sem ter na época um outro profissional para me substituir, os colegas que ficaram tiveram mais dificuldades para dar continuidade a essa pauta (E – 25).

Apesar da ausência de uma política escrita para o estado, os diversos dispositivos legais e os dispositivos de saúde, a exemplo do Comitê Estadual de saúde LGBT, do ambulatório transexualizador e da própria área técnica LGBT na SESAB, assim como a partir do espaço social construído e da rede de relações desses agentes, tais fatores asseguraram em certa medida a garantia da saúde LGBT no estado da Bahia.

se tivéssemos essa política aprovada seria mais um instrumento de gestão para cobrar a implementação da mesma junto a muitos gestores municipais que são resistentes a essa discussão. Contudo, penso que uma Política pública não necessariamente passa pela formalização dela para acontecer na vida das pessoas. Tanto é que em que pese não termos escrito a Política estadual, a Bahia era referência de atendimento a esse segmento nos municípios de Vitória da Conquista, Feira de Santana e em certa medida em Ilhéus. Porque tínhamos gestores municipais qualificados que respondiam por essa política e um movimento social LGBT aguerrido, atuante e parceiro na implementação dessa política. (E – 25).

Percebe-se que a interrelação entre os agentes dos diversos grupos e os espaços de possíveis permitiram a inclusão de ações vinculadas a PNSI-LGBT no âmbito da Secretaria Estadual da Bahia, mas não foi abrangente a ponto de determinar a formulação de uma política Estadual. Segundo Bourdieu (2014) no percurso da história o espaço de possíveis realizáveis se encerra, tendo em vista que as decisões e escolhas são esquecidas pelos agentes, a partir de um processo de objetivação das propostas e contrapropostas que circularam quando da formulação de determinada política. Assim, o estudo da gênese é potencial em revelar as diversas proposições, incluindo aquelas que não prevaleceram ao final do processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nas discussões levantadas e nos pressupostos organizados, a análise da sociogênese da política permitiu compreender como ocorreram as associações dos grupos LGBT em face da epidemia de HIV na década de 1980 e de que modo estas associações reverberariam na proposição da política de saúde integral no Estado da Bahia, formalizada em 2013.

Um dos possíveis limites deste estudo foi a impossibilidade de realização das entrevistas previstas com alguns agentes, o que pode ter ocasionado alguma ausência de detalhamento de fatos históricos analisados. Entretanto, acreditamos que o cotejamento com outras fontes de informação tenha minimizado as possíveis lacunas.

Neste estudo, os elementos da teoria bourdieusiana auxiliaram a compreensão do processo de incorporação das pautas no espaço social burocrático, por meio da análise das contradições ou disputas travadas em torno das propostas e contrapropostas existentes em sua emergência. Além disso, à luz deste referencial teórico foi possível elucidar as condições históricas de possibilidade para a emergência da área técnica de saúde LGBT enquanto resposta do estado à necessidade de qualificação das ações relacionadas à saúde da população LGBT. Neste sentido, podem ser consideradas como condições de possibilidade para que a pauta relacionada a ações de saúde para a população LGBT entrasse na agenda da saúde estadual:

- Inicialmente, a conformação desse espaço social é moldada por militantes dos movimentos homossexuais que atuam na prevenção do HIV e na perspectiva da luta contra a discriminação e também pela movimentação das travestis que lutavam contra a violência e o preconceito.

- Os municípios estudados seguem o perfil semelhante de trajetória histórica, com exceção de Barreiras e Paulo Afonso. As discussões iniciais e a formação dos grupos nos territórios ocorrem na década de 1980. O GGB, no início dos anos 2000 começa a se articular com os grupos do interior para realização de oficinas e proposição de projetos a partir do projeto SOMOS. Entre 2004 e 2008, é lançado o Brasil sem homofobia pelo governo federal, e realizada a 1ª Conferência Nacional LGBT. O momento da conferência foi um marco importante, pela densidade das proposições apresentadas.
- Em 2008 inicia-se a aproximação da SESAB com o movimento LGBT e no espaço do Comitê de políticas públicas LGBT nasce a área técnica de saúde LGBT, em 2010 tem-se a publicação da PNSI – LGBT. Por fim, no ano de 2013 é formalizada a área técnica de saúde LGBT do estado da Bahia e em 2014 é instituído na Bahia o Comitê Técnico em Saúde LGBT.

Por meio do estudo foi possível, ainda, compreender a constituição de alianças entre grupos sociais que possuíam interesses em seu êxito e institucionalização, os momentos de negociação e ajustes para a elaboração da política que os instituiu, e a dinâmica do jogo social composto pelas disputas travadas entre os grupos de agentes interessados na implementação da política.

Um ponto importante observado neste estudo foi a participação dos movimentos sociais LGBT na constituição de projetos político-ideológicos. O engajamento social mediante a expressão do coletivo foi extremamente importante para reivindicação da equidade, abertura de caminhos para a institucionalização do diálogo, a partir da construção de demandas, de identidades de repertórios dentro do movimento. Nesse sentido, apesar dos conflitos dos agentes opositores foi possível estabelecer relações, redes e dialogar na construção e proposição da política.

Destaca-se que os elementos aqui apresentados fornecem subsídios para a compreensão de sua emergência e gênese, e que constitui uma política recente, ainda em fase de implementação e desenvolvimento, o que aponta outras possibilidades de investigação.

Por fim, inspirada em Almeida (2016), trago um excerto de uma das entrevistas realizadas que, sintetiza e condensa a importância e potência da Política de saúde LGBT na Bahia.

Então, nós estamos pensando em fazer o trabalho de implementação da política de saúde nesta perspectiva de pensar e que essas pessoas precisam estar em seu território e precisa ser atendida em seu território e ter um olhar diferenciado sim, não é? Nós precisamos pensar essas pessoas sendo atendidas assim. E a cada dia, acho que

quebrando aos poucos nós não conseguiremos uma mudança da noite para dia, mas que essas pessoas precisam ou que venham até aqui e que retornem para lá, mas, quem é que vai dar continuidade lá (E – 01)

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E.R. **A gênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Salvador, Tese de Doutorado, Universidade Federal da Bahia, 2016.

BARROS, S.G.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A gênese da política de luta contra a AIDS e o Espaço Aids no Brasil (1981-1989). *Rev Saúde Pública* 2016;50:43

BEZERRA, M. V. R. Barreiras estruturais e interdições dos corpos: desafios para implantação da política nacional de saúde integral LGBT na Bahia. In: Dissertação apresentada à Universidade Federal da Bahia, 2019.

BILA, F.P. **Entrando no arco-íris: rupturas, rearranjos ou reprodução da divisão sexual do trabalho entre casais homossexuais?** Anais do XVI Encontro Regional de História da Anuph-Rio, 2014.

BOHEMER, V. C. LGBT populations' barriers to cancer care. *Seminars in Oncology Nursing*, 2018; 34: 21-29.

BOURDIEU, P. A distinção: crítica social do julgamento. São Paulo: Edusp; Porto Alegre: Zouk, 2006.

BOURDIEU, P. As regras da arte: genese e estrutura do campo literário. Lisboa: Presença, 1996a.

BOURDIEU, P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas: Papius, 1996b.

BOURDIEU, P. Espace social et genèse des classes. *Actes de la recherche en sciences sociales*, Paris, v. 52, n. 1, p. 52-53, 1984a. BOURDIEU, P. Homo academicus. Paris: Ed. minuit, 1984b.

BOURDIEU, P. Introduction à la socioanalyse. *Actes de la recherche en sciences sociales*, Paris, v. 90, n. 1, p.3-5, déc. 1992

BOURDIEU, P. O senso prático. Petropolis: Vozes, 2009.

BOURDIEU, P. Sur l'État - cours de collège de france: 1989-1992. Paris: Raisons D'agir: Seuil, 2012

BRASIL. 1996. Ministério da Saúde. *Manual do Multiplicador - Homossexual*. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT e promoção da cidadania homossexual**. Brasília, 2004^a

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Relatório da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT**. Brasília, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, Ministério da Saúde, 1ª ed., 1ª reimp., 2013

CAMAROTTI, R. **A trajetória do movimento LGBT: a luta por reconhecimento e cidadania no contexto brasileiro e baiano**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós – Graduação do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal da Bahia. Salvador: UFBA, 2009.

FACCHINI, Regina. 2003. “Movimento homossexual no Brasil: recompondo um histórico”. In: GREEN, James & MALUF, Sônia. (eds.). *Cadernos AEL: homossexualidade, sociedade, movimento e lutas*. Vol. 10, nº 18-19.

FACHINI, R. 2005. “Sopa de Letrinhas”? – Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90. Rio de Janeiro: Garamond.

FACHINI, R. FRANÇA, I.L. **De cores e matizes: sujeitos, conexões e desafios no Movimento LGBT brasileiro**. Sexualidad, Salud y Sociedad. REVISTA LATINOAMERICANA. n.3 - 2009 - pp.54-81

FARAH, Marta Ferreira Santos. 2004. “Gênero e políticas públicas”. *Revista de Estudos Feministas*. Vol. 1, no 12, p. 47-71.

FREITAS, C.A.M. et al. **Health policies and organization of services for the LGBT population: literature review**. No prelo, 2020

HAWKES S BUSE K. As políticas de gênero e saúde global. in: McInnes C Lee K Youde J O manual de Oxford de política de saúde global. Oxford University Press, New York 2020 : 237-264

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2017). *Divisão Regional do Brasil*.

LAURINDO-TEODORESCU, L. *Histórias da AIDS no Brasil, v. 1: as respostas governamentais à epidemia de aids / Lindinalva Laurindo-Teodorescu e Paulo Roberto Teixeira*. -- Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015. 464 p.

MATONTI, F.; POUPEAU, F. **Le capital militant. Essai de définition**. Actes De La Recherche en Sciences Sociales, v.155, p.5-11, 2004.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil: epidemiologia e saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 587-603.

PINELL, P. *Análise sociológica das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010.

RAMOS S. O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4):1067-1078, 2004

REIS, T. O movimento homossexual. In: FIGUEIRO, Mary Neide Damico (Org.). **Homossexualidade e educação sexual: construindo o respeito à diversidade**. Londrina: EdUEL. 2007. p. 101-102.

SEINO, E; ALGARVE, J; GOBBO, J. C. Abertura política e redemocratização brasileira: entre o moderno-conservador e uma “nova sociedade civil. *Sem Aspas*, Araraquara, v. 2, n. 1, 2, p. 31-42, 2013

SESAB. Portaria Estadual nº 919, de 01 de julho de 2014 – Institui o Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral da População de Lésbica, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais- LGBT.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Gênese Sócio-Histórica da Saúde Coletiva. In: LIMA, N. T.; SANTANA, J. P.; PAIVA, C. H. A. *Saúde coletiva: a Abrasco em 35 anos de história*. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2015. p. 25-48

VIEIRA DA SILVA et al. Análise sócio-histórica das políticas de saúde: algumas questões metodológicas da abordagem bourdieusiana. In: *Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações / Carmen Fontes Teixeira, organização e apresentação*. – Salvador: EDUFBA, 2016. 510 p. p.15-40.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Gênese Sócio-Histórica da Saúde Coletiva no Brasil. In: LIMA, N.T., SANTANA, J.P., and PAIVA, C.H.A., orgs. *Saúde coletiva: a Abrasco em 35 anos de história* [online]. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2015, pp. 25-48. ISBN: 978-85-7541-590-0. Available from: doi: 10.7476/9788575415900.0003

5. CONSIDERAÇÕES GERAIS DA DISSERTAÇÃO

Após a síntese de toda a produção advinda do objeto de pesquisa desta dissertação, pode-se concluir que os debates propostos nos artigos versaram para a compreensão da potência e do protagonismo do movimento LGBT e de agentes engajados com essa pauta, no diálogo com o Estado e com a sociedade civil para o desenvolvimento de políticas de saúde e reivindicação dos seus direitos.

O ativismo internacional organizado em torno da Aids é outra macromoldura para a compreensão da participação dos movimentos sociais na área da saúde. O protagonismo de agentes sociais, em especial com alto capital militante reverbera movimentos contrários e contra hegemônicos ao seio da sociedade heteronormativa e discriminatória, que possibilita espaços de possíveis. Assim como, a rede de relações construídas ao longo dos anos e a formação de novos espaços sociais permitiram aos movimentos, a proposição e o diálogo com o Estado, os quais foram imprescindíveis para a conquista das políticas de saúde para a população LGBT no âmbito do estado da Bahia.

Tal olhar possibilita tomar os agentes enunciados pelos movimentos como abertos a inclusões, acolhendo novas e diferentes demandas e questionando arranjos hierárquicos. Contudo, não se trata de contestar o sentimento de fraternidade ou a necessidade política de agrupar ou visibilizar sujeitos que se pensam como gays, lésbicas, bissexuais, travestis ou transexuais. Para além das práticas de construção de coalizões políticas mais ou menos pontuais, que estão presentes há décadas nos movimentos sociais brasileiros, estratégias como a articulação política a partir de bandeiras de luta compartilhadas, trata-se, antes, de enfatizar o caráter politicamente contingente da comunidade, a partir de necessidades igualmente legítimas para os que a delimitam.

A escolha metodológica da análise sócio histórica de políticas de saúde, apoiada na sociologia reflexiva e genética de Pierre Bourdieu, constitui-se em abordagem capaz de orientar a análise da emergência da política no estado da Bahia. A compreensão das razões históricas para a elaboração dessa política, por meio da análise dos espaços de possíveis e da rede relacional gerada por trajetória e disposições dos agentes, manifestadas pelos discursos e pontos de vista e lutas comuns ao espaço social, permitiu a captura e a reconfiguração de atividades, ações e relações sociais, reciprocamente ajustadas/desajustadas e interdependentes, que delimitaram estruturalmente e configuraram a emergência da política de saúde LGBT.

Por outro lado, viabilizou também, revelar contradições e conflitos inerentes à gênese da política de saúde, cuja formalização se apresenta de modo ambivalente, acomodando as assimetrias e neutralizando as tensões e os interesses conflitivos das quais resultaram, para então operar com uma lógica própria, ou insuficiente para concatenar avanços no processo de implementação. Permitiu ainda sinalizar uma visão crítica acerca dos processos discriminatórios estruturais que estão presentes nas sociedades ocidentais, em geral e especialmente no Brasil e que permeiam os “campos, espaços sociais e subespaços sociais” das decisões políticas e do trabalho cotidiano.

Tais questões combinam-se ainda a outras, tendo como pano de fundo a configuração que o movimento vem assumindo no Brasil, os processos de produção de sujeitos políticos e os desafios e os impasses que nos parecem estar se configurando nas últimas décadas. Para além dos avanços e das dificuldades, há alguns dilemas e desafios inerentes à ação política que abordaremos, concluindo esta reflexão, de modo mais detido nos próximos parágrafos, que constituem questões necessárias e inter-relacionadas ao objeto de estudo, que podem suscitar reflexões e produções futuras:

- a. No cenário internacional e nacional, apesar das diversas conquistas alcançadas pelo movimento LGBT ainda existem lacunas na proposição de políticas de saúde integral para a população LGBT, bem como, persistem lacunas e deficiências na formação de profissionais culturalmente capacitados para responder as demandas e as necessidades dessa população.
- b. Apesar das diversas conquistas alcançadas pela população LGBT ao longo dos últimos 30 anos, ainda existe estigma e discriminação que refletem em desfechos negativos para a saúde dessa população. Neste sentido, é fundamental avançar na consecução da inclusão do gênero e sexualidade nos processos de formação profissional em saúde: Desde a inclusão da disciplina de gênero e sexualidade como básica e obrigatória aos currículos do ensino fundamental e nos cursos de graduação da área da saúde, a proposição dos debates acerca da temática, a existência de educação continuada e permanente nos ambientes de trabalho, para que os profissionais sintam-se encorajados e capacitados para atender a população LGBT, assim como, para que tudo isso ocorra é imprescindível uma mudança cultural nas sociedades.
- c. Não obstante as inúmeras dificuldades relacionadas ao processo de delimitação ou abrangência da política nacional: por se tratar de uma política muito propositiva, não

há uma “obrigatoriedade” da sua implantação no contexto de estados e municípios, apesar de existir um documento normativo desde 2011. Além disso, o preconceito e a discriminação que permeiam as decisões políticas e ainda a falta de financiamento da política contribuem para a dificuldade de implantação nos municípios e estados.

É necessário ainda o enfrentamento de forças conservadoras, a exemplo do atual contexto político, que trazem retrocessos e ameaças a tantas conquistas que ocorreram ao longo dos anos. Pensar a complexidade das relações entre Estado e movimento LGBT no Brasil contemporâneo exige ainda a atenção para alguns processos recentes que se encontram pouco estudados relacionados a legitimação das diretrizes políticas pelos entes federativos e o papel contínuo exigido da sociedade civil organizada para a proposição, a legitimação/controle social ou mesmo a execução de políticas públicas.

Parece oportuno, ainda, com o passar dos anos, investigar os efeitos relacionados à gênese da política no Estado da Bahia, como a criação de instituições, o desenvolvimento e a emergência de novas estruturas associativas, as quais não se apresentaram até o momento de conclusão deste trabalho, mas que se mostram possíveis num futuro próximo, tendo em vista a complexidade desta intervenção. Se tais iniciativas influenciam marcadamente os contornos adquiridos pelo movimento, também é de fundamental importância que consideremos o papel desempenhado pelo Estado, para o processo de implementação da política.

À guisa de conclusão, há que se destacar que a política é recente, ainda em fase de implementação e desenvolvimento, o que aponta diversas possibilidades de investigação. Mas, espera-se que a partir dos resultados produzidos, este trabalho consiga alcançar patamares que conscientizem gestores, instituições e a sociedade acerca da importância e da necessidade de reafirmar a saúde integral da população LGBT como um direito, livre de preconceitos, discriminações ou estigma.

REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO

ABADE, E.A.; DEMÉTRIO, F. **A perspectiva de Gênero e sexualidade nas políticas de saúde no Brasil**. In.:LIMA, C.F.; REIS, A.; DEMÉTRIO, F. Sexualidades e saúde: perspectivas para um cuidado ampliado. Rio de Janeiro. Editora Bonecker. 2017, 589p.

ACQUAVIVA, K.D.; KRINSKY, L. Briding politics, policy and practice: Transforming health care in Massachusets through the creation of a statewide commission on LGBT aging. **Elsevier: Geriatric Nursing**. v.36, 2015.

ADAY, L.A.; ANDERSEN, R. A framework for studying access to medical care. **Health Services Research**, v.9, n.3, p. 208 – 220, 1974

ALBRECHT, C. A. M.; ROSA, R. S.; BORDIN, R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. **Saúde Soc. São Paulo**, v.26, n.1, 2017.

ALBUQUERQUE, G.A.; GARCIA, C.L.; ALVES, M.J.H.; QUEIROZ, C.M.H.T.; ADAMI, F. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v.37, n.98, 2013.

ALMEIDA, E. **A gênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Salvador, Tese de Doutorado apresentada a Universidade Federal da Bahia , 2016.

ALWOOD, E. **Sin and turning: the importance of public relations at the beginning of the gay rights movement, 1950-1974**. Article presented at the meeting of the Association for Education in Journalism and Mass Communication, Washington, DC (2013).

ARMSTRONG, A. **Forging Gay Identities: Organizing Sexuality in San Francisco, 1950-1994**. University of Chicago Press, Chicago, IL (2002)

ARNOLD, E.; DHINGRA, N. Health Care Inequities of Sexual and Gender Minority Patients, **Dermatologic Clinics**, v.38, n.2, p.185-190, 2020.

BADGETT, M.V.L.; WAALDIJK, K.; RODGERS, Y.V.M. The Relationship between LGBT inclusion and economic development: Macro-level evidence. **Rev. Elsevier: World Development**. v.120, 2019.

BARATA, R.B. **Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação?. In: Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009

BARROS, F.P.C.; SOUSA, M.F. **Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS** *Saúde Soc. São Paulo*, v.25, n.1, p.9-18, 2016.

BILA, F.P. **Entrando no arco-íris: rupturas, rearranjos ou reprodução da divisão sexual do trabalho entre casais homossexuais?** Anais do XVI Encontro Regional de História da Anuph-Rio, 2014.

BOEHMER, V.C. LGBT populations' barriers to cancer care. **Seminars in Oncology Nursing** v.34, p:21-29, 2018;

BOURDIEU, P. **A Dominação Masculina**. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 2002.

BOURDIEU, P. **Conceitos Fundamentais**. Editado por Michael Granfell. Tradução: Fábio Ribeiro. Rio de Janeiro: Vozes, 2018.

BOURDIEU, P. O campo científico (capítulo IV). In: Sociologia. São Paulo: Ática, 1994. p.122-155. B

BOURDIEU, P. O poder simbólico. Tradução: Fernando Tomaz (português de Portugal). 16ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

BOURDIEU, P. Pierre Bourdieu entrevistado por Maria Andréa Loyola. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2002.

BOURDIEU, P.. Razões Práticas: Sobre a teoria da ação. 11ª edição. São Paulo: Papyrus, 2011.

_____. A distinção: crítica social do julgamento. 2 ed. rev. 1. reimpr. Porto Alegre: Zouk. 2013a. 560 p.

_____. De la Maison du roi à la raison d'état. Actes de la recherche en sciences sociales, v,118, p.55-68, 1997.

_____. Espace social et gênese des "classes". Actes de la recherche en sciences sociales, v.52-53, p.3-14, 1984.

_____. Razões práticas: sobre a teoria da ação. 11 ed. 2ª reimpressão. Campinas: Papyrus, 2013b. 224 p.

_____. Sobre o Estado: cursos no Collège de France (1989-92). 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

_____. The forms of capital. IN: RICHARDSON, J. E. (ed.). Handbook of Theory of Research for the sociology of education. Greenwood Press, 1986. p.241-58.

BRANDENBURG, D.L.; MATTHEWS, A.K.; JOHNSON, T.P. et al. Breast cancer risk and screening: a comparison between lesbian and heterosexual women. **Women Health**, v.45, n.4, p. 109 – 130, 2007.

BRASIL. **Constituição, 1988. Constituição: República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, p. 65-69, 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. **Guia de Prevenção das DST/Aids e Cidadania para Homossexuais**. Brasília, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT e promoção da cidadania homossexual**. Brasília, 2004a.

BRASIL Ministério da Saúde. **Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Relatório da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT**. Brasília, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, Ministério da Saúde, 1ª ed., 1ª reimp., 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do I Seminário Nacional de Saúde LGBT**, Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BUTLER, J. **Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa de assembleia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

CABOSKY, J.M. Framing an LGBT organization and a movement: A critical qualitative analysis of GLAAD'S media releases. **Public Relations Inquiry**, v.3, n.1, p. 69-89, 2014.

CALIFIA, P. **Sex changes: the policy of transgenderism**. Cleis Press, San Francisco, CA (1997)

CANESQUI, A. M. **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 95-114.

CAMAROTTI, R. **A trajetória do movimento LGBT: a luta por reconhecimento e cidadania no contexto brasileiro e baiano**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós – Graduação do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal da Bahia. Salvador: UFBA, 2009.

CHAMPAGNE, P.; CHRISTINI, O. **Pierre Bourdieu: une invitation**. Lyon: Presses Universitaires de Lyon, 2012. 264p

COOLING, L. **Panteras e locas dissidentes: o ativismo Queer em Portugal e Chile e suas tensões com o movimento LGBT**. Lua Nova, v.93, n.1, 2014.

CURMI, C.; PETERS, K.; SALAMONSON, Y. Lesbian attitudes and practices in cervical cancer screening: a qualitative study. **BMC Womens Health**, v.14, p. 153, 2014.

DAY, K.; LOVERNO, J.; RUSSELL, S.; STEPHEN T. **Safe and supportive schools for LGBT youth: Addressing educational inequities through inclusive practices and policies**. Elsevier: Rev. Journal of School Psychology, v.74, 2019.

DEVINE, P.G. Stereotypes and prejudices: their automatic and controlled components. **J Personal Social Psychol**, v.56, n.1, p. 5 – 18, 1989.

DEVINE, P.G.; FORSCHER, P.S.; AUSTIN, A.J. et al. Long-term reduction in implicit racial prejudice: an intervention to break the habit of prejudice. **J Exp Soc Psychol**, v.48, n.6, p. 1267 – 1278, 2012.

DUVIVIER, R.J; WILEY, E. **WHO and the health of LGBT individuals**. Rev. The Lancet. v. 385, 2015.

ESCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala3310.pdf>. Acesso em: agosto de 2019.

FIOCRUZ. **Equidade em Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde, 2009 Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html> Acesso em: agosto de 2019.

FREIRE, L.; CARDINALI, D. **O ódio atrás das grades: da construção social da discriminação por orientação sexual à criminalização da homofobia**. Rev. Sexualidad, Salud y Sociedad. v.u, n.12, 2012.

GOFFMAN, E. (1978). **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada** (2ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar.

GOVERNMENT OF CANADA. Employment and social development of Canada **Isolement social des aînés: un regard sur les aînés LGBTQ au Canada**. 2018

HAY, K. et al. Disrupting gender norms in health systems: making the case for change. **The Lancet**, v.393, n.10190, p. 2535-2549, 2019.

HEILBORN, M. L. 1996. “Ser ou Estar Homossexual: dilemas de construção da identidade social”. In: PARKER, Richard& BARBOSA, Regina Maria (orgs.). Sexualidades Brasileiras. Rio de Janeiro: Relume Dumará. p. 136-145.

HEISE, L. et al. **Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health**. Lancet 2019; 393: 2440–54.

HOUCK, J. A. **Medicine and Health for Sexual Minorities**. Rev. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, v.15, n2, 2015.

JENNINGS, L.; BARCELOS, C.; MCWILLIAMS, C.; LINS C.M. **Inequalities in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health and health care access and utilization in Wisconsin**. Elsevier: Preventive Medicine Reports. v.14, 2019.

LANGER, A.; MELEIS A, FM KNAUL, et al. Women and health: the key to sustainable development. **Lancet**, v.386, n.2015a, p. 1165 – 1210, 2015a.

LAURENTINO, A.C.N. **Políticas públicas de saúde para a população LGBT: da criação do SUS à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT**. Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

LENOIR, R. O objeto sociológico e o problema social. In: CHAMPAGNE, P.; LENOIR, R. et al (ed). **Iniciação à prática sociológica**. Petrópolis, 1998. p.59-106.

LEVESQUE, J.; HARRIS, M.; RUSSELL, G. Patient-centered access to health care: conceptualizing access at the interface of health systems and populations. **International Journal for Equity in Health**, v.12, n.18, 2013.

LGBT FOUNDATION. **Pride in Practice: Excellence in lesbian, gay, bisexual and trans healthcare**. Disponível em: <http://lgbt.foundation/who-were-here-for/pride-in-practice> acesso em: 27.06.2019

LICK, D.J.; DURSO, L.E.; JOHNSON, K.L. Minority stress and physical health among sexual minorities. **Perspect Psychol Sci**, v.8, n.5, p. 521 – 548, 2013.

LINK, B. G., & PHELAN, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. **Annual Review of Sociology**, 27, 363-385.

LINK, B. G., & PHELAN, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. **Lancet**, 367, 528-529.

MACRAE, E. **A construção da igualdade – política e identidade homossexual no Brasil da “abertura”**. Salvador: EDUFBA, 2018.

MARX, K. **Observações à margem do Programa do Partido Operário Alemão**. [Crítica ao Programa de Gotha], 1875. In: Marx, K. & Engels, F. Obras escolhidas. São Paulo: Alfa-Omega, s/d.

MAROTTA, T. **The Politics of Homosexuality**. Houghton Mifflin Company, Boston, MA (1981)

MATONTI, F.; POUPEAU, F. **Le capital militant. Essai de définition**. Actes De La Recherche en Sciences Sociales, v.155, p.5-11, 2004.

MCCANN, E.; BROWN, M. **The inclusion of LGBT+ health issues within undergraduate healthcare education and professional training programmes: A systematic review**. Elsevier: Nursing Education Today, v.64, 2018.

MEYEROWITZ, J. **How sex has changed: a history of transsexuality in the United States.** Harvard University Press, Cambridge, MA (2002)

MUNDY, D.E. The advocacy spiral: how state LGBT advocacy organizations use basic public communication strategies in their Equality Agenda campaigns. **Public Relations Review**, v.39, n.4, p. 387 – 390, 2013.

NASH, J.C. **The age of “post-mo”?** Toronto’s gay Village and a new generation. Elsevier: Rev. Geoforum, v.49, 2013.

OMS. (2001). **Relatório Mundial da Saúde - Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança.** Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

PAIM, J.S. **Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS).** Saúde debate, v.43, n.(spe5), p.15-28, 2019

PATTERSON, J.G.; ÁRVORE, J.M.J.; KAMEN, C. **Cultural competency and microaggressions in the provision of care to LGBT patients in rural and Appalachian Tennessee.** Patient Education and Counseling (2019), <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.06.003>

PEITZMEIER, S.M.; REISNER, S.L.; HARIGOPAL, P. et al. Female to male patients have a high prevalence of unsatisfactory Paps compared to non-transgender women: implications for cervical cancer screening. **J. Gen. Intern Med**, v.29, n.5, p. 778 – 784, 2014.

PINELL, P. **Análise Sociológica das Políticas de Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. 252p.

PINTO, L. **Pierre Bourdieu et la théorie du monde social.** Paris: Albin Michel, 1998. 263p.

REIS, T. O movimento homossexual. In: FIGUEIRO, Mary Neide Damico (Org.). **Homossexualidade e educação sexual: construindo o respeito à diversidade.** Londrina: EdUEL. 2007. p. 101-102.

RIBEIRO, D. Stonewall: 40 anos de luta pelo reconhecimento LGBT. In: COOLING, L. **Stonewall 40 + o que no Brasil?.** Salvador: EDUFBA, 2011. 282 p. - (Coleção CULT; n. 9)

RONCAROLO, F.; BOIVIN, A.; DENIS, J.L.; HEBERT, R.; LEHOUX, P. O que sabemos sobre as necessidades e desafios dos sistemas de saúde? Uma revisão de escopo da literatura internacional. **BMC Health Serv Res**, v.17, p. 636, 2017

SCHATZ, B.; O'HANLAN, K. **Anti-gay discrimination in medicine: results of a national survey of lesbian, gay and bisexual doctors.** Gay and Lesbian Medical Association, San Francisco (CA) (1994)

SCOTT, J. **Gender: a useful category of historical analyses: Gender and the politics of history.** New York, Columbia University Press. 1989.

SEN, G.; IYER, A. Beyond economic barriers: intersectionality and health policy in low and middle income countries. Hankivsky, JS Jordan-Zachery (Eds.), The Palgrave handbook of intersectionality in public policy, **Springer International Publishing** (2019)

SHEIKH, K.; GILSON, L.; AGYEPONG, I.A.; HANSON, K.; SSENGOOBA, F.; BENNETT, S. Building the field of research in health policies and systems: framing the issues. **PLoS Med**, v.8, p. e1001073, 2011.

SOUTO, K.M.B.; SENA, A.G.N.; PEREIRA, V.OM. ; SANTOS, L.M. **Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa?** Saúde Debate | rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 49-62, DEZ 2016

SULLIVAN, C.G. Lesbian, gay, bisexual and transgender health disparities are a global concern. **Rev. American Academy of Nursing on Policy**. v. 64, 2016.

TINDALL, N.T.J.; WATERS, R.D. (Eds.) Coming out of the closet: Exploring LGBT issues in strategic communication with theory and research. **Peter Lang, New York** (2013)

WEBER, A.M.; CISLAGHI, B.; MEAUSOONE, V. et al. How gender norms shape health: insights from global research data. **Lancet**, 2019. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30765-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30765-2)

WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G.; GILSON, L. **Construcción de una respuesta política a la falta de equidad en la salud: una perspectiva mundial**. In: EVANS, T. et al. Desafío a la falta de Equidad en la Salud: de la ética a la acción. Fundación Rockefeller: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y Técnica n. 585, 2002.

WOODWARD, K. 2000. “Identidade e Diferença: uma introdução teórica e conceitual”. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (org.). Identidade e Diferença: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis: Vozes. p. 7-72.

WEAVER, C.K. Carnavalesque Activism as a Public Relations Genre: A Case Study of the New Zealand Group Mothers Against Genetic Engineering. **Public relations Review**. V.36, n.1, p.35-41, 2010.

APENDICE A – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE.

Prezado (a) Senhor (a), sou Camila Amaral Moreno Freitas e estou realizando juntamente com a profa. Nília Maria de Brito Lima Prado, o estudo sobre “**Política de saúde para a população LGBT: reflexões e aproximações da gênese no estado da Bahia**”. O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), desta pesquisa. Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, também não receberá qualquer vantagem financeira. Suas dúvidas referentes a esta Pesquisa serão esclarecidas e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelos pesquisadores, que tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas ou ressarcidas pelos pesquisadores.

Este **Termo de Consentimento livre e Esclarecido – TCLE**, encontra-se impresso em duas vias originais de mesmo teor, sendo que uma será arquivada pelo pesquisadores responsáveis, e a outra será fornecida ao senhor. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

A Pesquisa tem por objetivo: Analisar a sociogênese da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT). A Análise de Política buscará identificar o processo de elaboração da política pública, com foco no comportamento dos atores sociais envolvidos nesse processo, a partir do reconhecimento de valores e interesses dos atores envolvidos com o processo de elaboração da política pública. Analisar a gênese de uma política pública de saúde é buscar compreender as circunstâncias históricas e sociais que tornaram possível a intervenção do Estado para a implementação de medidas específicas direcionadas a um problema social. A Análise de Política buscará identificar o processo de elaboração da política pública, com foco no comportamento dos atores sociais envolvidos nesse processo, a partir do reconhecimento de valores e interesses dos atores envolvidos com o processo de elaboração da política pública.

O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo (a) pesquisador (a) e/ou orientador(a). Os resultados gerais obtidos nesta pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos propostos, incluída sua publicação em artigos que serão submetidos a revistas.

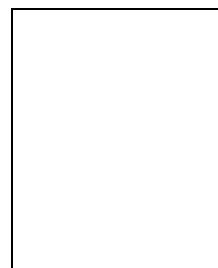
Considerando que toda pesquisa oferecer RISCOS e BENEFÍCIOS, nesta pesquisa os mesmo pode ser avaliado como:

RISCOS: Esta pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes que terão sua identidade preservada. Caso o participante sinta-se constrangido ou tenha dúvidas no momento do questionário o mesmo poderá solicitar ao pesquisador esclarecimentos. E Caso necessário, o participante terá direito a assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário e a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

BENEFÍCIOS: A pesquisa não oferece benefícios diretos ao participante que responderá questões referentes ao processo de implementação e discussões sobre políticas de saúde LGBT no Estado da Bahia. No entanto a pesquisa trará benefícios para a comunidade acadêmica a medida que é capaz de resgatar e analisar um momento histórico importante para a formulação de políticas de saúde para a população LGBT.

Sua colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevistas semiestruturadas em locais e horários previamente agendados com o participante, as entrevistas serão gravadas.

Por este meio, _____AUTORIZO o uso dos meus dados neste Projeto de Pesquisa, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com os (as) pesquisadores (as) envolvidos (as), concordo em participar deste estudo como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Compreendo que não irei receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus em troca, e participarei com a finalidade exclusiva de colaborar para as conclusões acadêmicas e científicas da mesma. Foi garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento até a publicação dos dados, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento) e que se houver necessidade, as despesas para a minha participação serão assumidas ou ressarcidas pelos pesquisadores.



Impressão Datiloscópica

Assinatura do Participante

Nília Maria de Brito Lima Prado

Nilia.ufba@gmail.com

Camila Amaral Moreno Freitas

camilaamaralmoreno@gmail.com

ENDEREÇO INSTITUCIONAL DOS PESQUISADORES:

Universidade Federal da Bahia – Campus Anísio Teixeira Vitória da Conquista.

Rua Hormindo Barros, 58 - Candeias, Vitória da Conquista - BA, 45029-094

Tel.: (77) 3429-2709

ENDERÇO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Federal da Bahia

Avenida Reitor Miguel Calmon s/n, Vale do Canela

CEP: 40.110-100 Salvador - Bahia

Telefone: (71) 3283-8951

Email: cepics@ufba.br

APENDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Roteiro para entrevistas em profundidade

SUBPROJETO - Sociogênese dos movimentos sociais e sua relação com a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbica, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no estado da Bahia.

Identificação do entrevistado

Nome do entrevistado:

Idade (em anos):

Identidade de Gênero:

Endereço:

Telefone:

Escolaridade:

Movimento/coletiva que representa:

Cargo/função:

Tempo de atuação (em anos) no movimento social:

Município:

Estado:

Local da entrevista:

Data da entrevista: ___/___/_____

Trajatória pessoal e profissional

1. Fale de sua trajetória social: onde nasceu, ocupação do pai, ocupação da mãe, eles tiveram influência nas suas escolhas? Onde você cursou o ensino médio?

2. Fale da sua trajetória profissional (onde estudou, formação inicial, escolhas e justificativas). E o ensino superior? Qual foi o curso? Possui pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado)?

Inserção no movimento social ou político LGBT

3. Qual é e como começou a sua relação com o movimento social ou político LGBT no Estado da Bahia?

(Quando você se interessou pelo movimento? Como se deu o seu ingresso no movimento? Quem lhe convidou? Qual a sua contribuição para o movimento?) Você poderia me relatar sua trajetória política ou militante (participação em movimento estudantil, representação profissional, movimento popular, ONG, sindicato, partido político, organizações/associações)?

4. Como você se situa ao interior do movimento? Ou como articulador/formulador das políticas de saúde para a população LGBT?

5. Com relação ao cargo que ocupa atualmente, como chegou a este cargo e a esta instituição/órgão?

6. Fale sobre como surgiram os debates acerca das políticas de saúde LGBT nesse município?

- Você participou desse processo? - Se sim, de que forma?
- Qual o período que participou? Em que ano se deu?
- Como a ideia foi criada?
- Quem eram as pessoas/instituições envolvidas nesse processo de criação da ideia das

políticas de saúde LGBT?

- O que motivou a criação das políticas de saúde LGBT? (por que foi criada? Para que? O que gerou a necessidade de se criar as políticas de saúde para população LGBT?)
- Como se deu a formulação?
- A portaria foi originada de algum outro documento/portaria? Se sim, qual?
- Como se deu a formulação dos documentos técnicos e normativos que orientam a atuação dos profissionais inseridos nas políticas de saúde para a população LGBT?

7. Fale sobre a participação na gênese do debate sobre as políticas de saúde LGBT

- Como os movimentos sociais souberam das propostas para políticas de saúde LGBT?
- Quais as reações dos movimentos sociais aos debates sobre as políticas de saúde LGBT? Quais as principais críticas?
- De que forma os movimentos sociais se aproximam do debate das políticas de saúde LGBT?
- Qual (is) era(m) o(s) agente(s) dos movimentos sociais que participava(m) desse debate? Em que(uais) espaço(s) e em que período isso se deu?
- Qual(is) a(s) motivação(ões) dos movimentos sociais para a inserção desse debate na saúde?
- Qual(is) a(s) demanda(s) dos movimentos sociais nos espaços de discussão onde as políticas de saúde eram tratadas/construído? Que (quais) tipo(s) de solicitação(ões) foi(foram) apresentada(s) para o Ministério da Saúde no que concerne às políticas de saúde LGBT?
- Houve algum diálogo e/ou articulação com as IES / Academia para discussão, problematização e construção das políticas de saúde? - Como se deu esse processo? – Quem participou? (instituições / pessoas)
- Houve algum conflito/disputa com o Ministério da Saúde e/ou com outra instituição (ex. Conass, Conasems, outras entidades, etc.) relacionado às demandas que os movimentos sociais apresentaram? Se sim, quais? Como estes conflitos foram debatidos? Houve resultado favorável ou desfavorável ao movimento social nessas disputas? A que pode ser atribuído este resultado?
- Você pode identificar os atores e seus papéis (apoio ou resistência) que estavam envolvidos neste processo de articulação e formulação dessas políticas?

8. Qual sua participação e quem foram os principais agentes responsáveis (movimentos sociais, categorias profissionais, instituições, técnicos) pelo surgimento das políticas de saúde para população LGBT?

9. Você se sente realizado trabalhando/ militando na área das políticas de saúde LGBT? / Por que deixou de trabalhar/ militar na área de políticas/direitos das políticas de saúde LGBT?

10. Você continua acompanhando o que ocorre com a implementação das políticas de saúde LGBT na Bahia?

11. Você teria alguma sugestão para dar em relação as estratégias adotadas para implementação da política as políticas de saúde LGBT na Bahia?

12. Você acha que há mais alguém que eu poderia entrevistar para contribuir com o meu trabalho?

13. Existe mais alguma colocação que você queira fazer?

APENDICE C – PLANILHA DE SISTEMATIZAÇÃO DOS DOCUMENTOS CENTRAIS PARA TRIANGULAÇÃO DOS DADOS.

(continua)

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	ESPECIFICAÇÃO DA ORIGEM	TIPO DE DOCUMENTO	RESUMO DOS PRINCIPAIS RESULTADOS	APRECIACÃO
UNILAB. ONG's filiadas ao Fórum LGBT. Disponível em: http://www.unilab.edu.br/wp-content/uploads/2019/07/2015-Lista-entidades-filiadas-ao-Fo%CC%81rum-Baiano-LGBT.pdf	Site da UNILAB, encontrado por meio de busca virtual acerca dos grupos LGBT na Bahia.	Lista de Ongs em PDF	Um documento contendo todos os grupos que são filiados ao Fórum LGBT, com número de telefone, e-mail, nome do grupo, cidade e agente para contato.	Relevante para o estudo Apresenta todos os grupos LGBT na Bahia formados entre o período de 1970 e 2015.
CAMAROTTI, R. A trajetória do movimento LGBT: a luta por reconhecimento e cidadania no contexto brasileiro e baiano. Dissertação apresentada ao Programa de Pós – Graduação do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal da Bahia. Salvador: UFBA, 2009.	Repositórios de teses e dissertações da UFBA	Dissertação	A dissertação apresenta a trajetória do movimento LGBT Baiano na busca para a consolidação no território baiano	Relevante para o estudo Traz a formação inicial dos grupos LGBT na Bahia e destaca a potência do movimento LGBT para a reivindicação dos direitos e construção de políticas
BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, Ministério da Saúde, 2010.	Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde	Política Nacional de Saúde	A política apresenta os objetivos e diretrizes da PNSI-LGBT e versa sob a Saúde sem preconceito e sem discriminação	Relevante para o estudo Traz agentes do cenário nacional que foram importantes para a Bahia
BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT e promoção da cidadania homossexual. Brasília, 2004a	Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde	Plano Brasil sem Homofobia	Versa sob as estratégias e diretrizes para promover a cidadania e os direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação.	Relevante para o estudo

Fonte: Elaboração própria

APENDICE C – PLANILHA DE SISTEMATIZAÇÃO DOS DOCUMENTOS CENTRAIS PARA TRIANGULAÇÃO DOS DADOS.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	ESPECIFICAÇÃO DA ORIGEM	TIPO DE DOCUMENTO	RESUMO DOS PRINCIPAIS RESULTADOS	APRECIÇÃO
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. Manual do Multiplicador - Homossexual . Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 601 p.	Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde	Manual de orientações para atuação na prevenção do HIV	Apresenta aspectos de ação do multiplicador e monitor, noções básicas de IST/AIDS e técnicas que facilitam o desenvolvimento de metodologia participativa para intervenção mais efetivas, na prevenção do HIV na população de homossexuais.	Relevante para o estudo, pois apresenta as contribuições de Luiz Mott do GGB, que posteriormente implanta essa estratégia da prevenção ao HIV na década de 1990 aqui na Bahia, principalmente estabelecendo parcerias com as travestis.
BEZERRA, M. V. R. Barreiras estruturais e interdições dos corpos: desafios para implantação da política nacional de saúde integral LGBT na Bahia. In: Dissertação apresentada à Universidade Federal da Bahia, 2019.	Repositório de dissertações da UFBA	Dissertação	Fornece um panorama claro sobre a implantação da PNSI-LGBT na Bahia e analisa algumas condições de possibilidade da emergência da política na Bahia.	Relevante para o estudo, apresenta momentos históricos importantes de diálogos que delinearão caminhos para a formação da PNSI-LGBT na Bahia.
SESAB. Portaria Estadual nº 919, de 01 de julho de 2014 – Institui o Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral da População de Lésbica, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais- LGBT	Site da SESAB	Portaria que institui o Comitê de saúde LGBT	Traz as principais considerações acerca da portaria, como a composição do comitê; os objetivos.	Relevante para o estudo, apresenta agentes importantes que contribuíram para as discussões sobre a saúde LGBT
LEI Nº 12.946 DE 10 DE FEVEREIRO DE 2014	Site da SJDH BA	Lei que institui a criação do conselho dos direitos LGBT	Lei que cria o Conselho Estadual dos Direitos da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.	Relevante para o estudo
LIMA, CHL et al. Ativismos LGBT no Oeste da Bahia: percursos, situação atual e potências políticas. O Social em Questão - Ano XX - nº 37- Jan a Abr/2017	Encontrado após busca pelo grupo gay do oeste baiano no Google.	Artigo científico	Discute os ativismos LGBT no Oeste da Bahia	Relevante para o estudo, pois traz considerações acerca do movimento LGBT de Barreiras (oeste baiano)

Fonte: elaboração própria.