



CENTRO UNIVERSITÁRIO FAMETRO – UNIFAMETRO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

JOSE TAVARES DE MOURA FILHO

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LESBICAS, GAYS,
BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL.**

FORTALEZA

2020

JOSE TAVARES DE MOURA FILHO

POLITICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LESBICAS, GAYS, BISEXUAIS,
TRAVESTIS E TRANSEXUAIS: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL.

Monografia apresentada à banca
examinadora do Centro Universitário -
Fametro, como requisito para obtenção do
grau de Bacharel em Psicologia.

Orientador (a): Ms. Lorena Brito da Silva.

FORTALEZA – CE

2020

JOSÉ TAVARES DE MOURA FILHO

POLITICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LESBICAS, GAYS, BISEXUAIS,
TRAVESTIS E TRANSEXUAIS: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL

Monografia apresentada à banca
examinadora do Centro Universitário -
Fametro, como requisito para obtenção do
grau de Bacharel em Psicologia.

Fortaleza, 14 de dezembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Lorena Brito da Silva - Orientadora

Prof. Ms. Gardênia Holanda Marques – Membro interno

Prof. Ms. Vinício Brídigo Santiago Abreu – Membro externo

FORTALEZA – CE

2020

M929p

Moura Filho, Jose Tavares de.

Política nacional de saúde integral de lesbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: uma análise documental. / Jose Tavares de Moura Filho. – Fortaleza, 2020.

46 f. ; 30 cm.

Monografia – Curso de Psicologia do Centro Universitário Fametro, Fortaleza 2020.

Orientação: Prof.^a Ma. Lorena Brito da Silva.

1. LGBTQIA+. 2. Políticas Públicas. 3. Psicologia. I. Título.

CDD 150

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABGLT	Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexuais e Assexuais.
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNPCDH-LGBT	Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral Lésbicas, Gays, Travestis e Transexuais
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde

AGRADECIMENTOS

O processo de escrita pode ser muito solitário as vezes, enrijecido, difícil mesmo. Entretanto, cada linha desta pesquisa contém o apoio de pessoas que mesmo distante fisicamente sempre se fizeram presente durante esse período e também antes dele. A elas meus agradecimentos mais sinceros.

A minha família, por sempre acreditar que eu seria capaz mesmo quando nem eu mesmo acreditava, agradeço pelos ensinamentos, foram eles que me fizeram chegar até aqui.

A Marcos, meu namorado, companheiro e amigo. Agradeço pelo apoio, por aguentar meus momentos difíceis e por ajudar a tornar esse processo mais leve com o seu amor, assim como tornou a minha vida.

A Ronald, Jorge, Felipe, Witson, Thiago, Erika e tantos outros, meus amigos de uma vida, obrigado pelo companheirismo e fidelidade de sempre. Nossas risadas e sonhos compartilhados em noites de conversas foram fundamentais para esse caminhar.

A minha orientadora Lorena na qual tenho imenso respeito e admiração. Obrigado por todo o tempo dedicado a mim para a construção deste trabalho, que eu me torne um profissional excepcional como você um dia.

Agradeço a todos aqueles que caminharam junto comigo durante a graduação e que direta ou indiretamente ajudaram na construção dessa pesquisa.

Por fim agradeço a Deus, por me dar força diariamente e não me deixar desanimar diante tantas adversidades e por proteger a mim e a todos que amo durante essa pandemia que estamos vivendo.

RESUMO

Este trabalho visa apresentar discussões sobre políticas públicas em saúde destinadas à comunidade LGBTQIA+, principalmente a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, intenção principal de análise desta pesquisa. Tendo como objetivo analisar as condições de possibilidade de efetivação do princípio de equidade nas políticas públicas de saúde destinadas à população LGBTQIA+. Para tanto, utilizou-se a abordagem qualitativa em análise documental como metodologia desta pesquisa. Para adentrar nas discussões que envolvem a Política Nacional de Saúde Integral LGBT foram realizadas outras breves discussões a respeito das relações entre gênero e sexualidade e também apresentado as políticas públicas e movimentos sociais que antecederam a promulgação desta e foram responsáveis pela garantia e efetivação de direitos para esta comunidade em questão.

Palavras-chave: Saúde – Políticas Públicas – Equidade – LGBTQIA+.

ABSTRACT

This work aims to present discussions on public health policies aimed at the LGBTQIA + community, mainly the National Policy for Integral Health of Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transsexuals, the main intention of this research. Aiming to analyze the conditions for the possibility of implementing the principle of equity in public health policies aimed at the LGBTQIA + population. For that, we used the qualitative approach in document analysis as the methodology of this research. To enter into the discussions involving the National LGBT Comprehensive Health Policy, other brief discussions were held regarding the relations between gender and sexuality and also presented the public policies and social movements that preceded its promulgation and were responsible for guaranteeing and enforcing rights for women. this community in question.

Keywords: Health – Public Policies – Equity – LGBTQIA+

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. METODOLOGIA.....	11
3. QUEM SÃO OS SUJEITOS DE DIREITOS? BREVE DISCUSSÃO SOBRE GÊNERO, SEXUALIDADE E POLÍTICA.....	13
3.1 A comunidade e seus representantes.....	13
3.2 Sobre corpos abjetos, gênero e sexualidade.....	14
4. CONCEITO, DESLOCAMENTOS E PRODUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE.....	17
4.1 O Conceito de saúde.....	17
4.2 A Reforma Sanitária Brasileira.....	19
4.3 O SUS e seu princípio de equidade.....	20
4.4 As Políticas Públicas em saúde destinadas à comunidade LGBTQ+.....	22
5. A POLITICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBT E A BUSCA POR UMA JUSTIÇA SOCIAL.....	26
5.1 Documento de apresentação.....	26
5.2 A política como ferramenta de superação de iniquidades e desigualdades em saúde.....	27
5.3 Desafios a serem superados pela Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.....	31
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como premissa discutir sobre as políticas públicas de saúde voltadas à comunidade LGBTQIA+, em especial a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, a partir de uma análise sobre o princípio de equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e o quanto este contribui para a efetivação das públicas de saúde destinadas à essa população.

O interesse em abordar esse assunto surgiu ao estudar sobre Determinantes Sociais da Saúde na disciplina de Saúde e Coletividade e também por minha experiência de estágio básico realizado no CUCA BARRA, localizado na Barra do Ceará, onde pude ter contato com diversas realidades e discursos de sujeitos que muitas vezes estão à margem de um acesso equânime e universal do Sistema Único de Saúde.

Durante minhas vivências em campo tive contato, ainda que por um curto período de tempo, com algumas mulheres trans que aguardavam para serem atendidas pela médica do equipamento. Essas mulheres iriam iniciar a hormonioterapia e durante a ‘sala de espera’ relatavam sobre as dificuldades que passaram desde a utilização do nome social até a falta de conhecimento por parte dos serviços em saúde de lidar com as especificidades dessas pessoas.

Surge então o meu interesse em discutir a questão do acesso a saúde pela comunidade LGBTQIA+, primeiro por fazer parte dela e conhecer toda sua problemática de perto e segundo por ser usuário do SUS e utilizar seus serviços de saúde. É importante discutir como a saúde de uma comunidade, que já é tão fragilizada por outras determinações sociais, é afetada ao tentar utilizar-se de seus serviços e como isso tem impacto na continuidade de um possível tratamento.

Segundo a própria Constituição Federal de 1988 a saúde é um direito de todos e para todos (BRASIL, 1988, art. 196) portanto, qualquer pessoa e/ou coletivo poderá acessá-la de modo a ter suas necessidades atendidas. Entretanto, ainda são muitos os casos de discriminação e preconceito sofridos pela comunidade LGBTQIA+ ao procurar os serviços em saúde. Este inclusive pode ser um dos motivos que causam seu distanciamento desses serviços pois segundo Prado e Sousa (2017) partem dos próprios profissionais responsáveis pelo atendimento os julgamentos e comentários

preconceituosos, de modo a afetar diretamente o modo como aquele indivíduo utiliza o serviço.

O SUS que desde o ano de 2006 possui uma cartilha contendo os direitos de seus usuários já preconizava a máxima de que o atendimento por parte dos profissionais em saúde deve ser acolhedor e livre de qualquer tipo de discriminação, com o objetivo de tornar a relação mais pessoal e o mais saudável possível (BRASIL, 2006).

Se torna cada vez mais frequente notícias ou reportagens onde pessoas LGBTQIA+ são desrespeitadas quando procuram serviços de saúde, a maioria delas transexuais ou travestis que não tem seus nomes sociais respeitados devido a precariedade do atendimento (ARÁN; MURTA; LIONCO, 2009).

De acordo com Simpson (2015), essas são as pessoas que estão mais vulneráveis a sofrer preconceitos e discriminações dentro da comunidade LGBTQIA+ por não estarem dentro deste padrão que é imposto pela sociedade. Como bem coloca a autora, no Brasil as pessoas estão acostumadas a olhar apenas aqueles sujeitos que estão entre o binarismo homem-mulher, onde qualquer indivíduo que não esteja ou fuja de uma identificação dentro desse parâmetro será olhado com preconceito e discriminação (SIMPSON, 2015).

Se tratando de homens gays e mulheres lésbicas, Araújo *et al* (2006) afirma que essas pessoas não revelam sua sexualidade durante o atendimento com receio de que possam sofrer algum tipo de preconceito ou discriminação, fazendo com que muitas vezes acabe se tornando um atendimento descontextualizado ou fictício baseado em orientações pouco eficientes segundo os autores, pois estes sujeitos são abordados como heterossexuais e suas especificidades são completamente ignoradas.

Somando isso a preconceitos e discriminações no âmbito das homofobias como lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia a saúde da comunidade LGBTQIA+ demanda por olhares que promovam ações específicas, considerando toda a diversidade dessa população e proporcionado espaços de cuidado que sejam esvaziados de julgamentos e atitudes preconceituosas. É preciso uma maior efetivação dos princípios doutrinários do SUS para que o acesso a saúde se torne de fato universal, integral e equitativo.

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSILGBT), objeto de análise desde trabalho, propõe grandes mudanças tanto na postura de profissionais como também nas ações voltadas à essa comunidade. Esse documento parte do reconhecimento de

que orientação sexual e identidade de gênero são determinantes sociais e culturais que incidem diretamente na saúde dessa população, a partir disso propõe mudanças ético-políticas em todas as instâncias do SUS incluindo gestores, conselheiros, técnicos e trabalhadores de saúde (BRASIL, 2013).

Diante disso, torna-se importante o estudo e análise sobre políticas públicas em saúde destinadas a comunidade LGBTQIA+, principalmente a Política de Saúde Integral, que visa reduzir iniquidades e desigualdades em saúde.

Esta pesquisa possui como **objetivo geral** 'Analisar as condições de possibilidade de efetivação do princípio de equidade nas políticas públicas de saúde destinadas à população LGBTQIA+' seguido dos **objetivos específicos** 'Descrever as políticas de saúde existentes para a população LGBTQIA+; Problematizar aproximações e distanciamentos das necessidades da comunidade LGBTQIA+ para sua saúde e o que é apontado pelas políticas de saúde como demanda; Identificar as especificidades de práticas destinadas à essa população e suas justificativas'

A metodologia utilizada encontra-se no âmbito da análise documental, e a pesquisa está estruturada em três grandes discussões, onde no primeiro capítulo abordo questões sobre a comunidade LGBTQIA+, questões identitárias, dificuldades dos sistemas de saúde em lidar com as diferenças, vulnerabilidades e precariedades dessa população que reverberam na produção de cuidado de si.

No segundo capítulo discuto sobre o conceito de saúde, seus deslocamentos e a produção de políticas públicas em saúde, abordo sobre o princípio de equidade do SUS e realizo ainda uma breve apresentação das primeiras ações governamentais voltadas à comunidade LGBTQIA+ no âmbito da saúde que foram responsáveis pela formulação da política que será analisada no capítulo seguinte.

Por fim o terceiro capítulo conta com uma análise da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais. Onde destaco as conquistas ocasionadas pela implementação da política assim como uma problematização sobre a mesma e desafios a serem superados para que possamos ter de fato uma política de saúde integral.

2. METODOLOGIA

Segundo Gil (2002) a pesquisa trata-se de um procedimento racional e sistemático que objetiva disponibilizar respostas aos problemas que são propostos, o autor considera ainda que a pesquisa é solicitada quando ainda não se tem informações suficientes para responder a um problema. Para Gil a pesquisa é construída

mediante o concurso dos conhecimentos disponíveis e a utilização cuidadosa de métodos, técnicas e outros procedimentos científicos. Na realidade, a pesquisa desenvolve-se ao longo de um processo que envolve inúmeras fases, desde a adequada formulação do problema até a satisfatória apresentação dos resultados (2002, p. 17).

Este trabalho utiliza o método de pesquisa documental através da análise de conteúdo, se tratando então de uma abordagem qualitativa. A pesquisa documental segundo Severino (2007) utiliza-se de documentos em seu sentido mais amplo, não se restringindo somente a documentos impressos. “Nestes casos, os conteúdos dos textos ainda não tiveram nenhum tratamento analítico, são ainda matéria-prima, a partir da qual o pesquisador vai desenvolver sua investigação e análise” (SEVERINO, 2007, p. 76).

De acordo com Gil (2002) a pesquisa documental apresenta várias vantagens em sua utilização, para esse autor os documentos se constituem como “fonte rica e estável de dados. Como os documentos subsistem ao longo do tempo, tornam-se a mais importante fonte de dados em qualquer pesquisa de natureza histórica” (2002, p. 46).

Os documentos utilizados como objetos de análise desta pesquisa estão disponibilizados em meio eletrônico no site da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, tanto a Portaria de nº 2836 que institui a política como também o documento de apresentação da mesma. Pode-se acessar esses documentos através dos seguintes links: **Portaria N° 2836**>
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html.

Documento de apresentação da PNSILGBT>
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf.

A escolha em analisar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT se deu através da construção do projeto inicial dessa pesquisa, de modo que a discussão anteriormente se mostrava muito ampla e agora com esse recorte realizado pode-se

promover discussões consistentes. Outro ponto considerado para escolher a política como análise foi devido ao tempo programado para entrega do trabalho, de modo que escolher apenas uma política para análise permitiria realizar a pesquisa no tempo estimado sem afetar o processo de escrita.

Após a escolha do objetivo de análise foi realizada leitura da portaria e também do documento de apresentação para que desse início ao processo de análise de conteúdo, de modo que se pudesse também realizar um diálogo com autores que escreveram sobre a política ou fizeram uma análise sobre políticas públicas de saúde.

Esta pesquisa, por proporcionar um primeiro contato com a construção de um trabalho científico mais elaborado, mostrou-se como um grande desafio para o eu-pesquisador. Não somente pela escolha do tema, problemas discutidos e documentos analisados, mas também por conter questões que atravessam diretamente a minha existência.

O objeto de análise deste trabalho exerce uma tentativa de representar e dar visibilidade a uma comunidade diversa e plural, seguindo a mesma intenção, este trabalho também é uma tentativa de representar e dar visibilidade a questões desta comunidade. Por fazer parte dela, vejo como uma responsabilidade criar espaços de discussões que promovam o conhecimento de suas necessidades.

3. QUEM SÃO OS SUJEITOS DE DIREITOS? BREVE DISCUSSÃO SOBRE GÊNERO, SEXUALIDADE E POLÍTICA.

3.1 A comunidade e seus representantes

Neste primeiro momento faz-se necessário apresentar os sujeitos que compõem a sigla LGBTQIA+ para que assim possamos iniciar as discussões nas quais essa pesquisa objetiva promover. Esta sigla, utilizada para representar a comunidade nem sempre foi dessa forma e até hoje ainda existem discussões a respeito de sua organização.

Segundo a Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - (ABGLT) a sigla “GLS” era a mais utilizada para apresentar a comunidade, entretanto, após a realização da 1ª Conferência Nacional GLBT em Brasília no ano de 2008 um dos resultados das discussões foi a mudança da terminologia.

Nessa conferência a pauta do movimento lésbico ganhou grande destaque e visibilidade, assuntos como igualdade no ambiente de trabalho, direitos sexuais e reprodutivos, maior participação nos espaços de poder assim como o enfrentamento à lesbofobia e etc. foram discutidos na conferência, conseqüentemente houve essa mudança inclusive como forma de apoio por parte dos demais membros da comunidade.

A antiga sigla é considerada como excludente por não identificar pessoas bissexuais, travestis, transexuais e intersexuais em sua constituição (ABGLT, 2018). A sigla LGBTQIA+ atualmente é a mais utilizada para fins de reconhecimento e representatividade no que diz respeito a essa comunidade. Sua organização permite uma maior inclusão de pessoas, onde as primeiras 3 letras (Lésbicas, Gays e Bissexuais) correspondem a orientações sexuais, seguido das 4 últimas letras que dizem respeito às identidades de gênero (Travestis, Transexuais, Queer, Intersexuais e Assexuais). O sinal (+) será utilizado para incluir outras orientações sexuais, identidades de gênero e expressões de gênero segundo a ABGLT (2018).

Muito mais do que um ordenamento de letras e a representatividade que esta busca promover “a identidade que a comunidade LGBTQIA+ carrega consigo coexiste com a identidade de cada uma das siglas, não se sobressaindo nem se escondendo, mas simplesmente se completando.” (BORTOLETTO, 2019, p. 10). Mesmo possuindo

uma identidade coletiva, ainda existem questões que diferenciam os membros dessa comunidade, como gênero por exemplo, que faz com que os indivíduos tenham diferentes experiências que alterem sua relação consigo e com os outros.

Ainda segundo Bortolletto (2019) a identidade é um processo que não está construído completamente, assim como a própria comunidade LGBTQIA+. Desse modo passamos a compreender porque existe uma sigla que é tão mutável em sua constituição. Se cada letra que é incluída na construção da sigla passa a representar um coletivo de pessoas “podemos concluir que cada vez mais novas vertentes, nascidas de novas experiências de vida, se aglomeram em volta dessa identidade geral, criando novos núcleos e novas identidades.” (BORTOLLETO, 2019, p.12).

3.2 Sobre corpos abjetos, gênero e sexualidade.

Cada vez mais estudos sobre gênero tornam-se importantes para se discutir sobre relações humanas, de modo que este conceito nos permite entender como se dão essas relações em nossa sociedade. Segundo Colling (2018) é partir do movimento feminista que questões sobre gênero ganham maior visibilidade através de teorias e conceitos, para o autor essa categoria passou a ser pensada pelas mulheres feministas sobre outro aspecto, o gênero tornou-se instrumento de análise para que se pudesse apontar as diferenças e hierarquias entre homens e mulheres, além de desnaturalizar os próprios gêneros das pessoas. Desse modo, como explica Louro (2014, p.26):

O conceito serve, assim, como uma ferramenta analítica que é, ao mesmo tempo, uma ferramenta política. Ao dirigir o foco para o caráter “fundamentalmente social”, não há contudo, a pretensão de negar que o gênero se constitui com ou sobre corpos sexuados, ou seja, não é negada a biologia, mas enfatizada, deliberadamente, a construção social e histórica produzida sobre essas características biológicas. (...) As justificativas para as desigualdades precisariam ser buscadas não nas diferenças biológicas (se é que essas podem ser compreendidas fora de sua constituição social), mas sim nos arranjos sociais, na história, nas condições de acesso aos recursos da sociedade, nas formas de representação (apud COLLING, 2018, p. 24).

Colling (2018) considera *queer* “como uma prática de vida que se coloca contra as normas socialmente aceitas” (2008, p. 24). Até pouco tempo atrás essa expressão era utilizada de forma pejorativa com o objetivo de insultar homossexuais nos Estados Unidos, até que passaram a positiva-lo dando novos significados a este termo.

Temos as contribuições importantes de Judith Butler nesse vasto campo de discussão de estudos *queer*. A autora que é uma das principais teóricas contemporâneas no campo do feminismo e teoria *queer* considera o gênero como uma

performatividade, para autora o gênero é culturalmente construído através de significados assumidos por corpos sexuados, conceituando ainda que gênero tem uma expressão diversa, flutuante, de modo a não se restringir a um binarismo (BUTLER, 2003).

O gênero trata-se de uma performance com consequências claramente punitivas, pois punições são exercidas àqueles que não desempenham corretamente o seu gênero. Como performance, a autora considera que o gênero requer repetições estilizadas de atos, sendo que “essa repetição é a um só tempo reencenação e nova experiência de um conjunto de significados já estabelecidos socialmente” (BUTLER, 2003, p. 200).

A autora realiza ainda uma discussão a respeito de sexo, onde conceitua-o como não sendo simplesmente aquilo que alguém tem ou uma descrição fixa daquilo que alguém é, segundo Butler “ele é uma das normas pelas quais o “alguém” simplesmente se torna viável, é aquilo que qualifica um corpo para a vida no interior do domínio da inteligibilidade cultural” (2000, p. 111).

No que diz respeito a inteligibilidade a autora supracitada considera que alguns tipos de “identidade de gênero” parecem como meras falhas do desenvolvimento ou até mesmo impossibilidades lógicas, justamente por não se conformarem as normas da inteligibilidade cultural. Gêneros inteligíveis “instituem e mantêm relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo” (BUTLER, 2003, p. 38). Um exemplo de sujeitos que fogem à regra da inteligibilidade cultural são os sujeitos não binários, que não convergem com essa linearidade e continuidade justamente por não obedecerem ao binarismo de gênero.

Se levarmos em consideração uma lógica da tradição ocidental moderna, um corpo que não se alinha a essa inteligibilidade não pode ser considerado como um sujeito. Existem normas que permitem enunciar o que são humanos e a partir dessas normas é conferida a possibilidade de ter o status de humano (VIANA; ALCANTARA, 2011).

Para Butler (2003) a partir dessa matriz excludente na qual são formados os sujeitos, exige a produção simultânea de um domínio de seres abjetos, aqueles que ainda não são considerados como sujeitos, dessa forma

O abjeto designa aqui precisamente aquelas zonas “inóspitas” e “inabitáveis” da vida social, que são, não obstante, densamente povoadas por aqueles que não gozam do status de sujeito, mas cujo habitar sob o signo do “inabitável” é necessário para que o domínio do sujeito seja circunscrito. (...) Neste sentido, pois, o sujeito é constituído através da força da exclusão e da abjeção, uma força que produz um exterior constitutivo relativamente ao

sujeito, um exterior abjeto que está, afinal, "dentro" do sujeito, como seu próprio e fundante repúdio (BUTLER, 2000, p. 112).

Para Porto (2016) esses corpos abjetos são uma exceção dentro e ao mesmo tempo, fora de uma cultura que ambiciona ser universal. O autor comenta que seres abjetos são excluídos não porque são vistos sem atributos, predicados, ou até mesmo por uma falha na sociedade, corpos abjetos são produzidos “para e a partir de objetivos políticos específicos” (2016, p.163).

Ter o “status” de humano significa dizer - mediante um discurso de racionalidade universal - que aquele corpo é inteligível, logo, aqueles que são considerados como “menos humanos” estão fora dessa inteligibilidade não podendo ter direitos ou até mesmo a possibilidade de posicionamento político. (VIANA; ALCANTARA, 2011).

Esses conceitos aliados à heteronormatividade presente na sociedade constituem formas de exclusão e apagamento das existências LGBTQIA+. Retomando ainda os pensamentos de Butler (2003) a autora fala sobre uma heterossexualidade compulsória onde sua instituição passar a exigir e regular gêneros como relação binária e termos como masculino e feminino diferenciam-se por meios de suas práticas do desejo heterossexual. “Essa concepção do gênero não só pressupõe uma relação causal entre sexo, gênero e desejo, mas sugere igualmente que o desejo reflete ou exprime o gênero, e que o gênero reflete ou exprime o desejo” (2003, p. 45).

Pode-se considerar então que em uma sociedade heteronormativa, corpos LGBTQIA+ são abjetos na medida em que suas relações entre gênero, sexo, práticas sexuais e desejo não seguem o que lhes é imposto, neste caso, como uma heterossexualidade compulsória.

4. CONCEITO, DESLOCAMENTOS E PRODUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

4.1 O Conceito de saúde

Nesta pesquisa é muito importante que se discorra sobre o conceito de saúde, sua concepção, deslocamentos e organização para que adentremos nas discussões sobre a produção de políticas em saúde destinadas à comunidade LGBTQ+. Será necessário também realizar uma pequena análise histórica dos movimentos sociais e políticos que foram responsáveis pelas grandes conquistas que temos hoje no âmbito da saúde pública brasileira, como a Reforma Sanitária, pedra basilar no que diz respeito ao movimento de democratização da saúde no Brasil (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

De acordo com Scliar (2007, p.30) o conceito de saúde está ligado à “conjuntura social, econômica, política e cultural” da sociedade. Este considera ainda que a depender da época, lugar e classe social além de valores individuais e saberes científicos, religiosos e filosóficos a saúde não representaria a mesma coisa para todas as pessoas. O autor Batistella (2007) complementa ao afirmar que “por envolver diferentes dimensões e aspectos constitutivos, torna-se bastante difícil uma definição de saúde” (2007, p.51).

Segundo Batistella (2007) durante muito tempo a saúde recebeu pouca atenção de filósofos e cientistas pois estes se mostravam mais interessados numa explicação do que seria a doença. Ao realizar uma análise histórica dos conceitos de saúde e doença, Scliar (2007) afirma que para os antigos hebreus este último representaria a cólera divina sobre os humanos, como punição por seus pecados por desobediência aos mandamentos divinos.

A partir de então conceitos como saúde e doença passaram a ter uma concepção mágico-religiosa durante muito tempo, ainda para o autor supracitado, a doença durante esse período da história seria o resultado “da ação de forças alheias ao organismo que neste se introduzem por causa do pecado ou de maldição” (2007, p.30).

O advento da modernidade é responsável pela mudança dessa concepção mágico-religiosa nos conceitos de saúde e doença e de acordo com Batistella (2007)

passa a ocorrer a substituição do poder religioso pelo saber médico. O autor comenta ainda que neste âmbito de mudanças estruturais os fenômenos são explicados pela racionalidade através de estudos baseados na observação e experiência desta, entendendo saúde como inexistência de alguma patologia.

Essa nova forma de conceber a doença serve como base para o surgimento do modelo biomédico, que seria caracterizado pela ênfase em aspectos biológicos, segmentação de sujeitos e abordagem mecanicista. E é através do surgimento da Organização Mundial da Saúde (OMS), que se observa uma tentativa de superar esta visão propagada pelas instituições médicas (BATISTELLA, 2007).

O conceito de saúde amplamente adotado no Brasil advém da OMS, instaurada no período pós Segunda Guerra Mundial, a OMS considera a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (OMS, 1946).

Este conceito embora válido por contrapor o modo biomédico suscitou algumas críticas quanto à sua própria definição desde o momento de sua concepção. Segundo Scliar (2007) o conceito de saúde da OMS recebeu críticas tanto técnicas como também políticas, as críticas de natureza técnicas consideraram a saúde como algo inatingível a partir desta visão, já as de ordem política levaram em conta as intervenções do Estado na vida dos cidadãos através do pretexto de promoção de saúde.

Ao analisarem estudos que abordam o conceito de saúde na Saúde Coletiva, Silva, Schraiber e Mota (2019) afirmam que a grande maioria dos estudos que discorrem sobre este conceito fundamentam-se ou recorrem ao postulado pela OMS. Para aos autores, o conceito dado pela Organização Mundial da Saúde é tido como um lema em alguns destes estudos,

Esse lema, se de um lado, busca oferecer uma alternativa à definição biomédica de ausência de doenças no corpo individual, de outro, carece de construção mais precisa do significado de bem-estar em seu caráter histórico-social, quer para compreender o bem-estar físico como parte da vida social, o psíquico como igualmente parte do social e o propriamente social (sempre relativizado por referência às distintas situações de classe) relativamente ao todo da vida em sociedade. (2019, p. 08)

O fato é que o conceito de saúde precisa ser discutido de modo que vá além de uma simples noção de bem-estar completo ou uma não doença. Segundo Costa e Bernardes (2012) saúde escapa a essa ordem de um discurso cientificista, desta

maneira entendendo-a “como potência de permanente invenção de modos de existência” (2012, p. 824).

4.2 A Reforma Sanitária Brasileira

Considerando isso é importante falar sobre a maneira de como essas discussões ganharam força no Brasil, onde pode-se considerar a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) como o movimento político responsável pela democratização da saúde no país (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014). Essas discussões sistematizadas por representações políticas, profissionais de saúde e a sociedade civil organizada foram responsáveis por difundir o conceito de saúde de forma ampliada.

A Reforma Sanitária, enquanto fenômeno histórico e social, poderia ser analisada como idéia-proposta-projeto-movimento-processo: idéia que se expressa em percepção, representação, pensamento inicial; proposta como conjunto articulado de princípios e proposições políticas; projeto enquanto síntese contraditória de políticas; movimento como articulação de práticas ideológicas, políticas e culturais; processo enquanto encadeamento de atos, em distintos momentos e espaços que realizam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas. (PAIM, 2008, p. 36)

A RSB foi um movimento social responsável por um quadro de mudanças que foram muito além de questões de saúde em si mesmas, esse movimento influenciado pelo conceito amplo em saúde “configurou-se como ação política concertada em torno de um projeto civilizatório de sociedade inclusiva, solidária, tendo a saúde como direito universal de cidadania” (SOUTO; OLIVEIRA, 2016, p 206).

Diante das transformações sociais e lutas promovidas tanto pelos profissionais como também movimentos comunitários em saúde esse movimento ganhou força no Brasil, juntamente com mobilizações pela redemocratização, pela constituinte e por eleições para presidente da república (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

O período anterior ao da RSB foi marcado pela exclusão de grande parte da população, pouca efetividade do modelo vigente de atenção e ênfase do setor privado no que diz respeito a prestação de serviços, sendo estes custeados pelo Estado (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Segundo Souto e Oliveira (2016) o movimento de Reforma Sanitária Brasileira surgiu como uma experiência contra hegemônica, indo na contramão de uma política neoliberal e de acordo com um projeto inclusivo de desenvolvimento.

Diante das mobilizações promovidos pela sociedade civil e profissionais em saúde, foram produzidos muitos debates e espaços de construção conjunta acerca do

direito à saúde (SOUTO; OLIVEIRA, 2016). Tudo isso culminou na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que assumiu uma visão ampla em saúde e compreendia a Reforma Sanitária como algo além de uma reforma administrativa e financeira (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

A conferência foi estruturada sobre três eixos: “saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde” (PAIM, 2008).

Segundo Paim (2008) as discussões propostas neste primeiro eixo foram responsáveis por defender a democratização da sociedade com o propósito de democratizar a saúde, questionar uma assistência social que era patrocinada pelo liberalismo e discutir também sobre cidadania no país. Além de versar sobre a criação dos movimentos sociais no âmbito da saúde, constituição do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), analisou-se ainda as desigualdades em condições de saúde e dificuldades no acesso aos serviços.

Já no segundo eixo de discussão analisou-se “aspectos estruturais da sociedade brasileira (capitalista, dependente e autoritária)” (PAIM, 2008, p. 108). Foi responsável por discutir também sobre a construção de um sistema unificado em saúde. O terceiro grande eixo discutido durante a conferência nacional segundo o autor supracitado, não contou com análises densas e tampouco contemplaram-se proposições bem estruturadas e fundamentadas.

Além desses temas centrais discutidos durante a conferência outras temáticas foram abordadas, para Paim (2008) com a conquista da democracia a opinião pública passou a ter uma maior atenção juntamente à mobilização da sociedade na defesa de seus direitos, ainda para o autor, a consciência do direito à saúde ia sendo propagada na medida em que a população passava a cobrar a sua garantia e a melhoria dos serviços. A partir dessas discussões houve a legitimação do projeto da RSB na 8ª Conferência Nacional de Saúde, sendo formalizado na Assembleia Constituinte.

4.3 O SUS e seu princípio de equidade.

A partir de então, segundo Lucchese (2004) com a promulgação da Constituição Federal de 1988, as políticas públicas em saúde passaram a orientar-se pelos princípios de universalidade e equidade no acesso a ações e serviços, apresentando um novo modelo de concepção em saúde.

Através da Constituição Federal as ações do Estado no âmbito da saúde foram organizadas pela concepção de seguridade social, composta pelas áreas de saúde, previdência e assistência social (WARGAS, 2004). Para a autora, a concepção de seguridade social está ligada “à universalização dos direitos sociais para o exercício pleno da cidadania.” (2004, p.12)

Juntamente a isso, a lei 8.080/1990 estabelece o SUS enquanto política que tem como princípios e diretrizes: Universalidade ao acesso em todos os níveis de assistência; Integralidade na assistência; Igualdade da assistência, sem preconceitos ou privilégios; Participação comunitária e descentralização político-administrativa (BRASIL, 1990)

Considerando esses princípios normativos que regem o Sistema Único de Saúde (e o público alvo da discussão desta pesquisa, a comunidade LGBTQIA+) faz-se necessário salientar um deles; O princípio de Equidade.

Segundo Mello et al (2011) a partir do princípio da equidade se é colocado em evidência a indispensabilidade de grupos distintos como mulheres, índios, crianças, idosos e a comunidade LGBTQIA+ possuem necessidades em saúde diferenciada de outros grupos, para esses autores essas necessidades demandariam de ações governamentais também diferenciadas.

O princípio de equidade se mostra então como uma das ferramentas para garantir justiça social no âmbito da saúde, de modo que as ações que são planejadas e estão alinhadas a este princípio atuam de acordo com as especificidades do sujeito que necessita do serviço. Segundo Lionço (2008) a ênfase em ações e políticas específicas é um recurso importante para inclusive efetivar o princípio de universalidade através da promoção de equidade.

No que diz respeito à comunidade LGBTQIA+ Lionço (2008) afirma que a atenção à saúde não deve limitar-se apenas a visão epidemiológica, principalmente devido aos poucos dados de pesquisas em saúde para essa população. A comunidade LGBTQIA+ é atravessada por diversas questões, o que demanda de uma atenção em saúde diferenciada, portanto “devem ser consideradas as condições e representações sociais associadas à população GLBT, compreendendo que os agravos à saúde desses segmentos populacionais estão, em grande parte, determinados socialmente” (2008, p. 13)

Ainda recorrendo à Lionço (2008) existe uma grande estigmatização e patologização das práticas não-heterossexuais, que acabam se tornando catalisadores de sofrimentos e de agravos à saúde da comunidade LGBTQIA+

Com isso queremos enfatizar que as necessidades em saúde, bem como os desafios que se colocam para a qualificação da atenção a essa população, dizem respeito não necessariamente a características intrínsecas a gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais, mas tão somente às consequências das representações e significações que recaem sobre suas práticas sexuais e modos de vida, enquanto desviantes em relação a um suposto padrão de normalidade ou 'saúde' implicado na heteronormatividade moralmente vigente. (2008, p. 13).

O princípio de equidade mostra-se como um conceito potente e de extrema relevância na garantia de direitos à essa comunidade, proporcionando discussões inovadoras e necessárias no âmbito da saúde e o mais importante, deixando de lado o discurso biomédico que, segundo Barros (2002) tenta a todo custo intensificar a divisão do sujeito em pedaços de modo que torna-se cada vez mais difícil a valorização do todo.

Diante ao apresentado até aqui farei a seguir uma breve linha do tempo de marcos importantes à comunidade LGBTQIA+ no âmbito da saúde, apresentando políticas e ações do Estado frente às demandas e necessidades nessa população. Para que no capítulo seguinte possamos fazer uma análise da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, analisando suas implicações e conquistas frente às demandas da comunidade.

4.4 As Políticas Públicas em saúde destinadas à comunidade LGBTQIA+.

As políticas públicas em saúde segundo Mello *et al* (2011) são ações governamentais que consideram uma gama de iniciativas voltadas para a formulação, implementação e avaliação de programas e ações de atenção à saúde e que contemplem os contextos econômicos, sociais, políticos e culturais em sua formulação.

As primeiras ações governamentais voltadas para a comunidade LGBTQIA+ nesse contexto em saúde remontam a década de 1980 durante a epidemia de HIV/AIDS que o país enfrentou. Segundo Feitosa (2019) o Estado brasileiro durante aquele período dava um grande passo ao se responsabilizar pela garantia de direitos da população LGBTQIA+, para o autor isso só foi possível graças ao protagonismo da sociedade civil organizada que ajudou a transferir essa responsabilidade ao poder público.

Por tal razão, o desenvolvimento das políticas públicas de direitos humanos de LGBT no Brasil é acompanhado por uma concepção participacionista que prevê a participação e o controle social como dimensões fundamentais para o bom desempenho, efetividade e alcance das políticas públicas executadas pelas instâncias governamentais (2019, p. 93).

Segundo Prado e Sousa (2017) a epidemia de AIDS trouxe para o campo das políticas públicas de saúde a homossexualidade como uma questão social e política, e devido ao fato da doença estar atrelada ao grupo de homossexuais masculinos em sua maioria, teve como resultado “um poder estigmatizador, no qual até hoje, o afastamento social desse grupo é visto como uma medida sanitária, surgindo então movimentos que afirmavam a necessidade de se tratar a doença e não a pessoa” (2017, p. 75).

Ainda para os autores, a partir dessa conjuntura abriu-se um espaço para que fosse construído o conceito que reverbera até hoje na comunidade LGBTQ+, o de grupo de risco para DST¹/AIDS, que deve ser combatido constantemente através de um cuidado integral em saúde (PRADO; SOUSA, 2017).

Já em 2004, segundo Mello et al (2011) temos um marco importante no que diz respeito as ações governamentais voltadas a promoção da cidadania da comunidade LGBTQ+ pois é lançado neste ano pelo Governo Federal o programa “Brasil sem Homofobia - Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual”. Prado e Sousa (2017) destacam o programa como uma política para “redução de vulnerabilidades advindas da sexualidade” (2017, p. 75).

O programa possui 53 ações onde 3 destas são voltadas para a saúde, sendo elas: A formalização do Comitê Técnico - Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais, do Ministério da Saúde, que possui o objetivo de estruturar uma Política Nacional de Saúde para essa população; A segunda ação é apoiar a implementação para produção de conhecimento científico sobre a saúde e outros aspectos da comunidade LGBTQ+; E por último, investir na formação, capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde no atendimento à essa população, garantindo dessa forma acesso igualitário, respeitando as diferenças e acolhendo as especificidades de saúde dessa população (BRASIL, 2004).

¹ Tomando como base a nomenclatura adotada pela OMS atualmente o Ministério da Saúde passa a utilizar o termo IST (Infecção Sexualmente Transmissível) ao se referir à HIV/Aids e outras infecções

Para Popadiuk; Oliveira e Signorelli (2017) o Comitê Técnico foi formalizado para promover a equidade em saúde dessa população, afim de enfrentar as iniquidades no que diz respeito à universalidade do acesso tanto nas ações como também aos serviços de saúde no SUS.

A elaboração do Programa Brasil sem Homofobia contou com a participação direta de representantes do segmento GLBT e, da mesma forma, garante-se, na sua implantação, a representação de tais segmentos, por meio de parcerias com suas lideranças, movimentos sociais e organizações da sociedade civil, viabilizando, assim, as ferramentas para o exercício do controle social no que se refere ao acompanhamento e avaliação das diferentes ações que integram o presente Programa (BRASIL, 2004, p. 27).

Outros programas e ações passaram a contemplar a comunidade LGBTQ+ em suas discussões. Segundo Popadiuk; Oliveira e Signorelli (2017) uma dessas iniciativas importantes voltadas a essa população foi a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde de 2006. Em seu texto a carta garante o direito ao acesso humanizado e acolhedor, livre de quaisquer tipos de discriminações sejam em virtude de raça, cor, gênero, orientação sexual, identidade de gênero e etc. Além de garantir o uso do nome social, independente de registro civil, sendo assegurado ao usuário o nome de sua preferência em qualquer serviço em saúde (BRASIL, 2006).

Já em junho de 2008 foi realizada em Brasília a 1ª Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, travestis e Transexuais, com o tema “Direitos humanos e políticas públicas: o caminho para garantir a cidadania de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais”. De acordo com Pereira (2016) conforme citado por Franco (2017, p. 09) essa conferência “representou um marco na elaboração e construção de políticas públicas em conjunto com a população LGBT fortalecendo a participação social dessa população” (2017, p. 09).

Como resultado dessa conferência, foi publicado em 2009 pelo Governo Federal o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNPCDH-LGBT) que em sua base possui “diretrizes e preceitos éticos e políticos que visam à garantia dos direitos e do exercício pleno da cidadania” (BRASIL, 2009. p. 09).

O PNPCDH-LGBT possui como objetivo geral orientar a construção de políticas públicas inclusivas e que combatam desigualdades na comunidade LGBTQIA+. Garantindo recortes importantes em sua implementação tais como “gênero, orientação sexual, raça/etnia, origem social, procedência, nacionalidade, atuação

profissional, religião, faixa etária, situação migratória, especificidades regionais e outros [...]” (BRASIL, 2009, p. 09).

O Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT em sua formulação está orientado nos seguintes princípios: igualdade e respeito à diversidade, equidade, laicidade do Estado, universalidade das políticas, justiça social, transparência dos atos públicos e participação e controle social (BRASIL, 2009).

Este documento apresenta 51 diretrizes e foi elaborado através de dois eixos estratégicos, sendo o Eixo estratégico I que diz respeito a “Promoção e socialização do conhecimento; formação de atores; defesa e proteção dos direitos; sensibilização e mobilização” e Eixo estratégico II que aborda a “Formulação e promoção da cooperação federativa; Articulação e fortalecimento de redes sociais; articulação com outros poderes; cooperação internacional; gestão da implantação sistêmica da política para LGBT.” (2009, p.20). No que diz respeito aos prazos que foram estabelecidos para a implementação dessas ações foram classificados em curto e médio prazo.

Para Mello, Avelar e Maroja (2012) este documento foi aguardado como o principal resultado da Conferência Nacional LGBT, sendo considerado um documento de referência no combate a homofobia e garantia de direitos.

Entretanto, segundo os autores, após a sua apresentação em Brasília o documento não foi disponibilizado e tampouco divulgado entre ativistas, gestores e população em geral, não sendo instituído pelo governo como decreto ou portaria e repetindo a informalidade que caracterizava também o Plano Brasil Sem Homofobia (MELLO; AVELAR & MAROJA, 2012).

Prado e Sousa (2017) afirmam que após uma maior abertura ao diálogo sobre questões LGBTQIA+ entre os representantes de movimentos sociais, academia e Estado houve a promulgação da portaria de nº 2.836 em 01 de dezembro de 2011, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

5. A POLITICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBT E A BUSCA POR UMA JUSTIÇA SOCIAL

Outro marco importante para a garantia do acesso à saúde e reconhecimento das demandas da comunidade LGBTQIA+ é o lançamento da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSILGBT), do Ministério da Saúde. A política foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde no ano de 2009 e instituída através da portaria nº 2.836 em 1º de dezembro de 2011. Trata-se de um documento norteador e que legitima as necessidades e especificidades dessa população conforme o princípio da equidade presente tanto na Constituição Federal como também na Carta de Usuários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

5.1 Documento de apresentação

O documento de apresentação da Política de Saúde Integral LGBT está constituído em 5 capítulos, onde em sua introdução o documento ressalta o compromisso do Ministério da Saúde na redução de desigualdades, preconceitos e discriminações e reafirma o empenho do Sistema Único de Saúde com a universalidade, integralidade e com a participação social através da articulação de ações e programas a serem implementados em todas as esferas da gestão do SUS.

O segundo capítulo relata movimentos históricos que foram responsáveis pelo direcionamento do olhar do Estado a uma maior atenção a essa comunidade. Perpassando a epidemia de HIV/Aids na década de 80, até a aproximação de mulheres à causa junto ao movimento feminista que acabaram por ampliar as discussões neste ambiente. O capítulo também aborda de modo breve os primeiros programas e ações que surgiram diante esse contexto de lutas e conquistas de direitos.

O terceiro capítulo traz discussões a respeito de gênero e orientação sexual como determinantes sociais de saúde para a comunidade LGBTQIA+, reconhecendo que toda forma de discriminação incide diretamente na saúde dessa população, pois estão imbricadas em preconceitos como machismo, racismo e misoginia. Além de abordar temas como saúde mental de travestis e transexuais o capítulo aborda o uso indiscriminado de hormônios por parte dessa população, o desrespeito ao uso do nome social e a pouca experiência dos serviços em saúde em lidar com a transexualidade feminina, agravando o sofrimento dessas pessoas.

O quarto capítulo apresenta o documento oficial, trazendo sua fundamentação legal incluindo os princípios presentes na Constituição Federal de 1988 que asseguram essa política e são responsáveis por garantir cidadania e dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988, art. 1.º, inc. II e III), sendo estes logo em seguida reforçados pelos princípios constitucionais do SUS. Neste capítulo também é apresentada a Portaria nº2.836, de 1º de dezembro de 2011 que institui e regulamenta a política no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O quinto capítulo do documento traz o Plano Operativo da Política Nacional que evidencia estratégias em todas as esferas governamentais neste processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde. Através da transversalidade no desenvolvimento de ações este plano está sustentado em 4 eixos estratégicos: “Eixo 1: Acesso da população LGBT à Atenção Integral à Saúde”; “Eixo 2: Ações de Promoção e Vigilância em Saúde para a população LGBT”; “Eixo 3: Educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT”; “Eixo 4: Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT” (BRASIL, 2013, p. 30).

5.2 A política como ferramenta de superação de iniquidades e desigualdades em saúde

Abrindo espaço para novas discussões e propondo pequenas e grandes revoluções nos modos de pensar o cuidado para a comunidade LGBTQIA+, a política é um documento que busca o compromisso ético-político para todas as instâncias do SUS assim como gestores, conselheiros, técnicos e trabalhadores de saúde (BRASIL, 2013).

De acordo com Guimarães *et al* (2017) o objetivo desta política é promover tanto a saúde integral dessa população como também eliminar a discriminação e

preconceito institucional, de modo a reduzir as desigualdades e consolidar o SUS como um sistema universal, integral e equitativo.

A PNSILGBT passa a reconhecer todas as formas de discriminação como um agravante à saúde da comunidade, de modo que “todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias que compreendem lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença” (BRASIL, 2013, p. 13).

A Política parte do reconhecimento da existência dos efeitos perversos dos processos de discriminação e de exclusão sobre a saúde da população LGBT e, visando a sua superação, orienta-se para a promoção da equidade em saúde. Destaca, ainda, que a orientação sexual e a identidade de gênero são reconhecidas pelo Ministério da Saúde como determinantes e condicionantes da situação, na medida em que a intolerância, o estigma e a exclusão social relacionadas à diversidade sexual são geradoras de sofrimento e limitadoras do acesso da população LGBT aos cuidados de saúde (FERRAZ; KRAICZYK, 2010, p. 77).

Segundo Ferraz e Kraiczky (2010) esta política está fundamentada em ações transversais nos mais diversos segmentos da política de saúde, de modo que passou-se a incluir a atenção integral à esta população na formação permanente dos trabalhadores do SUS, como também “a inclusão de quesitos orientação sexual, identidade de gênero e étnico-racial nos documentos de notificação de violência da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)” (2010, p. 77).

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, surge como uma resposta do Estado às condições de saúde de uma comunidade que ainda não havia tido suas necessidades e especificidades atendidas e até mesmo reconhecidas pelo SUS (FERRAZ; KRAICZYK, 2010).

Esta política inaugura uma nova forma de enxergar demandas e especificidades, passando a considerar tanto orientação sexual como também gênero na determinação social de saúde da comunidade LGBTQIA+, compreendendo ainda a dinamicidade do processo saúde-doença de pessoas e também do coletivo, a política passa a admitir que “a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura interferem, diretamente, na qualidade de vida e de saúde” (BRASIL, 2013, p.13). Dá-se então um grande passo no que diz respeito ao reconhecimento do contexto social como um dos fatores determinantes no processo saúde-doença da comunidade LGBTQIA+.

Através da política nota-se uma tentativa por parte do Governo Federal em entender e acolher a diversidade que constitui a comunidade LGBTQIA+, para Brasil *et al* (2017) entender a diversidade humana é perceber que existem minorias que são por vezes esquecidas ou deixadas em segundo plano diante às ações de órgãos públicos. Ainda corroborando com os autores “faz-se necessária a criação de mecanismos que tentem suprir as dívidas históricas entre o Estado e determinados grupos sociais” (2017, p. 04). Logo, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT mostrou-se como um importante mecanismo na busca da superação de iniquidades e desigualdades em saúde.

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT se encontra como um documento do Ministério da Saúde e, também, da sociedade como um todo, que vem viabilizar, teoricamente, a assistência em saúde pautada em um paradigma libertador e emancipatório como necessidade básica dos seres humanos, sujeitos implicados no cuidado (BRASIL *et al*, 2017, p. 09).

O documento ressalta ainda discussões extremamente pertinentes como a indispensabilidade em garantir a saúde mental da comunidade LGBTQIA+, a necessidade em ampliar o acesso ao processo transexualizador já instituído pelo SUS e “a necessidade de fomento às ações de saúde que visem à superação do preconceito e da discriminação, por meio da mudança de valores, baseada no respeito às diferenças” (BRASIL, 2013, p. 19).

O combate ao preconceito e discriminação institucional se mostra como um desafio para a política, a mesma considera a reestruturação de serviços, rotinas e procedimentos como facilmente superados em contrapartida ao que se espera sobre o respeito às singularidades que requer mudanças tanto do individual como também do coletivo para que isso aconteça (BRASIL, 2013).

Com base na análise dessa política governamental, percebe-se que sua gênese situa-se além de questões que norteiam as ações de saúde ou de atendimento a essa população. Pode-se afirmar que sua consequência mais significativa está na transformação do imaginário social, na superação dos preconceitos que permeiam a vida e as relações sociais e que se abatem marcadamente sobre esse público (SANTOS *et al*, p. 405).

Além de ações que visem o combate ao preconceito e discriminação tanto institucional como também na sociedade em geral, a PNSILGBT aborda em seus objetivos ações de extrema importância destinadas principalmente à população de travestis e transexuais, tais como: redução de danos devido ao uso excessivo de medicamentos, drogas e outros fármacos; redução de riscos e maior atenção a problemas decorrentes do uso de hormônios femininos e masculinos; garantia de

nome social em todo o âmbito do SUS; inclusão de ações educativas nos serviços de saúde voltadas para a promoção da autoestima dessa população e ampliação do acesso ao processo transexualizador (BRASIL, 2013).

Como mencionado no primeiro tópico deste capítulo, o documento de apresentação da PNSILGBT nos apresenta o Plano Operativo que encontra-se estruturado em quatro eixos estratégicos, esses eixos incluem ações que tem por objetivo agir diretamente nos diferentes condicionantes e determinantes que servem de sustentação às desigualdades sociais em saúde que recaem sobre a comunidade LGBTQIA+ (BRASIL, 2013).

No eixo 1, é abordado o **Acesso da população LGBT à Atenção Integral à Saúde**. Este eixo versa sobre a adoção tanto de mecanismos gerenciais como também de planejamento para a promoção de equidade em saúde dos grupos em situação de vulnerabilidade, assim como objetiva instituir espaços de promoção de equidade em saúde. As ações propostas neste eixo referem-se à qualificação do atendimento à população LGBTQIA+, garantindo assim a integralidade da atenção. E a ampliação do Processo Transexualizador (BRASIL, 2013).

O eixo 2, trata-se das **Ações de Promoção e Vigilância em Saúde para a população LGBT**. Aqui é abordada a questão de um maior aperfeiçoamento dos instrumentos que serão utilizados na vigilância em saúde, incluindo orientação sexual, identidade de gênero e o desenvolvimento de estratégias que qualifiquem as informações em saúde, passando a incluir o recorte étnico-racial e territorial, definindo prioridades e tomadas de decisões. Desse modo, o eixo propõe ações que qualifiquem os indicadores em saúde, considerando tanto a PNSILGBT como também as políticas de saúde. E também maior visibilidade à violência sofrida pela comunidade LGBTQIA+, através da qualificação da violência pela condição de orientação sexual e identidade de gênero (BRASIL, 2013).

Estão presentes no eixo 3 as ações destinadas a **Educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT**. Ao longo desta pesquisa será discutido que um grande entrave no acesso aos serviços de saúde por parte da comunidade LGBTQIA+ está presente na postura dos profissionais diante dessa população.

Esse eixo visa garantir a educação em saúde para gestores(as) e profissionais de saúde, voltadas para o tema do enfrentamento às

discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor, etnia e território e das especificidades em saúde da população LGBT (BRASIL, 2013, p. 29-30).

Dentre as ações que versam sobre essa educação estão a inserção das temáticas de saúde da comunidade LGBTQIA+ nos processos de educação permanente; produção de materiais educativos destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde LGBTQIA+; investimento em pesquisas com foco em prioridades em saúde dessa comunidade; inserção da temática LGBTQIA+ em módulos de educação à distância (EAD) em cursos de formação de profissionais de saúde; inserção da mesma temática em cursos EAD para conselheiros(as) de saúde e lideranças sociais; garantir que programas destinados à educação de profissionais de saúde passem a considerar as questões da política (BRASIL, 2013).

No 4º e último eixo do Plano Operativo da PNSILGBT aborda-se sobre o **Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT**. Esse monitoramento e avaliação deverão ocorrer baseado nas ações que foram propostas nos eixos anteriores, devendo considerar as prioridades e as metas de Planos Estaduais e Municipais de Saúde. “Os indicadores de monitoramento e avaliação devem estar baseados na morbimortalidade e no acesso destas populações à atenção integral à saúde” (BRASIL, 2013, p. 30).

A partir dessas ações podemos notar que houve de fato um certo empenho do Estado em garantir o acesso à saúde e combater o preconceito e discriminação sofridos pela comunidade LGBTQIA+. Diante das ações propostas e articuladas, a PNSILGBT mostra-se como ferramenta potente para a promoção de equidade, diminuindo assim as desigualdades e iniquidades em saúde. Entretanto, segundo Guimarães *et al* (2017) ainda existe um certo distanciamento entre as ações planejadas e a execução destas, para os autores isso se dá pelo fato de que existem aspectos enraizados em nossa sociedade que são atravessados por uma construção sócio-histórica cristã, patriarcal e sexista.

5.3 Desafios a serem superados pela Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

Segundo Santos *et al* “a discriminação por orientação sexual é um fato que se manifesta em vários espaços da sociedade, coexistindo de maneira institucional nos lugares de produção do cuidado” (2017, p. 407). As discussões a respeito de políticas públicas em saúde voltadas à comunidade LGBTQIA+ majoritariamente perpassam

por discussões a respeito de preconceitos e discriminações, de modo que esses assuntos se tornam intrínsecos quando se fala sobre essa população.

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT em sua gênese objetiva a diminuição de iniquidades e desigualdades em saúde muitas vezes causadas por preconceitos e discriminações por orientação sexual e identidade de gênero já citados anteriormente, entretanto, existem entraves que não permitem que isso aconteça como deveria, entraves esses que estão enraizados em nossa sociedade e refletem a maneira como profissionais e até mesmo usuários do SUS enxergam a população LGBTQIA+.

Ainda recorrendo aos autores Santos et al (2017) estes afirmam que o atendimento à essa comunidade em serviços de saúde está atravessado por dilemas socioculturais, onde a relação profissional-usuário evidencia este encontro de mundos distintos. Por vezes o profissional tem sua atuação moldada na heteronormatividade, apresentando-se assim como um dos fatores limitantes de uma atenção que se pretende ser de qualidade, para os autores isso pode ser associado inclusive ao adoecimento da comunidade servindo também como disparadores de conflitos éticos na relação mencionada.

Perceber e aceitar o diferente causa certa desestabilização nas ideias das pessoas, em especial quando se está engessado por padrões culturais e sociais sem a preocupação de lançar o olhar ao novo ou simplesmente ao que se considera diferente (SANTOS et al, 2017, p. 406).

Segundo Mello et al (2011) um dos temas mais recorrentes em planos, programas e ações que apresentam diretrizes, objetivos e metas para políticas públicas em saúde destinadas à essa população é a sensibilização de profissionais de saúde, para que seus atendimentos não sejam discriminatórios à comunidade LGBTQIA+. Ainda para os autores supracitados “os problemas enfrentados pela população LGBT no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde são ainda mais dramáticos nos casos de travestis e transexuais” (2011, p. 21).

Para Simpson (2015) termos como travestilidade e transexualidade foram criados a partir do movimento social organizado de modo a afirmar que as questões dessa população dizem respeito a uma questão de identidade e modos de viver.

Diante disso, Mello et al (2011) considera que o preconceito e discriminação direcionado a esses grupos populacionais ocorrem não somente pela reivindicação de atendimento especializado à demandas específicas como alterações corporais, por exemplo, mas também pela intensidade da homofobia que incide sobre eles “especialmente quando também são discriminados a partir de outros marcadores

sociais, como níveis de renda e de escolaridade, raça/cor e aparência física, entre outros” (2011, p. 21).

Considerando ainda esses marcadores sociais que de forma imbricada à homofobia perpetuam atitudes preconceituosas e discriminatórias por parte dos profissionais de saúde, Nogueira e Aragão (2019) comentam sobre a necessidade de se realizar um trabalho “ético-estético” na saúde. Para os autores, este trabalho seria “apartado de juízos de valor, comprometido com a supressão do preconceito, discriminação e violência (inclusive institucional), bem como de um posicionamento contrário à violação dos direitos humanos” (2019, p. 469).

Os autores Mello et al (2011) comentam ainda que essas mudanças não são simples e parecem ainda não ocorrer na velocidade desejada pelos usuários que buscam os serviços. De modo que não havendo esse tipo de mudança, continuarão a existir barreiras simbólicas, morais e também estéticas que acabam por impedir o acesso da comunidade LGBTQ+ aos serviços de saúde que pretendem ser livres de qualquer tipo de preconceito ou discriminação.

Essas barreiras se mostram através de ações discriminatórias dos profissionais de saúde para com os usuários que buscam o serviço, principalmente quando o sujeito que busca é uma travesti ou transexual. Nogueira e Aragão (2019) Consideram que os plantões cansativos acabam por engessar os modos de atuação desses trabalhadores, junto a processo de formação na saúde que acaba deixando a desejar quando faz pouco caso no que diz respeito a promoção de sensibilidade e senso de corresponsabilização durante a graduação.

Ainda para os autores, os juízos de valor dos profissionais acabam por prejudicar e até mesmo ocasionar o distanciamento dessa população aos serviços de saúde, impedindo que tanto o acolhimento como também o processo de cuidado ocorra com esse usuário (NOGUEIRA; ARAGÃO, 2019).

Logo, torna-se imperativo que haja uma maior aproximação dos agentes de saúde com as questões e demandas da comunidade LGBTQIA+ para que assim possam oferecer um serviço de qualidade, primando pelos princípios constitutivos do SUS.

Entretanto, Nogueira e Aragão (2019) ao realizarem entrevistas com profissionais de saúde e também com usuárias dos serviços puderam constatar através de seus discursos o desconhecimento da existência da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, segundo os autores os profissionais desconheciam também “direitos

garantidos a esse público por meio dessa e de outras políticas no que diz respeito à saúde” (2019, p.465).

Nos relatos/falas de todos os trabalhadores entrevistados, constatou-se a pouca importância dada às necessidades de saúde específicas do grupo quando esses prestadores de assistência diziam tratar a todos os pacientes da instituição sem qualquer distinção e entender que a política fora criada com esse intuito (NOGUEIRA; ARAGÃO, 2019, p.466).

A efetivação da PNSILGBT juntamente a ações que promovam um atendimento humanizado tornam-se então urgentes e necessárias em serviços de saúde pois através do vínculo entre profissional-usuário, poderá estabelecer-se uma relação de confiança onde as demandas deste último serão de fato atendidas.

Nogueira e Aragão (2019) acreditam que sensibilidade e empatia influenciam diretamente no estabelecimento desse vínculo, profissionais sensíveis e mais empáticos passam a contribuir tanto para o reconhecimento como também para a garantia de direitos desses sujeitos, promovendo sua cidadania, exercendo a produção de saúde e conseguindo ampliar o acesso aos dispositivos disponíveis a este e a todos os usuários.

Dessa maneira, o olhar diferenciado para o processo de formação dos agentes de saúde assim como a garantia de uma formação comprometida com humanização e acolhimento por partes dos profissionais podem ser transformadores no que diz respeito ao atendimento da comunidade (NOGUEIRA; ARAGÃO, 2019).

Mello et al (2012) ao realizarem uma análise sobre as políticas públicas destinadas à comunidade LGBTQIA+ questionam qual seria o “grande culpado” e responsável pela falta de efetividade de planos e programas, o autor parte de uma perspectiva mais jurídica e menos político-social e afirma que o culpado é justamente “o caráter meramente programático dos dispositivos que os compõem.” (p. 292). Segundo o autor, não basta o comando ser válido e eficaz se ele não é efetivo.

Outro ponto relevante que se mostra como um entrave no que diz respeito a efetivação de políticas públicas em saúde é a questão orçamentária. A Comunidade LGBTQIA+ sempre reivindicou um maior repasse de recursos para ações integrais em saúde, entretanto, segundo Mello et al (2011) ainda são escassos os recursos destinados a esse tipo de ação, diferente do que tradicionalmente é destinado ao combate e prevenção de HIV/Aids. Ainda para os autores

As propostas de combate à homofobia e de promoção da cidadania da população LGBT, inclusive no âmbito da saúde, configuram-se até o momento como um conjunto de boas intenções, difícil, porém, de ser

implementado de maneira mais substantiva a curto ou médio prazo. (2011, p.23).

Além dos poucos recursos destinados a efetivação de planos e ações governamentais à essa população, Mello et al (2011) comentam que outros fatores dificultam também a implementação de políticas de saúde para comunidade LGBTQIA+ citando como exemplo a homofobia institucional e embates entre as esferas federais, estaduais e municipais.

Os autores ressaltam ainda a importância do fortalecimento do diálogo entre essas esferas de poder de modo que a partir dessa abertura formulem políticas que sejam intersetoriais, transversais e continuadas (MELLO et al, 2011).

Uma questão que também pode ser considerada como um desafio para a efetivação tanto da PNSILGBT como também de outras políticas públicas que combatam preconceitos e discriminações e promovam cidadania à comunidade, está ligada a ausência de um arcabouço jurídico explícito que dê legitimidade a formulação e implementação de políticas públicas, como apontam os autores Mello et al (2011).

Os autores supracitados ao realizarem uma série de entrevistas com gestoras públicas e ativistas do movimento LGBTQIA+ afim de analisarem a formulação e implementação de políticas públicas de combate à homofobia e promoção de cidadania, puderam constatar o seguinte:

Os documentos que prevêm ações e programas direcionados à população LGBT, nos três níveis de governo, geralmente assumem a forma de atos normativos secundários, oriundos do Poder Executivo – decretos, portarias, resoluções, recomendações e instruções –, dotados de menor “força” normativa, quando comparados a leis, ou mesmo de nenhum caráter normativo, quando não passam de documentos divulgados de maneira absolutamente informal, como foi o caso do Brasil sem Homofobia e do Plano Nacional LGBT, por mais que resultem de demandas e pressões de grupos da sociedade civil (2011, p. 423).

Mello et al (2011) ainda complementam que devido a essa dificuldade em assegurar efetividade dos atos normativos secundários surge uma insegurança jurídica quanto a sua implementação, pois esses documentos acabam ficando na mão do governante da vez que pode revoga-lo à sua vontade. Nessas circunstâncias as políticas públicas de saúde destinadas a comunidade LGBTQIA+ ficam à mercê de cada gestão escolhida para comandar o país.

Os estados e municípios são de grande importância para a efetivação dessa política, segundo Souza e Helal (2016) é a partir dessas esferas de poder que a implementação dessa e de novas políticas podem acontecer, entretanto os autores

consideram que a implementação de políticas públicas nas esferas municipais e estaduais seria o “elo perdido nas discussões sobre a eficiência e a eficácia da ação governamental” (2016, p. 241).

Segundo Laurentino (2015) quando as mudanças de gestão ocorrem, as políticas que por vezes estão em momentos fragilizáveis são deixadas de lado ou reiniciam seu ciclo de execução, fazendo com o que o que foi trabalhado anteriormente se perca, o que acaba por evidenciar uma falta de memória em relação à saúde LGBTQ+ e a construção de uma política.

Quando uma política consegue ultrapassar mandatos como no caso de políticas de saúde para mulheres, população negra e a prevenção ao HIV/Aids os pactos institucionais anteriormente realizados, sejam estes governamentais ou ainda realizados no conjunto da sociedade, mostram-se fortes e perenes (LAURENTINO, 2015).

O autor ainda evidência a necessidade de uma mudança interna no próprio Ministério da Saúde, de modo que este passe a observar as questões em saúde de modo mais fluído e não engessado, ainda para Laurentino, demandas e recursos precisam se intercomunicar para que a saúde torne-se cada vez mais universal, integral e equitativa (LAURENTINO, 2015).

Muitos são os desafios a serem superados pela Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Desafios estes que perpassam desde o imaginário social, valores individuais e coletivos até chegar em questões jurídicas e orçamentárias. Além de reconhecer desafios é preciso legitimar também a importância da PNSILGBT no âmbito da justiça social, que promoveu grandes mudanças na forma como os serviços em saúde encaravam as questões dessa comunidade, de modo que desde sua concepção essa política passou a ir muito além daquilo que se propunha (NOGUEIRA; ARAGÃO, 2019).

Diante disso, Mello et al (2011) consideram que a construção de uma política de saúde integral para a comunidade LGBTQIA+ enfrenta ainda os mesmos desafios das ações voltadas para o conjunto da população em geral, ao passo “que se vê marcado pelas dificuldades inerentes à criação de uma política pública que reconheça as especificidades das demandas de distintos segmentos marginalizados socialmente” (2011, p. 23).

Retomando os pensamentos de Porto (2016) e Butler (2003) sobre corpos abjetos vale ressaltar a inabilidade dos atuais representantes do governo federal em promover

espaços de discussões que envolvam as questões de saúde LGBTQIA+ e até mesmo a objeção em admitir que esses sujeitos de fato existem, partindo do conceito de corpos abjetos discutido pelos autores mencionados, o atual governo reluta em dar o status de humano à esses sujeitos, precarizando sua assistência a saúde, produção de cuidado e até mesmo ignorando suas mortes. Segundo Porto (2016) a abjeção amplia-se para além do indivíduo e “toma corpo na dimensão política” (2016, p. 161).

Tem-se hoje um presidente da república abertamente preconceituoso e que prioriza evidenciar questões religiosas em detrimento de pautas importantes como saúde pública. A saúde da comunidade LGBTQIA+ passa a ser menosprezada assim como a sua própria existência. Mello et al (2012) já comentavam que, no que diz respeito à implementação de ações relativas à comunidade LGBTQIA+

caso o fundamentalismo religioso não se encaeste de vez na estrutura do Estado, a tendência é que, a médio e longo prazos, na esfera de competência que é própria ao Poder Executivo, consiga-se superar as resistências homofóbicas institucionais, a inexperiência na execução de políticas transversais e intersetoriais relativas a gênero e direitos sexuais e as carências orçamentárias. (2012, p 309).

Não foi o que aconteceu, temos as instancias federais enredadas em um fundamentalismo religioso que serve como ferramenta de exclusão, preconceito e discriminação. Isso mostra o grande desafio que se tem pela frente ao pensar em garantia de direitos, reconhecimento de existências e visibilidade destas como humanas. Pois segundo Porto (2016) “para que os grupos, com seus corpos passíveis de vidas que importam, sustentem suas vidas frágeis e suas identidades enganosas, torna-se necessário que expulsem e neguem os grupos com seus corpos abjetos.” (2016, p. 161).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa mostrou-se como um grande desafio para mim, primeiro por ser meu primeiro contato com uma pesquisa acadêmica mais embasada, rigorosa e extensa. Segundo por abordar um tema tão importante e ao mesmo tempo delicado como esse, existem questões em cada linha deste trajeto que me atravessam profundamente, como homem gay, versar sobre problemáticas que abordam toda a diversidade da comunidade LGBTQIA+ foi algo difícil de se fazer, porém prazeroso.

Ao escolher a equidade e a condição de possibilidade de sua efetivação nas políticas públicas destinadas à comunidade LGBTQIA+ como objetivo geral dessa pesquisa, parti do princípio de que este é um dos princípios doutrinários do SUS mais importantes no combate ao preconceito e discriminação, algo que é fundamental para que se efetivem os demais princípios, considerando ainda que todos tem seu grau de importância na promoção, prevenção e recuperação da saúde. Pois segundo Brasil et al (2017) “um princípio doutrinário coexiste com os outros dois, isto é, não se pode alcançar a integralidade em detrimento da equidade e da universalidade.” (2017, p. 07).

Descrever mesmo que de modo breve as políticas públicas de saúde existentes para a comunidade possibilitaram que eu entrasse em contato com um passado de lutas, conquistas de direitos e efervescência de movimentos sociais organizados que foram responsáveis pelos avanços que temos hoje no âmbito das políticas públicas em saúde.

Ao passo em que problematizar o que é apontado como demanda por essas políticas públicas, suas aproximações e distanciamentos frente à comunidade LGBTQIA+ fez perceber o quanto ainda temos que lutar por uma maior efetivação de direitos, mesmo que estes sejam preconizados pelo nosso Sistema Único de Saúde. Como bem diz Mello et al (2012) “de nada adianta, portanto, o comando existir, ser

válido e eficaz, se ele não é efetivo. Não basta valer, tem que conseguir “fazer valer” (2012, p. 292).

Escolher a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Travestis e Transexuais como principal objeto analítico dessa pesquisa foi algo muito acertado. Através dessa escolha e do processo de escrita passei a conhecer mais essa política que é fortemente progressista em meio a um atual ambiente político tão conservador. Entretanto, anda são poucos os estudos que realizam uma análise mais aprofundada da mesma. De todo modo, as ações que esta política dispõe em sua formulação, assim como o reconhecimento de que gênero e orientação sexual incidem na determinação social da saúde de LGBTQIA+ são muito importantes nessa luta contra o preconceito e discriminação.

A metodologia utilizada durante esse processo facilitou também a construção deste trabalho, neste contexto de pandemia que vivemos atualmente onde o contato com outros sujeitos se torna limitado e o tempo de produção ficou menor, a análise documental contribuiu para que a pesquisa fosse realizada a tempo.

Ainda há muito o que se discutir quanto à saúde da comunidade LGBTQIA+ e políticas públicas, o campo da saúde é vasto e quando ligado a diversidade desses sujeitos se torna uma discussão ainda maior. Logo, esta pesquisa é apenas o primeiro passo no meu caminhar acadêmico que não se finda agora, pelo contrário, inicia-se.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABGLT – Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. **Manual de comunicação LGBT**. Disponível em: <<https://www.grupodignidade.org.br/wp-content/uploads/2018/05/manual-comunicacao-LGBTI.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2020
- ARAN, Márcia; MURTA, Daniela; LIONCO, Tatiana. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 4, p. 1141-1149, Aug. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400020&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400020>.
- ARAUJO, Maria Alix Leite de et al . Relação usuária-profissional de saúde: experiência de uma mulher homossexual em uma unidade de saúde de referência de Fortaleza. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 2, p. 323-327, Aug. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000200022&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000200022>.
- BARROS, José Augusto C.. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. **Saude soc.**, São Paulo , v. 11, n. 1, p. 67-84, July 2002. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100008&lng=en&nrm=iso>. access on 25 out. 2020.
- BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. (Coleção

Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 1). p. 51-86.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Título VIII – Da Ordem Social, Seção II – Da Saúde – artigo 196-200, 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

_____. 2004. **Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual**. Brasília:

Ministério da Saúde. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf acessado em 06 maio 2020

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em:

<<https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/cartaaosusuarios02.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2020

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT**. Brasília, 2009. Disponível em:

<<https://bibliotecadigital.seplan.planejamento.gov.br/bitstream/handle/123456789/1006/planolgbt.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 15 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas,**

Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf> Acesso em: 25. nov. 2020

BRASIL et al. Política Nacional de Saúde Integral LGBT: um estudo reflexivo sob a perspectiva dos princípios doutrinários do SUS. Rio de Janeiro: Revista Rede de Cuidados em Saúde, 2017. Disponível em: <

<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/4126/2353>>. Acesso em 14. out. 2019.

BORTOLETTO, Guilherme Engelman. **LGBTQIA+: identidade e alteridade na comunidade**. 2019. 32f. Trabalho de Conclusão de Curso. Pós-graduação em Gestão de Produção Cultural. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

- BUTLER, J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do "sexo". In LOURO, Guacira L. **O corpo educado**: pedagogias da sexualidade. Trad. por Tomaz Tadeu da Silva. 2ª ed. Belo Horizonte, Autêntica. 2000.
- CARDOSO, Michelle Rodrigues; FERRO, Luís Felipe. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 32, n. 3, p. 552-563, 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000300003&lng=en&nrm=iso>. access on 11 May 2020.
- COSTA, Márcio Luis; BERNARDES, Anita Guazzelli. Produção de saúde como afirmação de vida. **Saude soc.**, São Paulo , v. 21, n. 4, p. 822-835, Dec. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 out. 2020.
- COLLING, Leandro. Gênero e sexualidade na atualidade / Leandro Colling. - Salvador: UFBA, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências; Superintendência de Educação a Distância, 2018. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/430946/2/eBook_%20Genero_e_Sexualidade_na_Atualidade_UFBA.pdf> Acesso em: 16.nov.2020.
- FEITOSA, Cleyton. Políticas públicas LGBT no Brasil: um estudo sobre o Centro Estadual de Combate à Homofobia de Pernambuco. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)**, Rio de Janeiro , n. 32, p. 90-118, ago. 2019 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872019000200090&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 maio 2020.
- Ferraz D, Kraiczky J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde - construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Rev Psicol Unesp* 2017; 9(1):70-82. Disponível em <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/genero_e_saude_2.pdf> Acesso em: 14. Out. 2020
- FRANCO, Lucas Nascimento. Políticas públicas no Brasil voltadas para a população LGBT: reflexos que o Movimento enfrenta com relação à sociedade civil. 2017. 29 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Relações Internacionais) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.
- GUIMARÃES, R.C.P, et al. Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde? *Tempus*. 2017;

11(1):121-39. Disponível em <

<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2327/1754>> Acesso em: 25. nov. 2020.

LAURNTINO, 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]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12194/2/Arnaldo_Laurentino_EPSJV_Mestrado_2015.pdf > Acesso em: 06.nov.2020

LIONCO, Tatiana. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saude soc.**, São Paulo , v. 17, n. 2, p. 11-21, June 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200003&lng=en&nrm=iso>. access on 29 out. 2020

LUCCHESI, Patrícia T. R. (Coord.) **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo, SP: BIREME/OPAS/OMS, 2004. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Politicass_publicas.pdf>: Acesso em: 21 out. 2020.

MACHADO, C. V; LIMA, L. D. de; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2017, v. 33, n. Supl 2 [Acessado 25. Out. 2020]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>>.

MELLO, Luiz et al . Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)**, Rio de Janeiro , n. 9, p. 7-28, dez. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872011000400002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 maio 2020.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872011000400002>

MELLO, Luiz; AVELAR, Rezende Bruno de; MAROJA, Daniela. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. **Soc. estado.**, Brasília , v. 27, n. 2, p. 289-312, Aug. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)** - 1946. Disponível em:

<<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswwho.html>>. Acesso em: 28 março 2020.

NOGUEIRA, F.J.S.; ARAGÃO, T.A.P. Política Nacional de Saúde Integral LGBT: O que Ocorre na Prática Sob o Prisma de Usuários (as) e Profissionais de Saúde. *Saúde e Pesquisa*, Maringá (PR). v. 12, n. 3, p. 463-470, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/7220>> Acesso em: 06. nov. 2020

PAIM, Jairnilson. Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA. Rio de Janeiro: **FioCruz**, 2008. 356 p. ISBN: 978-85-232-0529-4. Disponível em

<<http://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2020

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de (orgs.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1.ed.2014. Medbook, Rio de Janeiro: 720pp.

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. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1509-1520, May 2017 .

Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501509&lng=en&nrm=iso>. access on 08 May 2020.

PORTO, Tiago da Silva. A incômoda performatividade dos corpos abjetos. **Ide (São Paulo)**, São Paulo , v. 39, n. 62, p. 157-166, ago. 2016 . Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31062016000200012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 16 nov. 2020.

PRADO, Elizabeth Alves de Jesus; SOUSA, Maria Fatima de. Políticas Públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.69-69, 13 nov. 2017. Nucleo de Estudos em Saude Publica. <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i1.1895>. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i1.1895>>. Acesso em: 10 set. 2020.

SANTOS, Adilson Ribeiro dos et al. Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBT. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 400-408, Aug. 2015.

Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000200400&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Nov. 2020.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em <

<https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>> Acesso em: 07. out. 2020

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23a.ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, M. J. S.; SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção

científica. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, e290102, 2019. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000100600&lng=en&nrm=iso)

[73312019000100600&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000100600&lng=en&nrm=iso)>. access on 07. out. 2020. Epub Apr 18, 2019. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290102>.

SIMPSON, Keila. (Org). Ministério da Saúde. Transexualidade e Travestilidade na Saúde. **Transexualidade e Travestilidade na Saúde**, Brasília, n. 1, p.09-10, 10 maio 2015. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade_travestilidade_saude.p](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade_travestilidade_saude.pdf)

[df](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade_travestilidade_saude.pdf)>. Acesso em: 25 fev. 2020.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, Mar. 2016. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100204&lng=en&nrm=iso)

[11042016000100204&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100204&lng=en&nrm=iso)>. acesso on 06 May 2020.
SOUZA, M. B. C. A. DE; HELAL, D. H. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: análise descritiva e utilização de dados secundários para pesquisa e prática. **Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades**, v. 9, n. 13, 18 jun. 2016. Disponível em: <

<https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/9656>> Acesso em: 06. nov. 2020.

VIANA, L. G. Ramon; ALCANTARA, R. L. S, Corpos além do binário? A Política Nacional de Saúde Integral de LGBT e a inteligibilidade, **V Jornada Internacional de Políticas Públicas**, 2011. Disponível em: <

[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/EIXO_QUESTOES_DE_](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/EIXO_QUESTOES_DE_GENERO_ETNIA_E_GERACAO.htm)

[GENERO_ETNIA_E_GERACAO.htm](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/EIXO_QUESTOES_DE_GENERO_ETNIA_E_GERACAO.htm)> Acesso em: 06.nov. 2020.
WARGAS, T. A saúde como Política Pública. In LUCCHESI, Patrícia T. R. (Coord.) **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo, SP:

BIREME/OPAS/OMS, 2004. Disponível em <
http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Políticas_publicas.pdf>: Acesso em: 21
out. 2020.