



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

Esther Guedes da Silva Oliveira

**A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS,
BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS: um estudo de revisão preliminar**

Juiz de Fora

Julho/2021

Esther Guedes da Silva Oliveira

**A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS,
BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS: um estudo de revisão preliminar**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Serviço Social como requisito final para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Orientador: Prof. Dr. Marco José Oliveira Duarte.

Juiz de Fora

Julho/2021

Ficha catalográfica elaborada
através do Modelo Latex do CDC da UFJF
com os dados fornecidos pela autora

Oliveira, Esther Guedes da Silva

A política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: um estudo de revisão preliminar / Esther Guedes da Silva Oliveira. 2020.

131 f.

Orientador: Marco José Oliveira Duarte.

Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social, 2020.

I. Movimento LGBT. 2. Saúde LGBT. I. Duarte, Marco José Oliveira, orientador.
II. Título.

Esther Guedes da Silva Oliveira

**A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS,
BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS: um estudo de revisão preliminar**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Serviço Social como requisito final para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Marco José de Oliveira Duarte – Orientador
UFJF

Prof^ª. Dr^ª. Nívia Valença Barros – Examinadora Externa
UFF

Prof^ª. Dr^ª. Sabrina Pereira Paiva – Examinadora Interna
UFJF

Dedico este trabalho às/aos pesquisadoras/es, profissionais de saúde e à comunidade LGBTQIA+ e a todos/as/es que lutam por uma sociedade plural e democrática.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus a vida e por ter me dado condições de chegar até aqui; aos meus pais (*in memoriam*), sobretudo à minha querida mãe, que foi minha referência de mulher, professora e acadêmica e ao meu pai, que sempre me incentivou, falando da importância dos estudos.

Ao meu esposo, meu amor Maicon, por estar ao meu lado neste projeto tão importante para mim, pelas leituras, críticas e por ter me dado todo o suporte para que fosse possível concluir esta etapa; à minha amada filha Júlia, desculpe-me pela ausência durante estes dois anos que lhe foram subtraídos para que eu me dedicasse aos estudos, e à minha sogra Vitória e meu sogro Nelson pelo apoio que me deram.

Aos amigos que me apoiaram no processo de seleção de mestrado e que foram muito importantes para mim; ao professor Marco Aurélio, Karin Escobar, Mônica Barison, pela torcida; à amiga Suelen Barbosa; à professora Alba Tereza, Priscila Conceição, Keiza Nunes, Laerte, Thays, Graciele Azeredo, Camila e minha prima Gisele pelas conversas e apoio. Agradeço às pessoas queridas que me fortaleceram sempre: Amália, Alberto, Belga, Gilberto, Rosane Barbosa, Darli, aos colegas de turma do mestrado, ao amigo Robson pela amizade e pelo respeito que construímos como colegas de classe e parceria no projeto de extensão Proex e à coordenadora e pró-reitora de extensão Ana Livia Coimbra pela oportunidade da experiência como bolsista de extensão da pós-graduação no Núcleo de Assessoria à Sociedade Civil Organizada (Nasco).

Meus sinceros agradecimentos ao excelente corpo docente do Programa de Pós-graduação em Serviço Social, todo meu respeito e admiração a todos os professores e professoras. Foi uma experiência ímpar!

Agradeço à toda a equipe do Grupo de Estudos e Pesquisas em Sexualidade, Gênero, Diversidade e Saúde: Políticas e Direitos (Gedis/CNPq), do projeto de extensão Diverse – Observatório da Diversidade Sexual e de Gênero: Políticas, Direitos e Saúde LGBT, e do Centro de Referência de Promoção da Cidadania LGBTQI+ (CeR-LGBTQI+) da UFJF, em especial à Camila Paiva, Dandara, Brune e ao espaço rico em discussões que me foi proporcionado, junto à comunidade acadêmica da UFJF e à militância LGBTQIA+ de Juiz de Fora, representada pelo Força Trans e Mães pela Liberdade.

À profª. Dra. Sabrina Paiva, pelas críticas construtivas na qualificação e apoio neste processo de escrita e à Profª. Dra. Nívea Barros por ter contribuído com suas ricas sugestões relativas ao objeto desta pesquisa na banca de qualificação e fundamentalmente ao meu querido orientador, Prof. Dr. Marco José de Oliveira Duarte, por me acompanhar durante todo esse processo de inserção acadêmica, pela paciência em entender o meu processo de amadurecimento intelectual, pelo respeito, carinho, acolhimento, generosidade, por me incentivar, me apoiar em tudo com leveza e afeto. Nutro uma profunda admiração e respeito pelo ser humano que você é, pelo profissional comprometido, pelo seu exemplo de professor, e agradeço as críticas, a rigidez e os abraços que me acalmavam nas horas tensas, bem como todo acolhimento que tive, as horas de conversas, não tenho palavras para expressar minha gratidão!

Agradeço também ao Leo, trabalhador terceirizado da biblioteca, a atenção a mim dispensada; à Marília, auxiliar de serviços gerais, sempre muito carinhosa e afetuosa comigo; ao Darcy pela paciência no atendimento às diversas impressões de artigos e textos.

Agradeço à Marcela e ao Marco Túlio a amizade e o acolhimento; à Jéssica também as conversas, o acolhimento e o incentivo e à amiga de todas as horas, Eliane Lima, por me acompanhar e incentivar durante toda a seleção de mestrado e na leitura do texto no processo de conclusão desta dissertação e a todos que torceram e contribuíram de alguma forma para a conclusão deste processo.

E, por fim, agradeço à Universidade Federal de Juiz de Fora por me oferecer um ensino acadêmico de excelência e à Fapemig pela concessão de bolsa, que foi de grande valia para a minha estadia na cidade de Juiz de Fora.

*Por um mundo onde sejamos socialmente
iguais, humanamente diferentes e
totalmente livres.*

(Rosa de Luxemburgo)

RESUMO

A presente dissertação de mestrado em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora tem como objeto a Política Nacional de Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT), instituída pelo Ministério da Saúde do Estado brasileiro, em 2011. O objeto de análise consiste numa análise preliminar dos antecedentes históricos que incidiram nos marcos legais que culminaram na referida PNSI-LGBT, bem como numa revisão integrativa da literatura especializada sobre a mesma. O estudo apresentou como objetivos específicos: contemplar os aspectos relevantes sobre como emerge a questão da saúde LGBT e em qual contexto político-ideológico a pasta da saúde incorpora as demandas desse grupo; analisar o contexto histórico, localizando os sujeitos sociais que contribuíram para a formulação da política; averiguar os fatores que contribuíram para que a formulação da PNSI LGBT se efetivasse apenas em 2011; problematizar a sustentação e quais os condicionantes que inviabilizam a efetividade da PNSI LGBT. O caminho metodológico utilizado compreendeu: pesquisa documental em fontes primárias e secundárias, privilegiando as legislações relacionados à PNSI LGBT, e revisão da literatura, priorizando livros, teses, dissertações, artigos científicos sobre a PNSI LGBT. Nesse sentido, esta pesquisa tratou de realizar análises críticas sobre a contextualização e emergência da PNSI-LGBT no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), apresentando seus avanços, desafios e o atual contexto social, político e econômico que incide na sua operacionalização e implementação durante o período de 2011 a 2019. Os principais pontos destacados neste estudo, a partir da análise da política de saúde da população LGBT, por meio da revisão integrativa, foram o modelo hegemônico heteronormativo, a homofobia estrutural e institucional e a ausência de conhecimentos dos profissionais de saúde em relação às necessidades da população LGBT, isto é, a falta de formação profissional sobre questões de saúde das pessoas LGBT, bem como da própria PNSI-LGBT. A pesquisa apontou que há diversas razões para o afastamento da população LGBT dos serviços de saúde. Em sua maioria, os motivos são o ambiente do cuidado, contaminado por preconceito e ações discriminatórias, que se apoiam no modelo rígido binário heteronormativo, a ausência de qualificação profissional sobre gênero, sexualidade, identidades sexuais e demandas da saúde LGBT, o preconceito dos profissionais de saúde para lidar com essas demandas e ainda o modelo cis-heterossexista que estrutura a sociedade e anula os sujeitos LGBT.

Palavras-chave: Movimento LGBT. Saúde LGBT. Revisão Integrativa.

ABSTRACT

The present master's thesis in Social Work of the Federal University of Juiz de Fora has as its object the National Health Policy of Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transsexuals (PNSI-LGBT), instituted by the Brazilian Ministry of Health, in 2011. The object of analysis consists of a preliminary analysis of the historical antecedents that focused on the legal frameworks that culminated in the said PNSI-LGBT, as well as an integrative review of the specialized literature on it. The specific objectives included the relevant aspects about how the issue of LGBT health emerges and in which political-ideological context the health portfolio incorporates the demands of this group; analyzed the historical context by locating the social subjects that contributed to the formulation of the policy; investigated the factors that contributed to the formulation of the LGBT PNSI if it was effective only in 2011; ; problematized support and what conditions prevent the effectiveness of LGBT PNSI. The methodological path used were: primary and secondary sources through the realization of documentary research that favored legislation related to LGBT PNSI, literature review prioritizing books, theses, dissertations, scientific articles on LGBT PNSI. In this sense, this research tried to carry out critical analyses on the contextualization and emergence of the PNSI-LGBT within the Unified Health System (SUS), presenting its advances, challenges and the current social, political and economic context that focuses on its operationalization and implementation during the period 2011 to 2019. The main points highlighted in this study, based on the analysis of the health policy of the LGBT population, through the integrative review, were, the heteronormative hegemonic model, structural and institutional homophobia and the lack of knowledge of health professionals in relation to the needs of the LGBT population, that is, the lack of professional training on health issues of LGBT people, as well as the PNSI-LGBT itself. The research showed that there are several reasons for the removal of the LGBT population from health services. For the most part, the reasons are, the environment of care, , contaminated by prejudice and discriminatory actions, which are based on the rigid heteronormative binary model, the absence of professional qualification on gender, sexuality, sexual identities and demands of LGBT health, the prejudice of health professionals to deal with these demands and also the cisheterosexist model that structure society and nullifies LGBT subjects.

Keywords: LGBT Movement. LGBT Health. Integrative Review.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Revisão Integrativa.....	85
--	-----------

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABGLT - Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

ABI – Associação Brasileira de Imprensa

ABL - Articulação Brasileira de Lésbicas

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria

Aids - *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (em português, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

Antra - Associação Nacional de Travestis e Transexuais

APS - Atenção Primária à Saúde

Astral/RJ - Associação de Travestis e Liberados do Rio de Janeiro

BM - Banco Mundial

BSH – Brasil Sem Homofobia

Cebes - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CF – Constituição Federal

CFM - Conselho Federal de Medicina

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CID - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CIPD - Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

CISPLGBT - Comissão Intersetorial de Saúde da População LGBT

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNCD-LGBT - Conselho Nacional de Combate à Discriminação de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

Conasems - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

Conass - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CRM - Conselho Regional de Medicina

CT - Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT

Dagep - Departamento de Apoio à Gestão Participativa

DEM - Democratas

Diap - Departamento Sindical de Assessoria Parlamentar

DST - Doença Sexualmente Transmissível

EaD – Ensino a Distância

ENTLAIDS - Encontro Nacional de Travestis e Liberados que atuam na prevenção da aids

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

FMI - Fundo Monetário Internacional

FPMCLGBT - Frente Parlamentar Mista pela Cidadania LGBT

GGB - Grupo Gay da Bahia

GLTB - Gays, Lésbicas, Travestis e Bissexuais

GM-MS - Gabinete do Ministro da Saúde

GTI - Grupo de Trabalho Interministerial

HIV - *Human Immunodeficiency Virus* (em português, Vírus da Imunodeficiência Humana)

Iser- Instituto de Estudos da Religião

Inamps - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

LBL- Liga Brasileira de Lésbicas

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

LGBTQIA+- Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros, *Queer*,
Assexuais, Agêneros e + outras expressões

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MDB - Movimento Democrático Brasileiro

MHB - Movimento Homossexual Brasileiro

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

ONG - Organização Não Governamental

Participa-SUS - Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS

PBSH - Programa Brasil Sem Homofobia

PDT - Partido Democrático Trabalhista

PL - Projeto de Lei

PL - Partido Liberal

PNDH - Programa Nacional de Direitos Humanos

PNPIC - Programa Nacional de Práticas Integrativas Complementares

PNSI-LGBT - Política Nacional de Saúde Integral de LGBT

Pros - Partido Republicano da Ordem Social

PP - Partido Progressista

PPA - Plano Plurianual
PSB - Partido Socialista Brasileiro
PSC - Partido Social Cristão
PSD - Partido Social Democrático
PSL - Partido Social Liberal
PT - Partido dos Trabalhadores
PT-SUS – Processo Transexualizador do Sistema Único de Saúde
PTB - Partido Trabalhista Brasileiro
Pode - Partido Trabalhista Nacional
PSD - Partido Social Democrático
PSDB - Partido da Social Democracia Brasileira
PY - Princípios de Yogyakarta
SEDH - Secretaria Especial de Direitos Humanos
SES - Secretaria Estadual de Saúde
Seppir - Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
Sgep - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Somos-SP – Grupo Somos de Afirmação Homossexual de São Paulo
SPM - Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
STF - Supremo Tribunal Federal
SUS - Sistema Único de Saúde
Trans - Travestis e Transexuais
TSE - Tribunal Superior Eleitoral
UBS - Unidade Básica de Saúde
UNA-SUS - Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE	22
2.1	O debate sobre Estado e Democracia e a Realidade Brasileira	22
2.1.1	Estado e Sociedade Civil	22
2.1.2	Redemocratização Brasileira e a Reconstrução da Esfera Pública	24
2.1.3	A Emergência do Movimento Homossexual Brasileiro	25
2.1.4	Década de 1990 e Neoliberalismo no país	28
2.2	A Reforma Sanitária e a Construção do SUS	29
2.2.1	A Construção do Sistema Único de Saúde	29
2.2.2	As Refrações do Neoliberalismo na Política de Saúde	32
2.2.3	Instrumentos Democráticos e Controle Social	34
2.3	As Políticas de Equidades na Saúde: ações e estratégias	36
3	A INSERÇÃO HISTÓRICA DE LGBT NA POLÍTICA DE SAÚDE	45
3.1	Direitos Sexuais no âmbito dos Direitos Humanos	45
3.2	O Movimento LGBT Ocupa o Estado Democrático	50
4	A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBT	73
4.1	Saúde e Movimento LGBT	73
4.2	O Estado da Arte sobre a PNSI-LGBT: uma revisão integrativa	82
4.2.1	Formação Profissional	90
4.2.2	Religião e Política	94
4.2.3	Representações e práticas de Profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde	99
4.2.4	Heteronormatividade	101
4.2.5	Homofobia	103
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
	REFERÊNCIAS	111

1 INTRODUÇÃO

A dissertação apresentada traz o contexto da emergência da Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) no Estado brasileiro. Contudo, tratar do debate sobre saúde da população LGBT implica necessariamente falar sobre violações de direitos representada pela heterossexualidade hegemônica e compulsória da ordem social e moral burguesa (DUARTE, 2018).

Nesse sentido, o debate sobre a constituição dessa política requer uma análise das relações de gênero, sexualidade, bem como das dinâmicas sociais sobre a construção histórica da política de saúde com a Reforma Sanitária, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), saúde: “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde” (BRASIL, 1988). A Constituição Federal (CF) de 1988, no artigo 196, dispõe: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A Lei nº. 8.080 e a Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b) regulamentam o que foi posto como direito constitucional, definindo os princípios doutrinários do SUS que contemplam a tríade: universalidade, integralidade e equidade. Esses marcos legais instituem a saúde como direito social e se inspiram nos valores dos direitos humanos.

Esses princípios foram basilares para a criação da política de saúde do segmento LGBT, inicialmente pela urgência da organização do movimento homossexual para o enfrentamento da epidemia do/a HIV/aids¹ na década de 1980, e posteriormente, pela necessidade de o movimento social LGBT acompanhar e atuar no controle social nas ações políticas de saúde de combate à pandemia por meio do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e aids.

Os estudos que tangenciam esta dissertação envolvem as categorias gênero, sexualidade e as dissidências sexuais no âmbito das ciências sociais. No entanto, ainda não é considerado academicamente um campo de estudo relevante de análise teórica e social no âmbito do serviço social conforme sinalizou Almeida (2008) e ainda se apresenta numa disparidade significativa,

¹ HIV é a sigla em inglês para *Human Immunodeficiency Virus*, que, em português, significa Vírus da Imunodeficiência Humana, um vírus que causa graves danos ao sistema imunológico. O HIV é o vírus da imunodeficiência humana e a aids (Acquired Immunodeficiency Syndrome) é traduzida como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, sendo o estágio final da doença provocada pelo HIV.

considerando os demais objetos de estudos. Não é dada a devida importância a temas pertinentes, como a ligação intrínseca entre as relações de gênero e sexualidade e a intervenção do Estado no âmbito das políticas sociais, bem como seus impactos nas configurações da questão social e as lutas e reivindicações das classes subalternas em seus processos de enfrentamento às condições de exploração e opressão.

Esses temas ainda são emergentes e ínfimos em relação a outras categorias de análise teórica. Vale ressaltar que foi a partir da década de 1980 que se iniciaram no Brasil as pesquisas científicas no âmbito das ciências sociais e humanas acerca das categorias gênero e sexualidade nas disciplinas de Ciências Sociais, Psicologia, Antropologia, Serviço Social, entre outras áreas de saber. Como exemplo: Carole Vance (1995), Joan Scott (1995), entre outros.

Contudo, os debates sobre esses temas vêm emergindo nas pesquisas acadêmicas, no âmbito da graduação e pós-graduação sobre a população LGBT em decorrência do protagonismo do movimento LGBT na arena política na formulação de políticas públicas específicas, na luta pela equidade, justiça social e pelo fortalecimento da democracia, numa orientação de universalização e aprofundamento dos direitos civis, políticos, sociais e na valorização dos direitos humanos. Têm como referência Regina Facchini, Peter Fry, Sérgio Carrara, Richard Parker e uma vasta gama de autores.

Realizar tal pesquisa foi um grande desafio, no sentido de contribuir com um trabalho acadêmico que venha de fato trazer reflexões e análises críticas sobre os sujeitos implicados nesse processo, considerando a necessidade de debater temas que, no âmbito científico, ainda são tão pouco explorados pelos pesquisadores/as. O estudo se apoia num compromisso como profissional de caráter ético e político, amparado pelo código de ética profissional do assistente social de 1993, que tem como princípio o “empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, a participação de grupos socialmente discriminados e a discussão das diferenças” (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2008).

Este trabalho também é fruto das minhas experiências acadêmicas e técnico-profissionais na área de Serviço Social. A inserção no campo dos estudos de gênero e sexualidades iniciou-se quando ingressei, ainda na graduação em Serviço Social, no estágio curricular obrigatório e supervisionado, realizado, na época, em um dos quatro Centros de Cidadania LGBT do Programa Rio Sem Homofobia do Governo do estado do Rio de Janeiro, o da Capital², no período de 2011 a 2013.

¹ O Programa Rio Sem Homofobia, nesse período compreendido de estágio supervisionado curricular obrigatório, era desenvolvido por meio da Faculdade de Serviço Social da Uerj, respeitando a regionalização, tinha quatro

Concomitantemente, no âmbito dessa formação acadêmico-profissional, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, durante todo o período de estágio, contemplando quatro semestres, cursei a disciplina obrigatória de Estágio Supervisionado em Serviço Social, que desenvolvia a supervisão acadêmica, e, de forma paralela, em um período letivo, escolhi fazer uma disciplina eletiva, que tratava do tema diversidade sexual, cultura e política. Dessa forma, ambas as disciplinas me possibilitaram aproximar do conteúdo mais qualificado desse campo de estudos e, em particular, da realidade dos sujeitos identificados como LGBT.

Assim, tanto no campo de estágio, pela via da supervisão direta de campo, quanto durante as disciplinas referidas e, particularmente, na supervisão acadêmica do estágio obrigatório, tive a oportunidade de acompanhar as conferências municipal e estadual das políticas públicas para LGBT, em 2011, e de participar de eventos diversos sobre os temas que giravam em torno das categorias de gênero, sexualidades, diversidade sexual, direitos humanos, entre outras questões relativas às opressões oriundas do machismo, do sexismo, da misoginia e da LGBTfobia.

Neste estudo, parte-se da concepção de gênero³, sexualidade,⁴ diversidade sexual⁵, numa perspectiva pós-estruturalista.

Ao ingressar no curso de mestrado em serviço social na Universidade Federal de Juiz de Fora, passei a integrar o Grupo de Estudos e Pesquisas em Sexualidade, Gênero, Diversidade e Saúde: Políticas e Direitos (Gedis), cadastrado no CNPq e as atividades do projeto de extensão Diverse – Observatório da Diversidade Sexual e de Gênero: Políticas, Direitos e Saúde LGBT. Este agrega estudos, pesquisas e atividades de extensão em torno dos temas da diversidade sexual e de gênero, saúde e direitos humanos. Ambos coordenados pelo professor e orientador Dr. Marco José de Oliveira Duarte. Minha inserção nesses espaços contribuiu para compreender melhor as questões relativas à diversidade sexual e as políticas públicas, bem como os debates realizados nesse processo, pelas reuniões e realização de eventos, que possibilitaram a troca de saberes com a equipe e contribuíram para o meu aprimoramento intelectual sobre esses temas.

Centros de Cidadania, a saber, o da Capital (Rio de Janeiro), o da Baixada Fluminense (Duque de Caxias), o do Leste Fluminense (Niterói) e o da Região Serrana (Nova Friburgo).

³ Conforme a filósofa Judith Butler conceitua gênero: “é a estilização de atos repetidos no interior de uma estrutura reguladora altamente rígida, a qual, se cristaliza no tempo para produzir a aparência de uma substância, de uma classe natural de ser” (BUTLER, 2015, p.69).

⁴ Refere a uma variedade de expressões e práticas sexuais que vão além do padrão heterossexual. Conforme esclarecem Benedetti (2005); Bento (2006); Pelúcio (2009) e Kulick (2008).

⁵ Refere-se à multiplicidade das formas de vivenciar e expressar a sexualidade.

Entretanto, o meu olhar e a minha inquietação sobre esses temas me direcionaram para o âmbito da saúde. Trata-se de um campo emblemático, pois, para se pensar sobre saúde, devem-se analisar seus aspectos histórico, institucional, processual e organizativo, bem como situar a emergência e os desdobramentos desses processos políticos e as correlações de forças existentes.

Dessa forma, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSI-LGBT) instituída pela Portaria GM/MS nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011e), emerge como um produto pactuado entre vários setores, como o Ministério da Saúde, a Comissão Intersetorial do Conselho Nacional de Saúde (CNS), as Conferências Nacionais de Saúde e LGBT, até pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Portanto, é uma política que tem sua gênese no Programa Brasil Sem Homofobia (BRASIL, 2004c), mas é construída pelo conjunto de atores institucionais e dos movimentos sociais na esfera pública democrática do Estado brasileiro.

A PNSI-LGBT expressa, teoricamente o compromisso do Estado brasileiro em reduzir as iniquidades e desigualdades em saúde e melhorar a qualidade de vida do segmento LGBT. Pois o objetivo primordial da política social é de satisfazer as necessidades humanas. Nesse sentido, é mister considerar as especificidades de cada grupo social e suas demandas, a fim de entender de que forma o Estado, representado pelo poder público, formula ações e políticas específicas para responder e atender a essas demandas dos diversos segmentos representados pelos movimentos sociais e os seus diferentes atores da sociedade civil organizada.

A esfera pública apresenta-se como uma arena de disputa contínua de interesses distintos. Para Pereira (2011), a correlação de forças nem sempre alcança o objetivo de atender às reivindicações da sociedade, pois pode ser controlada por grupos e forças políticas de caráter antidemocráticas.

Esta pesquisa objetiva responder às seguintes questões no que se refere à PNSI-LGBT: 1) Como emerge a questão da saúde LGBT? 2) Como a pasta da saúde incorpora as demandas LGBT? 3) Que aspecto do contexto político-ideológico contribuiu para que fosse possível a entrada dessa política na agenda governamental? 4) Quais interesses permearam esse processo e como foram efetivados? 5) Quais os fatores contribuíram para que a formulação da PNSI-LGBT se efetivasse apenas a partir de 2011? 6) Como se sustenta essa política? 7) Quais os elementos que interferem na concretização dos objetivos dispostos na PNSI LGBT? 8) O que se tem discutido academicamente sobre a PNSI-LGBT? Objetiva também dar maior visibilidade às demandas de saúde da população LGBT e apresentar o processo de constituição da PNSI-LGBT no âmbito do Estado e o que se tem discutido no âmbito acadêmico sobre a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT desde a sua implementação em 2011 até 2019.

Além disso, visa contribuir para o fomento da produção acadêmica no Serviço Social, que ainda é incipiente e pouco expressiva.

Cabe ressaltar que este trabalho possui seus limites de análise, considerando a complexidade dos arranjos políticos que envolvem a constituição da PNSI-LGBT, contudo, buscou-se trazer fatos históricos e seus desdobramentos, seguindo uma ordem cronológica. Os processos políticos estão imbricados por várias ações da micro e da macropolítica, com avanços e retrocessos, que, por vezes, requerem a retomada de debates para resgatar o sentido de tal processo na correlação de forças políticas entre Estado e sujeitos sociais, com toda a sua complexidade de análise dessas nuances.

No tocante à metodologia utilizada, foram escolhidos instrumentos de base qualitativa, uma vez que se pretendeu empreender uma análise crítica sobre a emergência e o estado da arte acerca da PNSI-LGBT. Para tanto, utilizou-se da pesquisa documental, que se deu por meio dos documentos oficiais, como portarias, relatórios etc., e da pesquisa bibliográfica de revisão da literatura especializada, no período de 2011 – ano que se institui a PNSI-LGBT – a 2019 – último ano do II Plano Operativo da PNSI-LGBT. Desse modo, optou-se pela utilização da revisão integrativa. De acordo com Botelho; Cunha e Macedo (2011, p.133), esse procedimento tem como objetivo realizar “a síntese e análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado”, bem como adquirir “informações que possibilitem aos leitores avaliar a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão” (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p.133). A revisão integrativa é um método que proporciona uma ampla abordagem referente às revisões e propicia uma compreensão do estado da arte para apresentar um panorama consistente do tema abordado.

Esta dissertação foi estruturada em três capítulos, a fim de apresentar os aspectos históricos, sociais e políticos que atravessam o debate da PNSI-LGBT. O primeiro capítulo, tem como título *A Construção Histórica da Política de Saúde*. Nele, foi realizada uma revisão da literatura sobre a política de saúde com foco na construção histórica do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do contexto de propositura da Reforma Sanitária. Para tanto, utilizaram-se os documentos oficiais do SUS e os autores que operaram o debate sobre Estado, democracia, política de saúde e as políticas de equidade em saúde, tema central no contexto apresentado.

O segundo capítulo, intitulado *A Inserção Histórica de LGBT na Política de Saúde*, apresenta a perspectiva dos direitos sexuais no âmbito dos direitos humanos e no campo da saúde. Nesse capítulo, problematiza-se o contexto de emergência do movimento LGBT, sua atuação na esfera pública, no âmbito do Estado, bem como o tensionamento dessa correlação

de forças. Nesse sentido, serão apresentados os elementos históricos, institucionais e organizativos para analisar a conjuntura que constrói a cidadania desses sujeitos de direitos.

O terceiro e último capítulo deste trabalho se intitula *A Política Nacional de Saúde Integral de LGBT*. Tece uma análise documental sobre a referida política, com base nas legislações no âmbito do Sistema Único de Saúde, como o I Plano Operativo (2012 a 2015), o II Plano Operativo (2016-2019), bem como os relatórios finais das três Conferências Nacionais LGBT e do Seminário Nacional de Saúde LGBT. Essa seção também procura responder às seguintes perguntas: Como se sustenta essa política? Quais são seus eixos principais? Quais são os desafios? E quais são as necessidades em saúde desses sujeitos?

Além disso, esse capítulo apresenta uma revisão integrativa sobre a literatura científica a partir da pesquisa bibliográfica, do banco de dados das principais plataformas de pesquisa das ciências sociais e da área da saúde, a saber: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Ensino Superior (Capes), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), para operar a revisão da literatura especializada e o estado da arte das análises sobre a PNSI-LGBT.

Para a realização desta pesquisa, foram utilizados como descritores: “Saúde LGBT”, “LGBT Saúde” e “PNSI-LGBT” em quatro bancos de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), BVS, SciELO e Capes. Todos os artigos selecionados e a devida avaliação do conteúdo, para verificar se eram apropriados para a proposta desta pesquisa.

A primeira seleção localizou 260.468 trabalhos, entre artigos e dissertações. Após a leitura dos títulos e seus resumos, a seleção centrou-se nos trabalhos que abordavam o tema de interesse deste estudo.

Ressalta-se que a leitura dos resumos possibilitou a confirmação dos temas abordados, permitindo verificar se as questões apresentadas tinham relevância para esta dissertação. Por fim, foi feita a leitura e a análise de todos.

O resultado da busca apresentou a seguinte configuração: 43 artigos achados no banco de dados da SciELO; 1.300 na BVS; 70 na Lilacs e 259.055 na Capes. Após a filtragem pela leitura dos títulos, restou apenas uma dissertação.

Assim, obteve-se, a partir da leitura dos títulos e dos resumos, o total de 13 artigos e uma dissertação. Dos 13 artigos analisados, um é da base de dados Lilacs, (quatro) da BVS, sendo que cinco estão também na SciELO, além desses, coletaram-se três exclusivamente na SciELO e um na Capes. Sendo assim, 13 artigos e uma dissertação apresentaram o conteúdo buscado de maneira satisfatória.

Assim, o resultado desta revisão integrativa foi constituído por 13 artigos científicos, elegidos pelas especificações de inclusão previamente definidas. Isto é, artigos que abordavam a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT e sobre questões de saúde da população LGBT. Nesse sentido, após a análise dos resumos para verificar se atendiam os requisitos dos critérios de inclusão, foi feita leitura minuciosa do conteúdo dos artigos, tendo sido somente 13 considerados adequados ao objetivo da pesquisa. Nota-se pouca produção científica de artigos científicos sobre a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT e as questões de saúde da população LGBT.

Espera-se que esta dissertação possa contribuir para a continuidade de estudos científicos na construção de novas perspectivas de análises, no sentido de refletir sobre os acontecimentos históricos, compreender os processos que envolvem a PNSI LGBT e propor caminhos para assegurar os direitos à comunidade LGBT.

2 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE

2.1 O DEBATE SOBRE ESTADO E DEMOCRACIA E A REALIDADE BRASILEIRA

A conformação dos Estados Modernos exigiu a construção de uma estrutura burocrática eficiente e legítima, que garantisse a superação das ações tradicionais das sociedades medievais, que se baseavam em fatores sobrenaturais para a solidificação das normas sociais. Como consequência disso, o Estado introduz mecanismos legais que passam a adentrar a vida dos indivíduos. A legitimidade desse processo se dá por meio da compreensão de que a atuação estatal, baseada em uma burocracia legítima, volta-se para o interesse comum da sociedade.

O “Direito natural moderno” consiste na elaboração de um novo princípio de legitimação do poder político ou Estado Moderno pactuado entre os homens, composto de regras e normas de convivência social, abdicando da liberdade individual e natural. John Locke (Inglaterra, 1632-1704), assim como os demais autores contratualistas, compreende que a sociedade se fundamenta num contrato social, acordado entre homens visando à proteção da propriedade privada, abdicando da liberdade individual e natural.

A autoridade do Estado se caracteriza como contrato; nesse sentido, o Estado deve ser protetor dos direitos dos indivíduos, respeitando seus direitos e legitimando-os. Na perspectiva dos direitos individuais, a propriedade privada é compreendida como direito natural, assim como o direito à vida, à liberdade e aos bens necessários para conservar ambas. Essa teoria possui caráter individualista e liberal. Destarte, o Estado não deve interferir na esfera econômica da sociedade. No entanto, deve proteger esses direitos e coibir a violação destes.

Cabe sinalizar que a atuação do Estado difere de acordo com o momento histórico e político de cada sociedade. Assim, a ação do Estado ocorre de forma diferenciada quando vinculada ao Estado liberal ou no chamado Estado social. Nessa perspectiva, o Estado Liberal se consagra pela intervenção mínima do Estado nas relações privadas, enquanto o Estado Social introduz uma prática mais proativa do poder público na sociedade, assumindo uma postura oposta à do Estado liberal, passando a intervir e ser mais ativo nas relações sociais.

2.1.1 Estado e Sociedade Civil

A obra de Karl Marx (Alemanha, 1818-1883) e a de Friedrich Engels (Alemanha, 1820-1895) tomam como ponto de partida o postulado de Hegel, entendendo a “sociedade civil”

como a esfera das relações econômicas – Família, Administração Pública, entre outras instituições.

O conceito de sociedade civil consiste no conjunto das relações econômicas e na sociedade política e de Estado, que atua na esfera da produção e reprodução da vida material, isto é, a estrutura econômica. Para Marx (2007), o Estado é a expressão da sociedade civil da estrutura para superestrutura e é um campo contraditório, em que predominam as relações econômicas, nas quais a classe dominante perpetua a sua dominação. Nesse sentido, o Estado assegura a reprodução das relações econômicas que o formam e se caracteriza como o comitê gestor dos negócios da burguesia. Dito de outro modo, o Estado possui uma estrutura de dominação que se edifica sobre a sociedade civil e é contraditório, pois está intrinsecamente revestido de uma aparência de imparcialidade e universalidade, visto que retrata interesses de classe e tem em última instância a proteção da propriedade privada. Portanto, não há mudança entre Estado e sociedade civil, o Estado reflete como a sociedade civil se estrutura em suas relações produtivas e sociais.

Para Vladimir Ilitch Ulianov Lênin (Rússia, 1870-1924), o Estado funciona como aparelho repressivo da burguesia, ele é o âmago do Estado burguês. Lênin reafirma o caráter de classe do Estado, em qualquer regime, na medida em que para ele todo Estado é uma ditadura de classe.

Antônio Gramsci (Itália, 1891-1937), inspirado na teoria marxista, recria o conceito de Estado e sociedade civil a partir da realidade na qual estava inscrito, a sociedade capitalista. As diferenças na concepção de Estado e Sociedade Civil fundamentalmente estão relacionadas à questão da luta de classes. Segundo Gramsci, as duas esferas servem para transformar e conservar determinada formação econômico-social de acordo com os interesses de classe no modo de produção capitalista.

O italiano analisa o desenvolvimento do capitalismo em seu estágio monopolista, do século XX e cria o conceito de Estado ampliado e sua teoria de revolução, tendo a filosofia como prática em seus estudos sobre a questão nacional e as complexas relações de poder inscritas na realidade objetiva da sociedade civil. Para ele, a sociedade civil é uma ampla rede de organizações e representação de interesses de grupos com cultura, ideologia e valores distintos.

A sociedade política consiste num conjunto de aparelhos por meio dos quais a classe dominante detém e exerce o monopólio legal ou de fato da violência dos aparelhos coercitivos do Estado.

Segundo Coutinho (1996), a “ampliação” do Estado se deu a partir da compreensão de Gramsci sobre a socialização da política: a conquista do sufrágio universal; a criação de grandes partidos políticos e a atuação combativa de numerosos sindicatos profissionais e de classe. Pois, somente com a tomada do poder político, será possível ao Estado se consolidar e tornar-se um novo “bloco histórico”.

O conceito de bloco histórico é compreendido como as forças materiais, as ideologias da sociedade, que são as forças produtivas, relações sociais de produção e superestrutura jurídico-política num dado momento histórico. O intelectual orgânico, portanto, é o dirigente político da sociedade que atua na manutenção da unidade no bloco histórico, pela conquista da hegemonia do Estado como direção e ação de tipo cultural e ideal, organizando a construção de um novo tipo de Estado e realiza a tomada de poder. A hegemonia expressa o poder de uma determinada classe de dirigir moral e intelectualmente o conjunto da sociedade.

2.1.2 Redemocratização Brasileira e a Reconstrução da Esfera Pública

O processo de reestruturação produtiva ocorreu no Brasil logo após a transição do regime totalitário militar para a democracia. Esse processo de democratização política foi um período de ampliação das lutas por diversas organizações da sociedade civil e movimentos sociais que representavam interesses da classe trabalhadora, reivindicavam direitos sociais e a redemocratização do país e foram consolidados na Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988).

A Assembleia Constituinte foi a arena onde as forças democráticas tinham a intenção de construir uma esfera pública com as seguintes características: *visibilidade* – transparência dos discursos e ações dos tomadores de decisões; e *controle social* – participação da sociedade civil organizada na disputa de interesses, no acompanhamento das decisões e na representação de interesses sociais, isto é, na constituição de dirigentes políticos ativos, mediadores de demandas de cunho universalista.

Esses instrumentos visavam ampliar a democratização da política por meio da ampliação dos fóruns de decisão política, extrapolando os mecanismos tradicionais, incorporando novos protagonistas e gerando uma interlocução pública. Fazendo o enfrentamento do autoritarismo e da lógica de apropriação do público pelo privado. Tinha-se a esperança de uma ampla e profunda reforma democrática do Estado.

Nesse contexto, foram instituídos alguns mecanismos de ampliação da participação popular na vida política do país, tais como: plebiscito, referendo e projetos de iniciativa popular.

A Constituição Federal (CF) de 1988 (BRASIL, 1988) representou no âmbito legal a ampliação dos direitos sociais, mas, no plano concreto, esses direitos não foram plenamente realizados, considerando os mais variados obstáculos enfrentados, sobretudo pela ofensiva neoliberal que se inicia na década de 1990.

O projeto neoliberal atuou na contramão do que foi preconizado pela CF/1988, assim a década de 1990 apresentou uma conjuntura em que as desigualdades sociais se aprofundaram e acarretou o fortalecimento do mercado e um projeto de perda de direitos sociais, além de desproteção social.

Com o advento das medidas de ajuste estrutural, orientadas pelas políticas neoliberais, no processo de estruturação do capitalismo mundial e brasileiro, ocorreram mudanças nas esferas política e econômica de cunho liberalizante, privatizante, que favoreceram o mercado. Assim sendo, o cenário que se apresentou é de aceleração dos mecanismos de exploração do capital por meio de políticas neoliberais com projetos de Reforma do Estado, privatizações e a perda de direitos sociais.

Vale ressaltar que “o Estado, sua política, suas formas, suas estruturas traduzem, portanto, os interesses da classe dominante não de modo mecânico, mas através de uma relação de forças que fazem dele uma expressão condensada da luta de classes em desenvolvimento” (FLEURY, 2008, p.53). Assim, as lutas políticas não são alheias ao Estado, e sim, partes constitutivas dele.

Sendo assim, o Estado, que é representado pelos governos, é uma arena de disputa constante não somente em períodos de eleição, mas também em disputas pelos diversos atores dentro do Estado e fora dele, político e não político formal, mas que possuem influência política. Existe uma correlação de forças que produz um pacto de domínio (IAMAMOTO, 2001).

A política social, por sua vez, é resultado da relação entre Estado e sociedade, que consiste em assegurar a reprodução social que resulta numa relação de cidadania. Esta entendida como “um conjunto de direitos que vincula o cidadão a seu Estado” (FLEURY, 1994, p.59). Nesse sentido, as lutas capitaneadas pelas forças progressistas continuam sendo o principal agente da transformação para alcançar direitos sociais e resistir aos ditames das políticas de austeridade neoliberais.

Desse modo, a democracia deve ser defendida por todos os atores sociais desde os cidadãos comuns a legisladores, líderes parlamentares, lideranças partidárias, magistrados e empresariado, pelos movimentos sociais populares de mulheres, de negros, LGBT, de direitos humanos, indígenas, entre outras expressões de resistências. Assim,

As lutas pelo reconhecimento por parte dos setores cujas identidades e demandas são excluídas da agenda pública têm sido o motor da busca de novas formas de construção da institucionalidade democrática, atuando também como fator de promoção da redistribuição. Desse modo, a justiça social não se encontra restrita à redistribuição, ou à luta de classes, incluindo cada vez mais outros aspectos de subordinação, como gênero, raça, etnia, sexualidade, religião, nacionalidade (FLEURY, 2008, p. 63).

Vale ressaltar que a compreensão de Estado adotada neste estudo abrange o âmbito institucional e também onde atuam as relações de poder, situadas numa arena de conflitos e disputa de diversos atores no processo de correlação de forças na dualidade de poderes conforme assinala Coutinho (1994).

Consideram-se as políticas sociais como o elo entre Estado e sociedade. Sabe-se da importância do papel do Estado no âmbito dessas políticas para a garantia da reprodução social, que se traduz em uma relação de cidadania e assegura um conjunto de direitos que vinculam o trabalhador a ter uma relação de pertencimento no que toca ao Estado.

Nesse sentido, é necessário compreender como se formula a política e o que ela contém, entender quem participa do processo decisório, as características dos participantes, os papéis que desempenham autoridade ou outros poderes que detêm, como lidam uns com os outros, como se controlam mutuamente (LINDBLOM, 1981).

A reconstrução da esfera pública deve ser claramente identificada como parte da luta pela hegemonia e constituição de um novo bloco de poder, que atravessa o Estado e requer novos aparatos, tecnologias e processos de exercícios de poder, que inscrevam as novas relações deste na ossatura organizacional do Estado (FLEURY, 2008, p. 60).

A política e a democracia estão subsumidas na lógica do mercado, e por isso a desigualdade social demonstra a fragilidade da democracia, pois esta preconiza combates às desigualdades sociais. Para Fleury (2008),

A introdução do conceito de cidadania como eixo teórico e estratégico para explicar o desenvolvimento das políticas sociais se faz a partir da constatação de que a expectativa de obediência do Estado pela introjeção do dever político não se funda, nem exclusiva nem prioritariamente, no monopólio que ele detém da violência, mas na sua capacidade de organização do consenso e na legitimidade alcançada na sociedade (FLEURY, 2008, p. 54).

As lutas capitaneadas pelas forças progressistas continuam sendo o principal agente da transformação para alcançar direitos sociais e resistir aos ditames das políticas de austeridade neoliberais. De acordo com Yazbek (2001, p. 37), “não há rupturas no cotidiano sem resistência,

sem enfrentamentos, é aí que está o desafio de sair da lentidão, de construir, reinventar mediações capazes de articular a vida social das classes subalternas com o mundo público dos direitos e cidadania”.

2.1.3 A EMERGÊNCIA DO MOVIMENTO HOMOSSEXUAL BRASILEIRO

A organização do movimento denominado, naquele momento histórico, de movimento homossexual brasileiro (MHB) teve início no final da década de 1970 (GREEN *et al.*, 2018; GREEN; QUINALHA, 2014; FACCHINI, 2005). O MHB, como era conhecido, foi influenciado pela emergência dos ditos “novos” movimentos sociais⁶.

Segundo Montañó e Duriguetto (2011), em maio de 1968, na França, ocorreu uma grande onda de protestos com a insurgência de estudantes, homossexuais, trabalhadores fabris, movimento feminista, movimento negro, ecológico, pacifista, *hippies*, entre outros, com diferentes pautas, que tinham, como convergência máxima, a luta pela liberdade, a defesa da livre expressão da sexualidade, da formação de comunidades alternativas. Rompiam, assim, com as barreiras entre o masculino e o feminino e lutavam contra as discriminações racista, sexista e homofóbica; tinham como palavra de ordem: é proibido proibir. Essa onda repercutiu mundialmente e foi determinante para a organização e o desenvolvimento do movimento de LGBT, como se vê atualmente.

No que tange, portanto, ao movimento LGBT, outro fato marcante, no final da mesma década dos anos de 1960, foi a Revolta de *Stonewall*, em 28 de junho de 1969, na cidade de Nova Iorque, Estados Unidos da América (EUA), quando os frequentadores do bar *Stonewall*, majoritariamente LGBT e latinos, resistiram à repressão policial. Houve grande comoção por parte da sociedade, devido às perseguições e ataques às pessoas LGBT, pelas agressões policiais em decorrência de discriminação. Com isso, essa data foi transformada, mundialmente, em dia do orgulho gay, atualmente LGBT. Contudo, é nesse contexto que emergiram as mobilizações que culminaram na construção do movimento LGBT moderno, como se conhece hoje, no cenário internacional.

No Brasil, o MHB começou a se articular, politicamente, a partir da década de 1970, mais precisamente no ano de 1978, no contexto da ditadura militar (1964-1984), período marcado, ainda, pela repressão política, mas também pelo surgimento do processo de redemocratização do Brasil. Nesse momento, ocorreu uma grande mobilização de diversos

⁶ Expressão utilizada para diferenciar dos movimentos sociais considerados clássicos, como os partidos e sindicatos operários.

grupos que penetravam na arena pública exigindo garantia de direitos por parte do Estado brasileiro.

Fachinni (2003), ao periodizar o movimento homossexual, afirma que a primeira onda do movimento, portanto, na sua gênese, era alinhada aos movimentos feminista e negro, na medida em que um de seus pressupostos era romper com as estruturas da sociedade classista, visando abolir as hierarquias de gênero e lutar contra a opressão sexual. Fachinni (2005) contextualiza que o grupo *Somos de Afirmação Homossexual* (Somos-SP) foi o primeiro agrupamento reconhecido como homossexual, em 1979. Nesse primeiro momento, o grupo era constituído apenas por gays e, posteriormente, foi integrado por mulheres lésbicas.

Cabe sinalizar que, segundo Peter Fry (1993), a primeira expressão organizativa do MHB foi por meio da criação do jornal *Lampião da Esquina*, em abril de 1978, com sede na cidade do Rio de Janeiro. A luta de ambos os agrupamentos era pautada pelo direito à liberdade de expressão de suas sexualidades. Tanto o grupo Somos como o *Lampião* vigoraram até o começo dos anos de 1980, ainda durante a ditadura civil-militar, no estágio de maior abertura política. Ressalta-se que a palavra de ordem “o privado é político” e os debates considerados de âmbito privado, nesse momento, deslocaram-se para a esfera política (CONDE, 2004).

Posteriormente entraram na arena política novos coletivos em defesa da homossexualidade, o que culminou no Primeiro Encontro Nacional do Povo Gay, com o apoio da Associação Brasileira de Imprensa (ABI), no Rio de Janeiro, em que participaram 60 pessoas (LAURENTINO, 2015). Estas oriundas de coletivos de ativistas de São Paulo (Eros, Libertos, Galf, Somos-SP), do Rio de Janeiro (Somos-RJ, Auê e Grupo de Atuação e Afirmação Gay, da cidade de Caxias) e de Brasília-DF (Beijo Livre), além de pessoas observadoras que posteriormente criaram seus próprios coletivos (CONDE, 2004).

Cabe ressaltar que outros grupos emergiram, a partir desse contexto, como o Grupo Gay na Bahia, que também faz parte da vanguarda do movimento, bem como o grupo Dialogay, em Sergipe. Portanto, assim foi se espraiando os novos e diversos coletivos de ativistas, como o grupo Atobá e Triângulo Rosa no Rio de Janeiro; o grupo Dignidade, em Curitiba; o Grupo Gay do Amazonas; o Grupo Lésbico da Bahia, entre outros (ROSSI, 2010).

Segundo Fachinni (2005), a questão da saúde emerge da despatologização da homossexualidade e, de forma mais incisiva, com o início da epidemia do/a HIV/aids no Brasil, no final da década de 1980 e início da década de 1990, período em que se iniciou a segunda onda do movimento. Segundo a autora, situa-se no período de 1984 a 1992, quando ocorreu uma perda significativa de militantes em decorrência ou não da pandemia de HIV/aids. Nesse

contexto, houve maior mobilização de ativistas para cobrar respostas do Estado e esses assumiram um papel de vanguarda na luta contra a pandemia HIV/aids.

É nesse sentido que emerge o debate sobre saúde no contexto do movimento homossexual brasileiro, principalmente, pela visibilidade pública, que se apresenta com maior expressão, a partir do/a HIV/aids. O enfrentamento da epidemia propiciou ao movimento homossexual, em específico, mais força política e representatividade. As intervenções, na perspectiva da luta, abrangiam novos serviços, como, campanhas de cunho educativo a fim de prevenir novos contágios e ações para a visibilidade dessa população, distribuição de preservativos e orientação sobre prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), dentre outras atividades educativas.

Foi nessa conjuntura política que o país vivenciou o processo de redemocratização (1985 a 1987), e uma das lutas travadas pelo movimento homossexual foi durante o período da Assembleia Constituinte, de 1987 a 1988. Assim, com protagonismo do Grupo Triângulo Rosa, do Rio de Janeiro, articulado ao movimento homossexual de âmbito nacional, disputou-se a inclusão da "orientação sexual" no rol das discriminações na Constituição Federal, conforme ficou estabelecido em seu artigo terceiro, que proíbe a discriminação por “origem, raça, sexo, cor, idade e *quaisquer outras formas de discriminação*” (BRASIL, 1988).

2.1.4 Década de 1990 e o Neoliberalismo no país

Na década de 1990, o presidente eleito, Fernando Collor de Mello (FCM), e seu sucessor, Itamar Franco (1990-1994), realizaram o enxugamento do Estado, adotando as diretrizes neoliberais, com a prevalência do mercado por meio da abertura comercial e financeira do capital internacional, bem como a desregulamentação, privatização, redução dos fundos públicos para financiamento das políticas sociais. Tais ações iam na contramão de tudo que foi postulado na CF/88. A esse respeito, Iamamoto (2001) destaca que

A inspiração neoliberal subordina os direitos sociais à lógica orçamentária, à política social, à política econômica, em especial às dotações orçamentárias e, no Brasil, subverte o preceito institucional. Observa-se uma inversão e uma subversão: ao invés do direito constitucional impor e orientar a distribuição das verbas orçamentárias, o dever legal passa a ser submetido à disponibilidade de recursos. A democracia vê-se reduzida a um modelo de gestão, desaparecendo os sujeitos (IAMAMOTO, 2001, p. 29).

O Estado torna-se mero regulador e não prestador de serviços. Nessa perspectiva, afetam-se as esferas da produção, do trabalho, da cultura, da vida privada, das práticas do

Estado e da sociedade civil. Difunde-se a ideia da competência do setor privado em oposição à de ineficiência do Estado, banalizando a cidadania, compreendida como simples consumo de serviços, com inversão da lógica do cidadão (sujeito de direitos), transformando-o em consumidor-cliente, numa relação meramente mercadológica.

De acordo com Duriguetto (2007), por meio da ideologia neoliberal, passa-se a investir na participação da sociedade civil, mas não na direção do controle social, na gestão e implementação das políticas sociais, mas sim no sentido de transferir a ela o papel de agente do bem-estar social.

A sociedade civil é transformada num suposto “terceiro setor”, situado para além do Estado (tido como reino da ineficiência) e do mercado (tido como a esfera que visa ao lucro), e a sociedade civil no formato de terceiro setor, atuando por meio da filantropia e do trabalho do voluntariado. Sobre essa questão, Duriguetto (2007) afirma que o espaço da sociedade civil não é um espaço sócio-organizativo de representação de interesses gerais, de orquestração de pactos sociais. “Ele é um espaço de luta, de contradição, de relações desiguais de poder e de acesso diferenciado a recursos econômicos, políticos, culturais” (DURIGUETTO, 2007, p. 211).

Nesse sentido, ocorre um deslocamento da função do Estado em assegurar direitos sociais, por meio das políticas sociais. Assim, por outro lado, enfoca-se a responsabilização do indivíduo e suas redes, como a família e as organizações não estatais, ou seja, há um esforço ideológico de despolitização da sociedade civil, concebendo-a como reino da apolítica e do aclassismo, deslocando suas lutas para o campo ético-moralizante.

2.2 A REFORMA SANITÁRIA E A CONSTRUÇÃO DO SUS

2.2.1 A Construção do Sistema Único de Saúde

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu na década de 1980, em um momento histórico de grande mobilização política. Nesse período, foi promulgada a nova Constituição Federal após o longo período do regime militar (1964-1985). “O processo constituinte e a promulgação da Constituição Federal de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social” (BRAVO, 2006, p. 96).

A concretização da saúde brasileira se consolidou de forma gradual. A partir do ano 1930 até o ano 1943, já existiam algumas ações da Política de Saúde no Brasil, no entanto,

apresentando uma característica restrita e o acesso à “proteção social” se limitava àqueles que tinham vínculo previdenciário (SANTOS, 1987). Os demais brasileiros que não possuíam vínculo formal e não contribuíam para a Previdência Social eram alijados dos serviços de saúde público. Estes eram acolhidos pela iniciativa privada ou, no caso das camadas populares, restritos ao atendimento em hospitais filantrópicos. Esse modelo embrionário de Política Social apresentado no país naquele período era marcado por um sistema de estratificação ocupacional, sendo caracterizado por Santos (1987) como “cidadania regulada”.

O crescimento da cobertura da política de saúde brasileira ocorreu sob a égide da ditadura civil-militar, essa expansão foi denominada por alguns autores de “Expansão Seletiva” (NETTO; BRAZ, 2007). Vale ressaltar que o período da “ditadura civil-militar”, no que tange à política de saúde, ofereceu condições para o desenvolvimento da iniciativa privada nos serviços de saúde, favorecendo o desenvolvimento do capitalismo e sua lógica mercadológica.

A partir de 1974, o sistema econômico brasileiro começa a apresentar sinais de esgotamento econômico. Esse fator, articulado com a insatisfação da população com as repressões do regime militar, levou ao fim do regime ditatorial para a democracia. A questão da saúde passou a ser um debate das massas, popularizou-se e alcançou uma dimensão política potente. Diversos atores entraram no cenário político a partir dos debates sobre saúde, como os próprios profissionais de saúde organizados por meio de suas entidades de classe, o movimento sanitário representado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), os partidos políticos de cunho progressista, movimentos sociais e outras entidades representativas da sociedade civil (BRAVO, 2006).

A Oitava Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi um marco para a história da Política de Saúde no Brasil, iniciado pelo longo processo de debates em âmbito municipal e estadual sobre temas da saúde, localizando-a como um direito, coadunado com os valores do movimento de reforma sanitária, tendo como pauta: Saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial (BRASIL, 1986).

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando a um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local de novos mecanismos de gestão - Conselhos de saúde (BRAVO, 2006, p. 96).

Adotou-se um sistema de proteção social, privilegiando o bem-estar social, na concepção da Seguridade Social, na qual os direitos sociais são de caráter universal, contemplando a saúde, assistência social e a previdência social. A saúde passou a ser compreendida sob a perspectiva de um conceito ampliado, não somente pela ausência de doença, ou como total bem-estar físico, mental e social, mas como resultante dos determinantes sociais e econômicos, ou seja, os níveis de saúde expressam a organização social e econômica da população, que decorre das condições de alimentação, saneamento básico, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à terra e posse dela e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) de n. 8.080 (BRASIL, 1990b) amplia o conceito de saúde, integrando os serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, e a de n. 8.142 (BRASIL, 1990a) institui o controle social na política de saúde. Tais leis estão de acordo, em parte, com o que se propunha no movimento da Reforma Sanitária. Bravo e Corrêia (2012) afirmam que

A participação social na área da saúde foi concebida na perspectiva do controle social, no sentido de os setores organizados na sociedade civil participarem desde suas formulações – planos, programas e projetos - acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade. Esta participação foi institucionalizada na Lei n. 8.142/90, através das Conferências, que têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas do governo, e por meio dos Conselhos, que são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre os representantes organizados dos segmentos organizados da sociedade civil e os demais segmentos (gestores públicos e privados e trabalhadores da saúde), e que objetivam tal controle (BRAVO; CORRÊIA, 2012, p. 125).

No entanto, a inscrição de um texto constitucional, como o de 1988, não significou a efetivação ou materialização desse direito no plano concreto, pois o acesso dos usuários às políticas sociais é determinado tanto pela legislação vigente quanto por processos sociais inscritos na realidade contraditória e submetidos à correlação de forças entre as classes (BRAVO *et al.*, 2018).

2.2.2 As Refrações do Neoliberalismo na Política de Saúde

Na década de 1990, com o processo de desenvolvimento do neoliberalismo, instaurou-se no país uma política de austeridade econômica com restrição para os gastos sociais, com perdas de direitos sociais e trabalhistas, por meio de reformas, desemprego estrutural,

precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, nas políticas sociais e, em particular na política de saúde.

O ideário neoliberal, que concretiza os interesses do capital financeiro e das grandes corporações, comandantes contemporâneos do novo padrão de acumulação, tem como conteúdo a imposição da liberdade de mercado, como se as relações entre trabalhadores e empregadores fossem relações entre iguais, deixando à mão invisível, de que nos fala Adam Smith, a promoção do bem-estar de todos (MARCONSIN; CAETANO, 2010, p. 40).

Desse modo, os órgãos internacionais representantes do capital internacional, Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial (BM), criaram e propuseram a “Reforma do Estado”, com vistas ao enfrentamento da crise com medidas de ajuste estrutural que afetaram as políticas sociais com grande corte de investimentos nessa área, em favorecimento do setor privado (LAURELL, 1997).

O período de falência financeira enfrentado pelos capitalistas no final da década de 1970 e início da década de 80 correspondeu à crise do regime de produção, pós-guerra, no final dos anos 1970, que está diretamente associada à Terceira Revolução Industrial. Sendo assim, facilitou a intervenção do Fundo Monetário Internacional – FMI, Banco Mundial – BM e Banco Interamericano de Desenvolvimento – Bird nas economias dos países centrais e periféricos, com o objetivo de realizar uma reestruturação na economia, a fim de “integrá-las” na economia global. Soares (2002) sintetiza este processo:

Trata-se de uma crise global de um modelo social de acumulação, cujas tentativas de resolução têm produzido transformações estruturais que dão lugar a um modelo diferente – denominado neoliberal – que inclui (por definição) a informalidade no trabalho, o desemprego, o subemprego, a desproteção trabalhista e, conseqüentemente, uma nova pobreza. Ao contrário, portanto, do que se afirma, a reprodução em condições críticas de grandes parcelas da população faz parte do modelo, não impedindo a reprodução do capital. Essas condições não são uma manifestação de que o sistema está funcionando mal, e sim a contraface do funcionamento correto de um novo modelo social de acumulação (SOARES, 2002, p.12).

Em síntese, a eclosão da crise capitalista se destrincha em três direções centrais: a reestruturação produtiva, a mundialização do capital e a contrarreforma neoliberal. Além disso, no âmbito pragmático, quando se fala em flexibilização do trabalho, refere-se às repercussões diretas na vida do trabalhador, como a elevação do chamado emprego temporário, quando as indústrias contratam funcionários apenas em épocas de grande demanda na produção. Em suma, esses processos de desregulamentação do trabalho acarretam a multiplicação de contratos

precários de trabalho e a diminuição média dos salários, gerada pela elevação dos índices de desemprego.

Dessa forma, em relação às crises capitalistas, Mandel compreende que a administração das crises inclui todo o arsenal das políticas governamentais anticíclicas, cujo objetivo é evitar, ou pelo menos adiar o quanto possível, o retorno de quedas bruscas e catastróficas como a de 1929/32 (MANDEL;1985, p. 340). Exige-se assim a reorganização do Estado, que tem um papel fundamental na conformação das forças produtivas relativas ao ciclo de reprodução do capital, e, por conseguinte, afeta a esfera da produção e das relações sociais.

Em se tratando do papel do Estado no contexto do capitalismo, Netto (2011) compreende o Estado como um instrumento de organização da economia, operando notadamente como um administrador dos ciclos de crise (NETTO,2011, p.26). E opera de modo a favorecer as corporações para obtenção de maximização de lucros. Sobre esse tema, Mandel corrobora Netto e salienta que o Estado se tornou mais explicitamente um instrumento da acumulação progressiva de capital e o parceiro do modo de produção capitalista (MANDEL;1985, p.335).

As principais tendências da reestruturação do capital sob a égide da mundialização apontam a centralidade do desemprego "global", a flexibilização e a precarização do trabalho como fenômenos dominantes e como estratégias de dominação nessa nova fase do capital. Essas são práticas permitidas e incentivadas pelas mudanças na legislação trabalhista, tanto em países europeus, como Inglaterra, Itália e França, como no Brasil. O primeiro país a conseguir, já na década de 1970, incorporar esse modelo de reestruturação produtiva foi o Japão, país onde o modelo ficou conhecido como *toyotismo*. No Brasil, esse sistema se consolidou na década de 1980. Atualmente, esse modelo ainda se encontra predominante no setor industrial em todo o mundo. Sua consolidação foi o principal motor para a hegemonia do Neoliberalismo no mundo atual. No que tange ao ajuste neoliberal, Soares (2002) afirma:

Os impactos e conseqüências da crise, bem como as soluções para o seu combate, além das determinações mais gerais dadas pela própria etapa do desenvolvimento do capitalismo, diferenciam-se entre os países pela inserção internacional de suas economias e pelos particulares desenvolvimentos históricos, que determinam respostas sociais e políticas específicas (SOARES, 2002, p.11).

Cabe sinalizar que esse processo é nocivo ao trabalhador, visto que o novo modo de produção fragiliza organizações trabalhistas, buscando, sobretudo, mascarar a relação capital trabalho que é intrínseca aos meios de produção. Ainda nesse processo, a reformulação do

capital altera sociabilidades, as formas de organização e representação de interesses na direção da fragmentação e da despolitização.

A sociedade civil passa a ser descaracterizada como esfera de explicitação de lutas, conflitos e contradições, e a política e a democracia são subsumidas na lógica do mercado. Além disso, introduz-se uma cultura vinculada à lógica da solidariedade, dissociada da política social compreendida como direito social, fruto da expropriação do trabalho, entendida como benefício. Nesse sentido, em contraponto à perspectiva neoliberal, a democracia deve ser vista não como algo que se esgota em determinada configuração institucional, mas sim como um processo; porque democracia implica reformas políticas, com reformas econômicas e sociais.

Vale ressaltar que o setor privado inclui:

[...] donos de hospitais, diretores dos hospitais filantrópicos e beneficentes, grupos privados de saúde, indústrias farmacêuticas e de equipamentos nacionais e internacionais, organizados na Federação Brasileira de Hospitais (FBH), na Confederação das Misericórdias do Brasil, na Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) e no Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (Sinamge), com aliados no governo e na burocracia estatal, e têm conseguido influenciar a política de saúde, consubstanciando na prática o projeto neoliberal (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 131).

Uma das ações implementadas que incidiram na política de saúde consiste na substituição do Estado no provimento de serviços através dos chamados “Novos Modelos de Gestão” (Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Parcerias Público-privadas e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, entre outros) que, associados a subvenções e isenções fiscais, avançam sob o fundo público como uma nova forma de garantia de acumulação de capital (BRAVO; MATOS, 2004).

No âmbito do SUS, retiraram-se os recursos do pré-sal para investir nas políticas de saúde e de educação, por meio da Lei nº 13.365, de 29 de novembro de 2016 (BRASIL, 2016b), que altera a Lei nº 12.351, de 22 de dezembro de 2010, e tira a obrigatoriedade de a Petrobrás explorar o Pré-Sal (BRASIL, 2016b).

Desse modo, “a saúde é debatida a partir da relação entre a economia e a política, ou seja, busca-se entender os fenômenos pelas modalidades através das quais a sociedade produz condições materiais de sua existência, mas também pelas suas implicações políticas, sociais e ideoculturais” (MARCONSIN; CAETANO, 2010, p. 22).

Nesse contexto, todas as conquistas consolidadas no SUS são colocadas em xeque, e o projeto privatista de saúde tem ganhado força, forma e expressão. Nessa perspectiva, a democracia fica ameaçada, perdem-se os direitos, incluindo-se aí as políticas de seguridade social, entre elas a saúde. É necessário, portanto, reconstruir o processo de organização e de luta da sociedade e das classes subalternas com vistas à resistência contra a retirada de direitos na saúde e em outras políticas sociais, no sentido de impedir a flexibilização e/ou desmonte do marco legal constitucional e das legislações complementares que se seguiram. Compreendendo que “a saúde é debatida a partir da relação entre a economia e a política, ou seja, busca-se entender os fenômenos pelas modalidades através das quais a sociedade produz condições materiais de sua existência, mas também pelas suas implicações políticas, sociais e ideoculturais” (MARCONSIN; CAETANO, 2010, p. 22).

Observa-se, na atual conjuntura, contudo, a fragilidade da democracia, que atinge diretamente as políticas sociais e a concretização do SUS. O cenário político baseia-se em forças antiprogressistas, antidemocráticas e ultraconservadoras com caráter autoritário e marcadamente fascista. A alternativa para o enfrentamento desse contexto implica, necessariamente, ativar os instrumentos democráticos que consistem na participação social e investir no processo de fortalecimento da democracia pelos sujeitos e coletivos conforme preconiza a CF/1988.

2.2.3 Instrumentos Democráticos e Controle Social

O controle social se configura como um espaço de tensão, de lutas e disputas políticas e ideológicas marcadamente numa perspectiva de luta de classe, entre o polo dos que defendem o caráter universalista e de resistências à submissão das políticas sociais às políticas econômicas e, em outro polo, os favoráveis ao setor privado e à mercantilização dos serviços de atenção à saúde.

Para Bravo *et al.* (2018), o maior desafio é retomar o processo democrático de luta, pautada na universalização das políticas sociais, do SUS, consolidado na década de 1980, e superar o projeto privatista de mercantilização da saúde, que tem avançado consideravelmente. Trata-se de retomar a capacidade de organização e de luta com vistas à resistência contra as propostas de retirada de direitos na saúde e em outras políticas sociais, no sentido de impedir a flexibilização e/ou desmonte do marco legal constitucional e das legislações complementares que se seguiram.

É preciso que a sociedade atinja níveis razoáveis de bem-estar para todos, ou nunca será um lugar de boa convivência. A falta de condições de saúde e bem-estar também fragiliza os indivíduos, comprometendo sua participação integral na sociedade. Esses argumentos indicam que as necessidades de saúde não podem ser tratadas como mercadorias, acessíveis a preços diferenciados, conforme a capacidade de pagamento individual. Como consequência, a saúde não deve ser objeto de lucro. Ao contrário, deve ser responsabilidade solidária do Estado e dos cidadãos (LOBATO; GIOVANELLA, 2011, p. 91).

É importante ressaltar que o SUS está em construção, ou em desconstrução, pois isso depende da correlação de forças, e, particularmente, no atual cenário, o projeto proposto pelo movimento de Reforma Sanitária está desfavorável para o SUS. “Contudo, o fazer-se alguma coisa para construção do SUS e participar desse processo depende o movimento concreto dos sujeitos, movimento social que existe no presente, para que o desejo de sua construção se realize” (VASCONCELLOS, 2010, p. 118).

O dilema colocado, nos dias de hoje, na dialética dos dois movimentos - abstrato e concreto - decorre da mudança do cenário em que se deu a origem do SUS, em que a harmonização dos movimentos foi concretizada e exitosa com a realização do desejo de sua criação, mas que não necessariamente se mantém no plano dos fatos, enquanto movimento social concreto no percurso abstrato de movimento da marcha do tempo para sua construção (VASCONCELLOS, 2010, p. 119).

O debate sobre a politização da saúde tem como objetivo aprofundar a consciência sanitária de saúde, de forma ampliada e os seus determinantes sociais, e, sobretudo, a ampliar as mobilizações e a ação coletiva voltada para a mudança desses determinantes estruturais, ou seja, a estrutura social e as relações sociais que produzem desigualdades e condições de vida tornam-se fundamentais para a garantia da concretização do SUS (BRAVO *et al.*, 2018).

Os mecanismos de participação social devem ser utilizados como instrumentos de luta para a hegemonia, construindo redes e alianças, por meio dos representantes eleitos nos conselhos de direitos, conferências, entre outros espaços de controle social. Esse é o sentido de ampliar a participação social, que caracteriza o conceito de cidadania e o fortalecimento do Estado democrático. Assim, quanto maior a participação popular e os debates sobre as demandas de cada região, mais chances se tem de reduzir as desigualdades sociais e de criar políticas públicas para atender às necessidades da população.

No que tange aos instrumentos de controle social na política de saúde, Bravo e Correia (2012) afirmam que

Os mecanismos de controle social sobre as ações do Estado são mecanismos de democracia que têm limites. Podem denunciar a apropriação privada do que é público e/ ou realocar recursos predeterminados no Orçamento da União para atenderem necessidades reais da população, o que já é um grande avanço na atual conjuntura brasileira. Porém, este controle não é suficiente para se contrapor à ordem do capital. Estes mecanismos podem se constituir em instrumentos de gestão ou de resistência à reprodução ampliada da acumulação do capital quando denunciam a aplicação do fundo público no financiamento desta. É neste sentido que estes devem ser fortalecidos e ampliados (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 135).

Nas circunstâncias atuais, realmente esta é a alternativa possível dentro do Estado Democrático de Direito, só a insurgência de atores sociais de diversos segmentos da sociedade pode fazer frente a esse contexto que vem se desenvolvendo e aprofundando, com a destituição dos direitos sociais. Isso implica ativar os instrumentos democráticos que consistem na participação social, tomada de consciência e unidade nas lutas sociais para investir no processo de fortalecimento da democracia pelos sujeitos e coletivos conforme preconiza a CF/1988.

2.3 AS POLÍTICAS DE EQUIDADE EM SAÚDE: AÇÕES E ESTRATÉGIAS

O conceito de equidade em saúde foi protagonizado pelo movimento de Reforma Sanitária brasileira nas décadas de 1970 e 1980, com base nas lutas populares e sindicais pelo direito à saúde, reivindicando a universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais, em contraposição ao modelo médico de caráter assistencial e previdenciário que vigorava na ditadura civil-militar.

Os principais avanços obtidos na política de saúde se compõem dos seguintes aspectos: democratização do acesso; universalização das ações; melhoria da qualidade dos serviços; modelo assistencial que preconiza a integralidade e equidade das ações; democratização das informações e publicização e transparência no uso de recursos e ações do governo; descentralização com controle social democrático; interdisciplinaridade nas ações e, fundamentalmente, a defesa da saúde como direito de todos e dever do Estado (BRAVO; MATOS, 2001). De acordo com Raichelis (2009),

O conceito de publicização [...] funda-se numa visão ampliada de democracia, tanto do Estado quanto da sociedade civil, e pela incorporação de novos mecanismos e formas de atuação, dentro e fora do Estado, que dinamizem a participação social de modo que ela seja cada vez mais representativa dos segmentos organizados da sociedade, especialmente das classes dominadas (RAICHELIS, 2009, p. 79).

Foram construídas, por meio da CF/1988, políticas universalistas que visavam promover a igualdade, bem como políticas afirmativas, na perspectiva de promoção da equidade, considerando as diferenças de grupos, numa perspectiva da interseccionalidade, isto é, considerando as determinações sociais de classe, sexualidade, raça, gênero, entre outros marcadores sociais. Isso possibilitou a inclusão de segmentos populacionais que passaram a ser reconhecidos pelo Estado e alvo de políticas públicas focalizadas, inspiradas nos valores dos direitos humanos, como, por exemplo, as políticas para mulheres, por intermédio da luta do movimento de mulheres e feministas, que aprofundou o processo de participação do movimento social na formulação, implementação e no controle de políticas públicas (FARAH, 2004).

Nesse sentido, construíram-se formulações a respeito da equidade de gênero, na área da saúde, com o debate sobre direitos reprodutivos e sexuais, entendendo-a como um direito constitucional e reafirmado pelas Conferências Internacionais de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU). De acordo com Facchini (2009),

Processos igualmente complexos, envolvendo uma gama diversa de atores políticos em âmbito nacional e internacional, se desenvolveram em relação a outros sujeitos políticos ou segmentos populacionais a partir dos anos 1990. Assim, emergem na agenda política brasileira as primeiras referências ao que, no início deste século, seriam as ações afirmativas com foco na redução das desigualdades de gênero, no combate ao racismo e nas políticas envolvendo recortes populacionais, como é o caso da juventude, idosos e LGBT. A partir de meados dos anos 1990, é possível acompanhar todo um processo de multiplicação de sujeitos políticos no campo dos movimentos sociais e de “focalização da focalização” nas políticas públicas (FACCHINI, 2009, p. 135).

Cabe sinalizar que o termo equidade emerge com a Reforma Sanitária e, nesse sentido, a política de equidade em saúde tem por objetivo atenuar as assimetrias entre grupos sociais que os caracterizam por meio de acesso a bens, riquezas, recursos sociais e financeiros, entre outros, colocando-os em condições de vantagem e/ou desvantagem social (BRAVEMAN, 2006).

A equidade corresponde, assim, ao empenho em reparar as injustiças sociais com os segmentos historicamente em situação de vulnerabilidade, por meio de ações e políticas específicas, visando minimizar as desigualdades em saúde. Sustenta-se que as pessoas desiguais devem ser tratadas de formas diferentes com o intuito de reduzir as disparidades e iniquidades em saúde.

Vale ressaltar que o conceito de equidade não é expresso na CF/1988, tampouco nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS). A formulação conceitual referida nos princípios doutrinários do SUS destaca o caráter universal e igualitário de ações e serviços, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde. Tal conceito emerge no sentido de subsidiar o acesso universal e igualitário à saúde, que corresponde à noção de equidade de oportunidade e à ação sobre os determinantes que regulam os níveis de saúde da população.

A equidade, portanto, segundo Paim (2008), “possibilita a concretização da justiça, com a prestação de serviços, destacando um grupo ou categoria essencial como alvo especial das intervenções. E a integralidade tende a reforçar as ações intersetoriais e a construção de uma nova governança na gestão de políticas públicas” (PAIM, 2008, p. 113).

Dessa forma, a promoção da equidade possibilita o direito à saúde e objetiva melhorar indicadores desta, considerando as singularidades e as necessidades dos grupos vulneráveis. Portanto, ela articula um conjunto de princípios éticos e políticos que reconhecem os efeitos desses processos de discriminação e de exclusão sobre a saúde.

Desta forma, [o princípio da equidade] orienta as ações e os serviços independentemente do grau de complexidade, sem privilégios ou barreiras, respeitando critérios de necessidades e justiça, considerando a priorização dos que mais precisam. O princípio da equidade assume, portanto, “uma dimensão ética por reduzir diferenças evitáveis e injustas que agridem a dignidade humana” (GUIMARÃES *et al.*, 2017, p. 127).

De acordo com Mello *et al.* (2011), o princípio da equidade é um dos pilares do SUS e o indício desse princípio é o reconhecimento de diversos segmentos sociais e suas características singulares, com necessidades de saúde distintas, que, portanto, carecem de ações distintas.

Guimarães *et al.* (2017) investigaram a percepção de profissionais em cinco Unidades Básicas de Saúde da cidade de Goiânia, Brasil, no que concerne ao atendimento integral à saúde da população LGBT. Verificaram que o processo de implantação e implementação das políticas de promoção de equidade em saúde, voltadas para grupos sociais específicos, necessita de ferramentas atreladas às políticas do SUS, fundamentadas nos seus princípios de universalidade, integralidade e equidade (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

Assim, a política de equidade pauta-se na análise dos diferentes níveis e naturezas aos quais pessoas e grupos estão expostos e sujeitos ao adoecimento, sem desconsiderar as especificidades de cada situação. Assim, engloba uma série de elementos individuais, sociais e programáticos, focando as pessoas frente ao problema e à situação de vulnerabilidade aos quais

estão expostas, com os recursos disponíveis para o enfrentamento dessa questão (GIRONDI et al., 2010).

Nesse sentido, o conceito de equidade refere-se à noção de não discriminação, bem como está relacionado às diferenças no contexto da vida social, que expõe as condições de desigualdades sociais, como a questão da raça/etnia, gênero e sexualidade, que emergem nessa compreensão das políticas de equidade.

As definições conceituais sobre equidade em saúde formuladas por Rawls (2003) e Sen (2002) têm um significado distributivo, vinculado à igualdade de oportunidades. Assim, o conceito de equidade passa também a ser utilizado como mecanismo para propiciar a promoção de ações de saúde baseadas nas demandas a fim de abarcar todos. Isto é, implementação de políticas públicas e ações organizadas para enfrentar o problema em prol da redução das diferenças consideradas desnecessárias, evitáveis, além de serem consideradas injustas. O processo de estruturação das Políticas de Promoção de Equidade em Saúde teve como base a gestão participativa como estratégia utilizada pelo Ministério da Saúde para promoção da equidade em saúde.

De acordo com as propostas governamentais adotadas pelo Ministério da Saúde, no tocante às estratégias de enfrentamento das iniquidades em saúde, e tomando como referência as diretrizes do Plano Plurianual (PPA) 2004-2007, observa-se a criação dos Comitês Técnicos para a Promoção da Equidade. De acordo com Costa e Lionço (2006),

O PPA afirma que o estigma destinado a grupos sociais específicos é um fator tão prejudicial quanto o fator econômico na exclusão do acesso destes determinados segmentos aos direitos, bens e benefícios públicos e explicita que estas condições sejam incorporadas nas políticas do Governo. Este reconhecimento sugere uma maior possibilidade de enunciar os direitos constitucionais relacionados à saúde, dotados de outros sentidos que não apenas o retórico, mas como elemento integrante do princípio fundamental da universalização e da equidade no SUS (COSTA; LIONCO, 2006, p. 52).

Posto isso, o Ministério da Saúde criou, por meio da Portaria GM/MS nº 3.027, de 26 de novembro de 2007 (BRASIL,2007), a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Sgep), com a finalidade de agregar diversas estruturas responsáveis pelas funções de apoio à gestão estratégica e participativa no SUS, tendo como responsável a Coordenação da Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa. Assim, essas funções passaram a ser tratadas, no Ministério da Saúde, pelo Departamento de Apoio à Gestão Participativa (Dagep), que configura um espaço de grande relevância para o debate das iniquidades em saúde das populações vulneráveis, considerando os marcadores sociais de raça, etnia, gênero e modo de vida. Os

princípios que sustentam essas políticas são pautados na gestão participativa, na transversalidade e na sensibilização/qualificação profissional.

A Sgep também é o órgão responsável por apoiar estados e municípios na implementação e no monitoramento das políticas nacionais de atenção integral para o enfrentamento das iniquidades direcionadas a segmentos e populações específicos: população negra; quilombolas; ciganas; LGBT; população em situação de rua; povos do campo, das águas e das florestas.

Vale ressaltar que a Sgep se articula com vários departamentos no âmbito do Ministério da Saúde e de forma interministerial, a fim de pactuar as demandas dos movimentos sociais, de modo intersetorial e visando fortalecer a relação entre governo federal e movimentos sociais, bem como atender às demandas dos segmentos sociais, que é uma característica da política de equidade.

Em 2007, foi criada a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, que publicou a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, o ParticipaSUS. Esta tem por objetivo orientar as ações de governo na promoção, na qualificação e no aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática das políticas públicas no âmbito do SUS, nas respectivas esferas interfederativas da gestão.

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS valoriza os diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS. Sua atuação preconiza a transversalidade das ações; a formação/capacitação como elementos fundamentais para o sucesso da política, como forma de combate ao preconceito a esses grupos sociais, com impacto em sua saúde, e a gestão participativa. Essa política também fortalece os Conselhos e as Conferências de Saúde e a sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular; fomenta a promoção da inclusão social de populações específicas, na perspectiva da política de equidade no exercício do direito à saúde; a afirmação do protagonismo da população na luta por saúde, a partir da ampliação de espaços públicos de debates. A Lei n. 8.142 (BRASIL, 1990a) definiu a participação social como um dos elementos organizativos do SUS.

Os Conselhos são canais importantes de participação coletiva e de criação de novas relações políticas entre governos e cidadãos e, principalmente, de construção de um processo continuado de interlocução pública. Por meio desta interlocução, objetiva-se propor alternativas de políticas públicas, criar espaços de debate, estabelecer mecanismos de negociação e pactuação, penetrar a lógica burocrática estatal para transformá-la e exercer o controle socializado das ações e deliberações governamentais (RAICHELIS, 2009, p. 83).

A gestão estratégica preconiza o alargamento dos espaços públicos e coletivos a fim contribuir na troca de saberes sobre saúde, preservando a subjetividade e a especificidades presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, com a dinâmica da vida (BRASIL, 2008d). Já a Gestão Participativa e o Controle Social no SUS envolvem os mecanismos institucionalizados, inclusive os conselhos e as conferências de saúde, assim como os processos participativos de gestão estabelecidos nos três níveis federativos.

Desse modo, observa-se, mais uma vez, a necessidade de fortalecer o campo democrático em defesa de políticas sociais e por meio da difusão do conhecimento sobre saúde, bem como da participação nas políticas públicas, qualificando os trabalhadores do SUS no conjunto de ações estratégicas das políticas de saúde. É necessário também envolver as instâncias de pactuação entre gestores e os mecanismos de mobilização social. De acordo com Raichelis (2009),

A implantação de inúmeros Conselhos em diferentes setores revela que está em funcionamento um certo “modelo” de participação da sociedade na gestão pública, forjado na dinâmica das lutas sociais das últimas décadas, que busca redefinir os laços entre espaço institucional e práticas societárias, não como polaridades que se excluem, mas como processos conflituosos que se antagonizam e se complementam, pondo em relevo a luta pela inscrição de conquistas sociais na institucionalidade democrática (RAICHELIS, 2009, p. 83).

No entanto, de acordo Laurentino (2015), uma das principais dificuldades da Sgep se encontra no funcionamento dos comitês técnicos em saúde nos estados, por não existir um processo contínuo de aprimoramento das políticas. Essa descontinuidade revela o próprio processo de implementação da política pública, a partir dos instrumentos institucionais de promoção da equidade em saúde, tanto no âmbito da União, como nos estados e municípios, demonstrando que esses são incipientes e frágeis.

Sendo assim, é importante a participação social, uma vez que a integração da sociedade no acompanhamento das políticas e no monitoramento dos programas potencializa as possibilidades de sua efetividade. A gestão participativa surge então como um importante mecanismo estratégico para estruturação do SUS, capaz de intervir e comunicar-se com outros fundamentos do processo de democratização, como a descentralização, a regionalização e a mudança da cultura de gestão (BEZERRA, 2012).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS n. 2.979, de 15 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011f), definindo a transferência de recursos para estados e o Distrito Federal, especialmente, para a implementação e o fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS). Tal ação

buscou promover a equidade em saúde e a implementação e o fortalecimento das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e do Sistema de Planejamento do SUS (BRASIL, 2011) e, assim, atender à necessidade de financiamento das diversas políticas de equidade, anteriormente carentes ou ausentes no que concerne aos recursos para sua implementação como indígenas, quilombolas, população de rua, LGBT, entre outras.

Podem-se citar, como exemplo, algumas políticas adotadas nessa perspectiva, como a utilização do nome social para travestis e transexuais nos serviços de saúde; o combate ao racismo institucional; o respeito ao estilo de vida e de produção da população do campo, das águas e das florestas e o reconhecimento da condição sobre o modo nômade de viver dos ciganos (BRASIL, 2011).

Portanto, ainda podemos mencionar de forma mais específica, na área da saúde, outras políticas, como o processo transexualizador, que passou a integrar a referida política; a adoção, nas fichas de atendimento, do quesito cor/raça e nome social no cartão SUS; a atenção às doenças étnicas comuns à população negra, como a anemia falciforme; a isenção de comprovante de residência para o povo cigano; o reconhecimento do papel das benzedeiros e parteiras nos cuidados em saúde através da política nacional de práticas integrativas complementares em Saúde (PNPIC) criada por meio da Portaria GM/MS n. 971, de 3 de maio de 2006 (BRASIL, 2006b).

Outra ação realizada para capacitar profissionais de saúde foi a de ofertar diversos módulos de ensino a distância (EaD), por meio da Universidade Aberta do SUS (Unasus). Vale ressaltar que a gestão é dos agentes responsáveis em garantir a transversalidade, em geral, que tendem a um maior grau de valorização e compromisso com essas ações, sobretudo, no que tange à sensibilização dos profissionais e à qualificação dos gestores para atuar na perspectiva da transversalidade.

No que se refere à gestão participativa, foram criadas as Comissões Intersetoriais de Saúde, compostas do corpo técnico do Ministério da Saúde, profissionais da saúde e dos movimentos sociais, além dos prestadores de serviço que atuam no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Essas comissões assessoram o CNS na execução das políticas públicas e têm o objetivo de articular políticas e programas. Os Comitês Técnicos de Saúde nos âmbitos federal e estaduais mais a participação popular que compõe as comissões são os atores fundamentais para o desenvolvimento e o aprimoramento das ações na política de equidade.

Conforme Paim (2010), já dizia “uma das principais barreiras para a efetivação do SUS na sua totalidade consiste nas questões relativas à desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, à dificuldade de estruturar práticas pautadas na integralidade, atingir a

equidade em saúde, consolidar o controle social vinculado com os movimentos sociais e fundamentalmente a questão do financiamento para os setores de maneira equânime”. Contudo, a partir de 2016, o cenário se complexificou, devido à política fiscal imposta pela regra do teto de investimentos públicos – Emenda Constitucional 95. Por isso, faz-se necessário retomar a mobilização social e suas entidades representativas, em prol da materialização real dos direitos assegurados constitucionalmente, frente ao avanço neoliberal, que incide nas políticas de saúde e nas demais políticas sociais. Desse modo, considerando o desenvolvimento dos processos políticos, organizacionais e administrativos no âmbito do Ministério da Saúde e dos princípios dos direitos humanos, bem como a busca pela integralidade e da equidade em saúde, emergem as políticas de saúde para a população LGBT.

Diante dos esforços do Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD) e da articulação entre movimentos sociais e representantes do governo, favorecida pela conjuntura política e social, paulatinamente, no âmbito do Ministério da Saúde, foram sendo construídas portarias, normativas e resoluções para atender às necessidades em saúde da população LGBT.

A PNSI-LGBT é um marco legal significativo, expressão da organização e mobilização dos ativistas que conquistaram pela luta política um cenário de relações de forças favoráveis. Essa política é fundamentada nos princípios doutrinários do SUS, pautada no princípio da equidade em saúde e justiça social. Além disso, adota a compreensão de que a orientação sexual e a identidade de gênero que destoam da cis-heteronormatividade são condicionantes de saúde.

Para Duarte (2018, p. 9), “a promoção da equidade para LGBT necessita ser compreendida a partir da perspectiva das suas vulnerabilidades específicas, demandando iniciativas políticas e operacionais que tenham como meta a proteção aos direitos humanos e sociais dessa população”. De acordo com Lionço (2008),

A garantia do direito à saúde para a população GLTB, superando a violação de seus direitos humanos rumo à promoção da equidade no sistema de saúde, requer, necessariamente, que se avance na perspectiva da democratização dos direitos humanos, mediante o reconhecimento das diversas possibilidades e de constituição humanas e do exercício da sexualidade (LIONÇO, 2008, p. 18).

Afirma ainda a autora que

O direito à saúde integral para essa população requer o redimensionamento dos direitos sexuais e reprodutivos, demandando a desnaturalização da sexualidade e de suas formas de manifestação, bem como a recusa a medicalização da sexualidade humana segundo a lógica heteronormativa e da linearidade e na determinação do sexo sobre o gênero (LIONÇO, 2008, p. 18).

A PNSI-LGBT propõe ações que visem coibir práticas discriminatórias de caráter intersetorial que abrange a educação permanente e continuada em direitos humanos no SUS, elucida sobre os temas relacionados à identidade de gênero e orientação sexual, bem como a utilização desses quesitos no preenchimento dos prontuários do SUS, a participação dos movimentos sociais LGBT nos conselhos de saúde; assegura os direitos sexuais e reprodutivos; cria regimentos e procedimentos para o atendimento humanizado; aprimora o processo transexualizador e ações de prevenção contra as Infecções Sexualmente transmissíveis (ISTs) e a aids.

Assim, na perspectiva da formação dos trabalhadores do SUS, é que o Ministério da Saúde lançou, em 2015, por meio do módulo de ensino a distância (EaD), um curso *on-line* e gratuito sobre a saúde da população LGBT, com parcerias com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Sgep), a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Sgets), a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj) e com a participação do comitê técnico de saúde LGBT. De acordo com Lionco (2008),

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 (LIONCO, 2008, p. 13).

Para tanto, a sensibilização e a qualificação dos profissionais de saúde são imprescindíveis para que o princípio da equidade seja efetivo.

3 A INSERÇÃO HISTÓRICA DE LGBT NA POLÍTICA DE SAÚDE

3.1 DIREITOS SEXUAIS NO ÂMBITO DOS DIREITOS HUMANOS

A noção de direitos humanos se iniciou na Revolução Francesa (1789-1799), onde ocorreram as primeiras manifestações inspiradas nos ideais de liberdade, igualdade e fraternidade. No entanto, foi com o crescimento das democracias liberais no mundo, com o desenvolvimento das ideologias modernas e com o avanço da ciência, sob a égide da ordem liberal burguesa, que engrenaram para o processo de reordenação dos valores humanos que culminou com a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Os direitos humanos simbolizam o respeito aos valores básicos inerentes a todas as pessoas pautados na dignidade e na construção de uma sociedade justa e democrática. A Declaração Universal dos Direitos Humanos foi fruto de debates e teve sua pactuação por vários países na Assembleia Geral, da então recente criada, Organização das Nações Unidas (ONU), em 10 de dezembro de 1948.

Os direitos sexuais e reprodutivos foram criados para orientar os Estados, instituições, grupos e indivíduos na perspectiva dos princípios fundamentais dos direitos humanos, tendo como norte demarcar as relações e práticas nas esferas da reprodução e da sexualidade. Foram elaborados, portanto, visando promover relações equânimes entre os gêneros, o direito de vivenciar a liberdade, privacidade, intimidade, autonomia e a garantia do livre exercício da sexualidade, que abrange a reprodução humana, sem qualquer tipo de discriminação, coerção ou violência.

Vale ressaltar que a organização dos movimentos sociais alavancou os debates internacionalmente no âmbito da ONU. O termo “direitos sexuais” foi introduzido no debate dos marcos internacionais dos direitos humanos, inicialmente, face à discussão sobre direitos e saúde reprodutiva na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), em 1994, no Cairo, no Egito. Nesse evento, que é um marco para os acordos internacionais sobre o tema, 184 Estados reconheceram os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos, entendendo-os como direito à cidadania, inextricavelmente indissociáveis dos direitos civis e sociais.

Assim, o debate sobre sexualidade passou a integrar as pautas na esfera política na conhecida Conferência de Cairo, problematizando o direito à saúde reprodutiva, reconhecendo-se os direitos reprodutivos, centrados nas mulheres, como direitos humanos e elemento

fundamental da igualdade de gênero. Mudança de paradigma que toma o desenvolvimento da pessoa e as questões relacionadas às desigualdades, oriundas das relações de gênero e das opressões, como discriminação, exclusão, estigmatização e preconceitos dirigidos contra segmentos sociais marginalizados em várias partes do mundo.

A IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em 1995, em Pequim, teve como pauta a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, o que acabou por negligenciar o debate sobre os direitos sexuais da população LGBT. Nessa Conferência, a discussão foi retomada no parágrafo 96 da Declaração e Plataforma de Ação de Pequim:

Os direitos humanos das mulheres incluem seus direitos a ter controle e decidir livre e responsabilmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, direitos reprodutivos incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coação, discriminação e violência. Relacionamentos igualitários entre homens e mulheres nas questões referentes às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito pela integridade da pessoa, requerem respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades sobre o comportamento sexual e suas consequências (ONU MULHER, s/p.).

As críticas à referida Conferência foram relacionadas a seu caráter conservador, pois preconizou o debate exclusivamente às mulheres no que tange aos direitos sexuais, com viés marcadamente sexista, binário, heterossexual e monogâmico.

Em 2006, foi elaborado um documento fundamentado nas resoluções e convenções da ONU, contemplando as especificidades da comunidade LGBT e as formas de discriminação relacionadas à identidade de gênero e orientação sexual. Esse documento, com apoio de diversos atores e organizações da comunidade internacional, foi intitulado *Princípios de Yogyakarta (PY)*. Trata-se de um conjunto de princípios e da aplicação da legislação internacional de direitos humanos direcionada à orientação sexual e identidade de gênero, revelando as desigualdades existentes em relação a grupos não hegemônicos, como os de LGBT, simbolizando uma grande conquista.

Os ativistas e promotores de direitos LGBT vêm tentando, desde a década de 1990, tornar a orientação sexual e a identidade de gênero categorias de não discriminação nas leis internacionais, afirmando que as proteções existentes de direitos humanos que se aplicam igualmente a todos os indivíduos eram insuficientes. Nesse sentido, cabe entender e estender os direitos sexuais e a saúde sexual como direitos humanos, o que significa, portanto, explicá-los a partir da defesa do livre exercício da sexualidade – orientação sexual e identidade de gênero, sem discriminações, preconceitos, estigmas, constrangimentos, violências e livre de coerção (DUARTE, 2014, p. 91).

O referido documento dos PY adequa as definições de direitos humanos fundamentais consagrados em tratados, convenções, resoluções e outros textos internacionais sobre os direitos humanos, no sentido de dar maior visibilidade e aplicá-los à situação de discriminação, estigma e violência, vivenciadas por pessoas e grupos em razão da sua orientação sexual e identidade de gênero. De acordo com Duarte (2014),

Se tomarmos os marcos legais internacionais no campo dos direitos humanos, a questão do livre exercício da sexualidade e das expressões das identidades de gênero foi posta na agenda mundial na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, em 1994, na cidade do Cairo e, no ano seguinte, na cidade de Pequim. Essas duas conferências trouxeram à tona a temática dos direitos sexuais, por um lado, por não ser mais tratada como um subtema e, por outro, separando-a do debate da sexualidade que até então vinha sendo realizado, com a vinculação necessária à lógica da saúde reprodutiva (DUARTE, 2014, p. 81).

Os PY dispõem de 29 princípios⁷ que comungam com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, ressaltando as questões relativas à igualdade de gênero e orientação sexual, a saber: 1. Direito ao gozo universal dos direitos humanos; 2. Direito à igualdade e a não Discriminação; 3. Direito ao reconhecimento perante a Lei; 4. Direito à vida; 5. Direito à segurança pessoal; 6. Direito à privacidade; 7. Direito de não sofrer privação arbitrária da liberdade; 8. Direito a um julgamento justo; 9. Direito a tratamento humano durante a detenção; 10. Direito de não sofrer tortura e tratamento ou castigo cruel, desumano e degradante; 11. Direito à proteção contra todas as formas de exploração, venda ou tráfico de seres humanos; 12. Direito ao trabalho; 13. Direito à seguridade social e outras medidas de proteção social; 14. Direito a um padrão de vida adequado; 15. Direito à habitação adequada; 16. Direito à educação; 17. Direito ao padrão mais alto alcançável de saúde; 18. Proteção contra abusos médicos; 19. Direito à liberdade de opinião e expressão; 20. Direito à liberdade de reunião e associação pacíficas; 21. Direito à liberdade de pensamento, consciência e religião; 22. Direito à liberdade de ir e vir; 23. Direito de buscar asilo; 24. Direito de constituir uma família; 25. Direito de participar da vida pública; 26. Direito de participar da vida cultural; 27. Direito de promover os direitos humanos; 28. Direito a recursos jurídicos e medidas corretivas eficazes e 29. Responsabilização (“accountability”).

Destaca-se o princípio nº. 1 no qual está disposto o direito fundamental ao gozo universal dos direitos humanos, pelo qual “todos os seres humanos nascem livres e iguais em

⁷ Os PY foram complementados com mais dez, em 2017, conhecidos como “PY+10”, expandindo-se para incluir mais formas de expressão de gênero e características sexuais, além de vários novos princípios.

dignidade e direitos. Os seres humanos de todas as orientações sexuais e identidades de gênero têm o pleno direito de desfrutar de todos os direitos humanos” (ONU, 2006, p. 12).

O segundo princípio orienta que “todas as pessoas têm o direito de desfrutar de todos os direitos humanos livres de discriminação por sua orientação sexual ou identidade de gênero” (ONU, 2006, p. 12). O décimo nono princípio da Yogyakarta dispõe:

Toda pessoa tem o direito à liberdade de opinião e expressão, não importando sua orientação sexual ou identidade de gênero. Isto inclui a expressão de identidade ou autonomia pessoal através da fala, comportamento, vestimenta, características corporais, escolha de nome ou qualquer outro meio, assim como a liberdade para buscar, receber e transmitir informação e ideias de todos os tipos, incluindo ideias relacionadas aos direitos humanos, orientação sexual e identidade de gênero, através de qualquer mídia, e independentemente das fronteiras nacionais (ONU, 2006, p. 26).

Vale ressaltar que esse documento foi traduzido por diversos idiomas a fim de orientar ações, mapear as iniciativas e criar interação entre as nações, nos níveis local e global (CORRÊA, 2009). Compõem ainda esse manifesto:

Direito à liberdade sexual; direito à autonomia sexual, integridade sexual e à segurança do corpo sexual; direito à privacidade sexual; direito ao prazer sexual; direito à expressão sexual; direito à associação sexual; direito às escolhas reprodutivas livres e responsáveis; direito à informação sexual livre de discriminações. Estes são alguns dos desdobramentos mais importantes dos princípios fundamentais da igualdade e da liberdade que regem um direito da sexualidade. Liberdade, privacidade, autonomia e segurança, por sua vez, são princípios fundamentais que se conectam de modo direto ao direito à vida e ao direito a não sofrer exploração sexual (RIOS, 2006, p. 85).

Apesar de a Declaração Universal dos Direitos Humanos explicitar a universalidade de direitos, de acordo com a ONU, em 72 países, ainda existem leis que criminalizam relações homossexuais e expressões de gênero. Apenas um terço das nações contam com legislação para proteger indivíduos da discriminação por orientação sexual e cerca de 10% têm mecanismos legislativos para proteger pessoas da discriminação por identidade de gênero. Vale ressaltar que

as violações de direitos humanos que atingem pessoas por causa de sua orientação sexual ou identidade de gênero, real ou percebida, constituem um padrão global e consolidado, que causa sérias preocupações. O rol dessas violações inclui execuções extrajudiciais [sic], tortura e maus-tratos, agressões sexuais e estupro, invasão de privacidade, detenção arbitrária, negação de oportunidades de emprego e educação e sérias discriminações em relação ao gozo de outros direitos humanos. Estas violações são com frequência [sic] agravadas por outras formas de violência, ódio, discriminação

e exclusão, como aquelas baseadas na raça, idade, religião, deficiência [sic] ou *status* econômico, social ou de outro tipo (ONU, 2013, p. 6).

Cabe ressaltar que reivindicar os direitos sexuais é pleitear a sexualidade como um direito que é intrínseco a todos/as/es e deve ser exercido sem nenhum tipo de preconceito e discriminação, pois as pessoas possuem o direito de exercer a sexualidade com privacidade, autonomia e dignidade.

No Brasil, o debate da proteção aos direitos humanos ocorreu no período da transição democrática (1985-1988), da ditadura civil-militar (1964-1985) para a democracia, e os direitos fundamentais da vida, das liberdades civis e da segurança foram incorporados à Carta Magna de 1988. No âmbito nacional, a luta por direitos civis, políticos e sociais contou com o intenso protagonismo dos movimentos sociais pela democratização do país. O movimento homossexual brasileiro emergiu nesse contexto, ainda no período do regime militar, em 1978, como já sinalizado, atravessando esse processo de transição democrática, reivindicando direitos civis, como negros, mulheres e tantos outros segmentos da vida social.

Portanto, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), foi reconhecido e assumido pelo Estado Democrático de Direito um conjunto de leis inspiradas pelos princípios dos direitos humanos, expressando o compromisso do Estado brasileiro, em assegurar esses direitos de cidadania, principalmente, porque, na ordem mundial, os direitos humanos já estavam consagrados nos marcos legais dos direitos internacionais, pelas pactuações entre as nações nas diversas conferências internacionais da ONU, e o Brasil é um de seus signatários.

Desse modo, a partir da configuração do Estado Democrático de Direito, as demandas oriundas dos movimentos feministas, negros, LGBT, entre outros, tiveram, na Carta Magna, uma certa consolidação de suas pautas e bandeiras de luta, alcançando legitimidade e reconhecimento, enquanto sujeitos sociais, pois, constituindo-se como tal, teriam respaldo jurídico para suas pautas e reivindicações de direitos.

Os movimentos sociais tiveram um importante papel no debate dos direitos sexuais frente ao Estado, contribuindo para um processo de enfrentamento da moral sexual, empenhados na luta política, bem como o amadurecimento e avanços teóricos, em particular, o movimento feminista, concernente ao debate sobre as relações de gênero e dissociando sexualidade de reprodução, entendendo-os como fenômenos distintos. Nesse sentido, a luta pelo reconhecimento dos direitos reprodutivos e sexuais estendeu-se para os dissidentes sexuais, a comunidade LGBT.

Vale ressaltar que a discussão dos direitos sexuais e direitos reprodutivos no país foi norteada pelos princípios democráticos, integrando assim as políticas sociais voltadas para os segmentos em situação de vulnerabilidade social, como pessoas de grupos étnico-raciais, historicamente discriminadas e estigmatizadas, como pelos segmentos religiosos marginalizados, pessoas que vivem com HIV/aids, entre outras.

O avanço da pandemia do/a HIV/aids contribuiu para colocar na pauta dos organismos internacionais o debate sobre sexualidade como uma questão de saúde pública no âmbito internacional. Vale ressaltar que esse debate, em nível global, enfrentou os governantes de diversos países, que travaram um debate moralista a respeito da sexualidade, defendendo políticas sexuais repressoras que envolviam a questão da reivindicação do movimento feminista ao aborto, ataques às identidades e práticas aos dissidentes sexuais.

Nos anos 1990, entram em cena diversos segmentos de ativistas políticos de várias partes do mundo que defendiam uma política sexual positiva, isto é, que consistia na valorização da diversidade sexual, fundamentados nos princípios dos direitos humanos e dos direitos sexuais, contrapondo-se ao sistema repressivo dos Estados. Tendo a ONU como campo de luta estratégico, como outras arenas políticas, o ativismo alcançou diversas nações e difundiu reflexões em favor de um exercício da sexualidade que rompesse com o sistema repressivo sobre as políticas sexuais instituídas.

A sexualidade passou a ser vista como objeto de direitos na esfera internacional, capitaneado pelas organizações do movimento de mulheres e feministas frente às demandas que emergiam dos novos contextos sociais e culturais vivenciados na sociedade contemporânea. Debatiam-se as assimetrias de gênero, articulando sexualidade, reprodução e iniquidades ocorridas nos respectivos movimentos, feminista e LGBT, nos Estados Unidos da América, Europa e América Latina, empenhados na luta contra a discriminação (CORRÊA, 2009).

Carrara (2010), apontou a existência de um “processo de crescente autonomização da sexualidade como plano específico de exercício de direitos, não mais vinculada necessariamente a considerações relativas à saúde ou demografia” (CARRARA, 2010, p. 135), o que ainda hoje ocorre.

Vale ressaltar que o debate sobre os direitos sexuais e reprodutivos contempla o exercício da liberdade de usufruir de forma consciente, responsável e satisfatória a sexualidade, para tanto, são reivindicadas políticas específicas que assegurem um conjunto de direitos indispensáveis para o seu livre exercício.

Na discussão sobre sexualidade e Direitos Humanos, tomamos a noção de direitos sexuais e reprodutivos como parâmetro, a fim de evidenciar as questões relacionadas ao tema, tais como: planejamento familiar; acesso a métodos contraceptivos seguros; esterilização cirúrgica; assistência à gravidez e ao parto, incluindo atendimento pré-natal; aborto; mortalidade materna; novas tecnologias reprodutivas; doenças sexualmente transmissíveis e AIDS; violência e exploração sexual; prostituição e turismo sexual; não-discriminação em razão de orientação sexual; uniões e famílias homossexuais; “mudança de sexo” e alteração do registro civil, entre outras (SOUSA, 2010, p. 4.907).

A partir dos anos 2000, houve maior investimento sobre o tema em uma outra perspectiva. De acordo com Carrara (2010, p. 135), “a política sexual brasileira se desenvolve, no âmbito dos direitos sexuais e estes referem-se às prerrogativas legais relativas ou à sexualidade ou a grupos sociais cujas identidades foram forjadas sobre formas específicas de desejos e de práticas sexuais”.

Reconhecer os direitos sexuais como direitos humanos implica necessariamente o reconhecimento à diferença e à indiferença existente em relação às minorias sociais, expostas a condições de vulnerabilidade. Portanto, a promoção dos direitos sexuais se prende ao reconhecimento de diferentes identidades e distribuição de recursos (PIOVESAN, 2006).

Sendo assim, o papel do Estado consiste em assegurar o pleno exercício da sexualidade e políticas públicas, ou seja, resguardar os direitos sexuais e reprodutivos e monitorar a implementação desses direitos de maneira intersetorial, abrangendo medidas educativas, legislativas, judiciais e com mecanismos para a eliminação da discriminação e todas as formas de preconceito e violação de direitos e participação da sociedade, por meio do controle social, a fim de avaliar a efetividade das políticas.

Direitos sexuais referem-se a normas específicas que emergem, quando direitos humanos existentes são aplicados à sexualidade. Estes direitos incluem liberdade, igualdade, privacidade, autonomia, integridade e dignidade de todas as pessoas; princípios reconhecidos em muitos instrumentos internacionais que são particularmente relevantes para a sexualidade. Direitos sexuais oferecem uma abordagem que inclui, mas vai além da proteção de identidades particulares. Direitos sexuais garantem que todos tenham acesso a condições que permitam a plenitude e a expressão da sexualidade livre de qualquer forma de coerção, discriminação ou violência e dentro de um contexto de respeito à dignidade (IPPF, 2008).

Os direitos sexuais são entendidos como extensão dos direitos humanos, por isso a relevância e o dever do Estado brasileiro em criar políticas públicas de caráter intersetorial a

fim de implementar ações inspiradas nesses princípios e reivindicações dos movimentos sociais.

Contudo, as diretrizes nacionais que orientaram a atuação do poder público no âmbito dos direitos humanos foram desenvolvidas somente a partir de 1996⁸, ano do lançamento do primeiro Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH I), como nas edições subsequentes, o PNDH II e o PNDH III.

De acordo com Facchini (2009, p. 36), “o primeiro documento oficial do Brasil a reconhecer publicamente homossexuais no campo da promoção dos direitos humanos é o Plano Nacional de Direitos Humanos (PNDH), elaborado em 1996”. A esse respeito, Vianna e Carrara (2008) afirmam que

No momento em que foi elaborada, a chamada Constituição Cidadã espelhou a configuração de forças existentes entre diferentes movimentos sociais que a época buscava transportar para a esfera pública uma série de questões antes consideradas do âmbito da vida privada, muitas delas envolvendo questões relativas ao gênero e a sexualidade. Certas transformações foram expressivas, como a formulação da equidade de gênero como direito constitucional e o reconhecimento legal da existência de diversas formas de família, reflexos claros da pressão de grupos feministas e mulheres (VIANNA; CARRARA, 2008, p. 134).

É importante salientar as circunstâncias nas quais se inscreve esse processo, pois o PNDH I, elaborado em 1996, não fazia menção aos direitos relacionados a orientação sexual e identidade de gênero. Somente com a revisão do Programa Nacional de Direitos Humanos, o PNDH II, em 2002, é que esses temas passaram a contemplar o referido documento, propondo ações direcionadas ao segmento LGBT.

O direito à saúde integral para essa população requer o redimensionamento dos direitos sexuais e reprodutivos, demandando a desnaturalização da sexualidade e de suas formas de manifestação, bem como a recusa à medicalização da sexualidade, que tende a normatizar as expressões da sexualidade humana segundo a lógica heteronormativa e da linearidade na determinação do sexo sobre o gênero. Isso implica considerar outros discursos sobre a sexualidade humana como legítimos, inclusive como ferramenta crítica ao saber/poder médico que tende a patologizar e medicalizar as diferenças que denunciam a não naturalidade, no humano, dos processos

⁸ Em 1993, ocorreu uma convenção em Viena, que orientou os Estados-membros das Nações Unidas que constituíssem, objetivamente, programas nacionais de direitos humanos. No Brasil, existem três versões do PNDH, as versões I e II foram publicadas durante o governo de FHC, e a última, ou PNDH III, foi publicada no final de 2009, no governo Lula. O Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH) é um programa do Governo Federal e foi criado, com base no art. 84, inciso IV, da Constituição, pelo Decreto nº 1.904, de 13 de maio de 1996, contendo diagnóstico da situação desses direitos no país e medidas para a sua defesa e promoção.

constitutivos e das práticas sociais e relacionais vinculadas à sexualidade (LIONÇO, 2008, p. 18).

Cabe sinalizar a importância do PNDH 2 para os direitos LGBT, na medida em que ele publica ações e políticas públicas voltadas para o segmento LGBT. Dessas, cinco ações abarcavam “orientação sexual” como desdobramento da “garantia do direito à liberdade, opinião e expressão” e dez eram relativas à “garantia do direito à igualdade” de LGBT. Todavia, essas proposições não chegaram a ser respondidas por meio de ações concretas por nenhum órgão do poder público (MELLO et al., 2012), tendo em vista que, em 2002, não se obteve resultado esperado, pois não foram executadas por nenhum órgão estatal.

Contudo é o PNDH2 que influencia aquele que é considerado o marco oficial para os direitos humanos de LGBT, no sentido da construção do seu estatuto de cidadania, o *Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual*, denominado *Brasil Sem Homofobia* (BSH), instituído, em 2004, como já sinalizado anteriormente. Este apresenta eixos e proposições para diversas políticas setoriais para contemplar as demandas desse público, como a política de saúde voltada para LGBT. Constrói-se uma nova condição de cidadania, apesar de ainda incipiente, precarizada e frágil.

Um Estado democrático de direito não pode aceitar práticas sociais e institucionais que criminalizam, estigmatizam e marginalizam as pessoas por motivo de sexo, orientação sexual e/ou identidade de gênero. Diante disto, o Estado assume a responsabilidade de implementar políticas públicas que tenham como foco a população LGBT, a consolidação da orientação sexual e identidade de gênero, com vistas a romper com essa lógica injusta. A atuação do Estado, especialmente por meio da formulação e implementação de políticas, interfere na vida das pessoas, ao determinar, reproduzir ou alterar as relações de gênero, raça e etnia e o exercício da sexualidade. O Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT tem como compromisso e desafio interferir nas ações do Estado, de forma a promover a cidadania, com respeito às diversidades (BRASIL, 2004, p. 11).

Nesse sentido, ressalta-se que o BSH institui os seguintes objetivos:

A inclusão da perspectiva da não discriminação por orientação sexual e de promoção dos direitos humanos de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais, nas políticas e estratégias do Governo Federal, a serem implantadas (parcial ou integralmente) por seus diferentes ministérios e secretarias; a produção de conhecimento para subsidiar a elaboração, implantação e avaliação das políticas públicas voltadas para o combate à violência e à discriminação por orientação sexual, garantindo que o governo brasileiro inclua o recorte de orientação sexual e o segmento GLTB em pesquisas nacionais a serem realizadas por instâncias governamentais da administração pública direta e indireta; a reafirmação de que a defesa, a garantia e a promoção dos direitos humanos incluem o combate a todas as formas de discriminação e de violência e que, portanto, o combate à homofobia e a promoção dos direitos humanos de homossexuais é um compromisso do Estado e de toda a sociedade brasileira (BRASIL, 2004, p. 11-12).

Sendo assim, a proposta do BSH é de se estruturar por meio de diretrizes, contemplando as frentes de atuação, pelas pastas ministeriais, para efetivação de ações que configurem a política pública de LGBT em todos os níveis de atuação. Os ministérios e secretarias do governo federal assumem a responsabilidade por serem coautores do programa.

O documento prevê 53 ações, distribuídas em 11 áreas, envolvendo oito secretarias e ministérios, com ações planejadas e, além disso, realiza: articulação da política de promoção dos direitos dos LGBT (nove ações); legislação e justiça (três ações); cooperação internacional (cinco ações); segurança (cinco ações); educação (uma ação que se desdobra em sete propostas); saúde (três ações); trabalho (quatro ações); direito à cultura (seis ações); política para a juventude (três ações); política para as mulheres (nove ações) e política contra o racismo e a homofobia (cinco ações).

Das ações voltadas para a saúde, objeto deste estudo, a mais importante é o fomento da participação social por meio do Comitê de saúde LGBT, do Ministério da Saúde, criado com o objetivo de estruturar uma Política Nacional de Saúde para essa população. As outras duas referem-se à produção de conhecimentos sobre saúde da população LGBT e à capacitação de profissionais de saúde para o atendimento a essa população (BRASIL, 2004).

Além disso, o BSH influenciou a terceira versão do PNDH, atualizando e especificando os objetivos estratégicos e suas formas de atuação, contemplando cinco ações programáticas, de forma objetiva e sistematizada em prol da garantia do respeito a livre orientação sexual e identidade de gênero, instituída pelo Decreto n. 7.037, de 21 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009a).

A liberdade desdobra-se em inúmeros outros direitos, os quais são imprescindíveis, sobretudo, para segmentos mais vulneráveis da sociedade, no que concerne a pessoas que contrariam a lógica cis-heteronormativa, a fim pleitear direitos e a sua dignidade (RIOS, 2007).

Atualmente, percebe-se o retrocesso e o debate dos direitos humanos enfraquecido com o avanço de forças reacionárias internacional e nacionalmente, diferentemente do que ocorreu no período do governo do Partido dos Trabalhadores, pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006 e 2007-2010) e pela presidenta Dilma Rousseff (2011-2014 e 2015 a 2016), que deixou o poder por meio de processo de *impeachment* reconhecido por muitos como golpe. O governo Lula promoveu a agenda dos Direitos Humanos, pautando demandas dos movimentos sociais, da população negra, movimento feminista e movimento LGBT e demais minorias sociais, com fomento da participação popular da sociedade civil organizada por meio de conselhos de direitos e conferências municipais, estaduais e nacionais.

Vale destacar que o Conselho de Direitos da População LGBT teve início no governo Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002) e contribuiu para a aprovação de leis, decretos, normativas que vão ao encontro das demandas desses segmentos. No período do governo Dilma, não houve avanço significativo nas pautas da população LGBT, contudo, de 2016 até 2021, evidencia-se um estado de retrocessos no que diz respeito aos direitos humanos, bem como aos direitos sociais.

Em 2019, o presidente Jair Messias Bolsonaro, ao assumir o governo federal, reestruturou os ministérios, a partir da Medida Provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019⁹. Com isso, o Ministério de Direitos Humanos passou a ser Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Na sequência, emergiu o Decreto nº 9.759 (BRASIL, 2019b), que extinguiu e limitou a criação de órgãos colegiados no âmbito do Governo Federal. Fato é que a pasta sobre os direitos humanos de LGBT desapareceu e com ela o Conselho LGBT, espaço extinto de controle social na medida em que não há gestão das políticas públicas LGBT. Tal postura tem caráter antidemocrático e é contrária ao que preconiza a Carta Magna (BRASIL, 1988), que instituiu o controle social para monitoramento das políticas públicas.

De acordo com Machado (2012, p. 41), a realidade brasileira é marcada “pela negação de direitos civis e políticos e os direitos sociais, quando viabilizados, ainda são tomados como instrumento de controle do Estado sobre a sociedade”. A conjuntura ultraneoliberal cada vez mais devasta os direitos sociais, por conseguinte, mostra-se a necessidade de fortalecimento da sociedade civil para resistir aos retrocessos e desmontes no que concerne à efetivação das políticas públicas e dos direitos humanos.

3.2 O MOVIMENTO LGBT OCUPA O ESTADO DEMOCRÁTICO

A ocupação do movimento LGBT no Estado brasileiro, inicialmente, ocorreu em decorrência da epidemia do/a HIV/aids, na década de 1980, como já abordado. Nesse contexto, havia grande mobilização política do movimento homossexual e de diversos setores da sociedade na luta pela redemocratização do país, como, por exemplo, o movimento de reforma sanitária, que se empenhava na construção de uma nova política de saúde pública de caráter universal, integral e equitativa.

⁹ A referida MP foi convertida na Lei nº 13.844, em 18 de junho de 2019 (BRASIL, 2019a).

Um ator de grande notoriedade neste processo foi o presidente do Triângulo Rosa, João Antônio Mascarenhas, que acompanhou os debates a Assembleia Nacional Constituinte (ANC), e discursou na Assembleia Constituinte na tentativa de sensibilizar os parlamentares a fim de incluir o termo “orientação sexual” no que concerne as proibições de discriminação enumeradas no art. 5 da Constituição (CÂMARA, 2002). Vale destacar, que muitos atores sociais estavam envolvidos, assim como, parlamentares de esquerda como exemplo o deputado que participou da constituinte o Excelentíssimo Genoíno (PT-SP), este foi responsável de colocar esse tema em debate e colocar a proposta para votação em plenário, que no final não logrou êxito. Um expoente da militância política sobre direitos sexuais foi o político Herbert Daniel, cabe destacar que Herbert se afirmava como homossexual, foi guerrilheiro e exilado político durante a ditadura militar. Daniel se destacou como militante nos debates internos do PT sobre gênero e sexualidade. (SANTOS;2016,p.158). Dentre outros políticos que atuaram nessa pauta como Fernando Gabeira foi outro político que se destacou no debate relacionado a defesa de pessoas homossexuais e Marta Suplicy que tem como bandeira de luta a promoção da diversidade sexual.

Esses processos políticos, iniciados no período de redemocratização e expandiram no debate de políticas de saúde para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS. Esse debate envolveram militantes da reforma sanitária e ativistas de esquerda em defesa dos direitos sexuais.

É nesse momento que surgem as primeiras candidaturas que trazem a temática da homossexualidade para a disputa eleitoral. O então deputado estadual João Batista Breda (PT-SP) tentou a reeleição em 1986 ao cargo de deputado estadual como uma plataforma "assumida" (FOLHA DE S. PAULO, 1996). Na mesma eleição, o militante pelos direitos dos portadores de AIDS Herbert Daniel também apostou em uma “candidatura rosa”. Ex-guerrilheiro e exilado político durante o Regime Militar, Daniel desempenhou papel fundamental na promoção de debates internos ao PT sobre as temáticas de gênero e sexualidade. Um dos primeiros candidatos a assumir sua homossexualidade no seio da militância de esquerda contra o Regime Militar e a possuir militância política na área de direitos sexuais, sua campanha a deputado estadual no Rio de Janeiro centrou-se em temas alternativos, como a homossexualidade, a defesa dos direitos de soropositivos e a preservação ambiental. Com Fernando Gabeira e Alfredo Sirkis, ele deixa o PT para fundar o PV⁷ em 1989.(SANTOS;2016,p.158)

O Partido dos Trabalhadores (PT) foi um dos pioneiros a inserir o debate político da militância de pessoas homossexuais. Embora houvesse resistências de frações de pessoas dentro do partido, o tema da livre orientação sexual/identidade de gênero foi aderido por todos os setores do partido. Contudo, enfrentou-se muitos desafios no debate político e na visibilidade no que concerne a orientação sexual/identidade, de gênero em 1989. (SANTOS;2016).

Concordamos com Santos, na seguinte afirmação: “Todos esses fatos demonstram não só a dificuldade da esquerda partidária em contemplar a luta contra a discriminação dos homossexuais com parte constitutiva de seu projeto de transformação social”.(SANTOS;2016,p.158).

Ao longo da trajetória do movimento LGBT, ocorreram fluxos dos militantes nas décadas de 1970 e 1980, muitos atuaram em organizações não governamentais (ONGs) para o enfrentamento da aids, entre eles, amigos e familiares de pessoas vivendo com HIV/aids, o segmento LGBT, profissionais de saúde, em boa parte, ativistas sanitaristas (FACCHINI; FRANÇA, 2009).

Cabe ressaltar que, na década da emergência da pandemia da aids, consolidava-se uma mudança de comportamento sexual, iniciada na década de 1960, que reverberou na cultura e na sociedade ocidental, criando novos conceitos, positivados pela cultura gay e sua ampla diversidade de manifestações.

Nesse sentido, as ditas subculturas sexuais emergiram como um novo modo de subverter a sexualidade hegemônica, alterando comportamentos e construindo uma “identidade” social. Formaram um conjunto de valores que são construídos socialmente, valores esses que dão sentido à experiência sexual coletiva, influenciando os comportamentos sexuais, as identidades e as concepções de mundo (VANCE, 1995).

No entanto, a crise da pandemia da aids propiciou um pânico moral e social em relação aos gays, devido à crença de que essas pessoas eram disseminadoras do vírus. O conceito de “pânico moral” foi cunhado por Stanley Cohen em (1972), este conceito teve como objetivo definir a reação de um grupo de pessoas numa percepção equivocada de um determinado grupo, considerando-o como perigoso para a sociedade. Conforme afirma Miskolci (2007).

[...] pânico moral como o consenso, partilhado por um número substancial de membros de uma sociedade, de que determinada categoria de indivíduos ameaça a sociedade e a ordem moral. Portanto, esse número considerável de pessoas que se sentem ameaçadas tende a concordar que “algo deveria ser feito” a respeito desses indivíduos e seu comportamento. O algo a ser feito aponta para o fortalecimento do aparato de controle social, ou seja, novas leis ou até mesmo maior e mais intensa hostilidade e condenação pública a determinado estilo de vida.

Dessa forma, esses indivíduos foram alvos de preconceitos, além de terem sido estigmatizados como portadores do “câncer gay”, da “peste gay” ou da “doença gay”. De acordo com Facchini (2016), a pandemia de HIV/aids contribuiu para acentuar a discriminação

generalizada, mas, em contrapartida, favoreceu a visibilidade dos estabelecimentos de interação entre a comunidade e as práticas homoeróticas.

O engajamento político desses segmentos se deu em decorrência da pandemia e numa perspectiva de controle, focada na responsabilização do indivíduo no que tange às questões de saúde. Isso se deve, portanto, à falta de ações concretas por parte do Estado e da progressão da epidemia de HIV/aids. Os militantes gays protagonizaram ações contra o que já era pandêmico, com atividades voltadas para a assistência, acolhimento direcionado à comunidade e também com elaboração de demandas para o poder público (FACCHINI, 2016).

Facchini (2003) afirma que o movimento LGBT consiste num agrupamento de associações e entidades que podem ser institucionalizadas ou não, com a finalidade de defender e assegurar direitos relativos à livre expressão da sexualidade, mas também de congregar, com finalidades diversas, produzindo sentimento de pertencimento, no sentido de se reconhecerem por meio das identidades sexuais e de gênero, sendo estas a principal questão que orienta as organizações.

Desse modo, houve uma investida dos militantes no sentido de institucionalizar a organização política por meio das ONGs, para poderem atuar no enfrentamento da pandemia e obter subsídios do governo federal e de organismos internacionais.

O Grupo Gay da Bahia (GGB), criado em 1982, pelo antropólogo Luiz Mott, na capital baiana, foi a primeira organização a ser registrada como sociedade civil sem fins lucrativos e foi reconhecida como instituição de utilidade pública, em 1987, pela Câmara Municipal de Salvador - BA, por suas ações de prevenção de doenças e promoção de saúde relacionada à pandemia de HIV/aids e pela distribuição de material informativo sobre a doença.

O GGB passou a integrar a Comissão Nacional de Combate à aids (Cn aids), criada pelo Ministério da Saúde, em 1986, e alcançou grande notoriedade, respeito e reconhecimento no âmbito nacional e internacional. O grupo Triângulo Rosa, do Rio de Janeiro, foi fundado em 1985 e o GGB foram os pioneiros na luta contra a pandemia de HIV/aids, ambos obtiveram o reconhecimento social (CONDE, 2004).

Vale destacar que as reivindicações do movimento LGBT estão relacionadas diretamente à luta por direito e pela democracia, pois, quando se avança em políticas de atenção às minorias sociais, promove-se a democracia, já que ela está relacionada à conquista de direitos.

Nesse sentido, ocorreu uma complementaridade nas lutas pela redemocratização, pela reforma sanitária e pelo enfrentamento da epidemia de HIV/aids, reivindicando respostas

políticas por parte do Estado. Este, por sua vez, criou o Programa Nacional de HIV/aids no âmbito do Ministério da Saúde e foi fundamental para a organização do movimento LGBT brasileiro, por meio de editais de financiamento para as ONGs da sociedade civil, que concorreriam à execução das ações em saúde de acordo com a política de prevenção, visando à promoção da saúde, por meio de práticas educativas em saúde e de prevenção de DSTs e HIV/aids aos segmentos vulneráveis.

As ações das ONGs eram voltadas para prevenção da contaminação por meio de campanhas, propagando o “sexo seguro” para todo público e, além disso, disponibilizavam medicamentos gratuitos, bem como insumos e tratamentos, para todo cidadão que procurasse a rede pública de saúde (MELLO; PERILO, 2008).

Contudo, Facchini (2009) sinaliza que

O processo de institucionalização está relacionado a expectativas de obter apoio para a realização de atividades, o que não necessariamente ocorre dada a escassez de fontes e às disputas em torno da legitimidade da inserção de temáticas relacionadas a LGBT na agenda política em âmbito nacional e internacional, potencializando o ambiente competitivo entre organizações (FACCHINI, 2009, p. 141).

Na década de 1990, emergiram na arena política outros segmentos, novas identidades de gênero e sexuais, possibilitando um *boom* nacional de crescimento de organizações LGBT. Destaca-se aqui a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis (ABGLT), em 1995, hoje denominada de Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, uma espécie de federação das entidades LGBT do país.

Em relação ao segmento de travestis, este começou a se organizar na esfera política, em 1992, na cidade do Rio de Janeiro, quando foi fundada a Associação das Travestis e Liberados do Rio de Janeiro (Astral). De acordo com Carvalho (2011),

No dia 2 de maio de 1992, no Instituto Superior de Estudos da Religião (ISER), um grupo de travestis que se prostituíam na Praça Mauá, região portuária da cidade do Rio de Janeiro, se reuniu para formar a primeira organização política de travestis da América Latina e a segunda do mundo. A Associação das Travestis e Liberados do Rio de Janeiro (ASTRAL) nasceu de uma necessidade de organização das travestis em resposta à violência policial, principalmente nos locais tradicionais de prostituição na cidade, como a Lapa, a Central do Brasil, Copacabana e a própria Praça Mauá (CARVALHO, 2011, p. 26).

No ano de 1996, ocorreu, na cidade no Rio de Janeiro, um evento que contou com a presença de 130 participantes, o IV Encontro Nacional de Travestis, que passou a ser financiado pelo então Programa Nacional de DST-aids do Governo Federal e teve como tema *Construindo*

Novos Espaços. Portanto, em decorrência do financiamento, o evento passou a se chamar *Encontro Nacional de Travestis na Luta contra a aids - ENTLAIDS* (CARVALHO, 2011, p. 29).

Registra-se que esse debate de travestis e sobre as identidades transexuais ocorreu no final dos anos 1990 e início dos anos 2000 (CARVALHO, 2011), particularmente, pelas atividades culturais e performances artísticas que eles desenvolviam, além de demonstrar articulação política, principalmente no enfrentamento da aids (PREUSS; MARTINS, 2019). É nesse contexto que Pelúcio (2007) ressalta que, nesse período, a comunidade passou a ter maior visibilidade política e social devido à pandemia da aids, que a autora denomina de *SID*Adanização, fazendo referência à sigla aids em português.

Na segunda metade dessa década, os grupos transexuais passam a se firmar na luta por cirurgias de transgenitalização, que fora aprovada a partir de 1997 pelo Conselho Federal de Medicina (FACCHINI, 2011).” Com isto, diversos grupos foram se formando na luta por direitos para a comunidade LGBT como um todo’. (PREUSS; MARTINS, 2019, p. 936).

Observa-se que outros segmentos identitários também se encontram em processo de organização, com o intuito de debaterem politicamente as questões das identidades sexuais e saúde, como as lésbicas, no seu evento nacional, o Seminário Nacionais de Lésbicas (Senales), com forte repercussão na comunidade de lésbicas (PREUSS; MARTINS, 2019).

Desse modo, as políticas de saúde voltadas para o segmento LGBT giravam em torno das políticas atreladas a HIV/aids. “A epidemia do HIV/AIDS demonstrou fortemente a inter-relação dos temas saúde, sexualidade e direitos humanos, além da utilidade instrumental dos direitos humanos na saúde” (VENTURA, 2010, p. 34). Sendo assim, as reivindicações do movimento LGBT pelo reconhecimento da cidadania tiveram grande ênfase no campo da saúde, abarcando os direitos humanos.

O uso do instrumental dos direitos humanos no campo da saúde significa incorporar a noção de que saúde é, sobretudo, uma questão de cidadania e justiça social, e que todos têm direitos de proteção, de garantia e de promoção relacionados à sua saúde, que possibilite bem-estar e desenvolvimento humano. Significa reconhecer, ainda, a plena responsabilidade do Estado na implantação desses direitos e sua possibilidade de tutela judicial nos planos nacional e internacional, por meio dos mecanismos de garantia e promoção dos direitos (VENTURA, 2010, p. 35).

Nesses processos, a partir dos anos 2000, houve maior aproximação entre movimento social LGBT e Estado, culminando nas primeiras ações focalizadas por parte do Estado para

atuar na defesa dos direitos LGBT. Este momento foi chamado de terceira onda do movimento LGBT (FACCHINI, 2003; FACCHINI; FRANÇA, 2009) e favoreceu a criação de projetos de lei em favor de direitos LGBT. Nesse sentido, ressaltam-se as mudanças positivas fruto da relação entre movimento social e Estado na luta pelos direitos humanos de LGBT nacional e internacionalmente, como a interação política entre as organizações no âmbito do Estado.

As organizações LGBT faziam debates sobre gênero, identidades e sexualidades, reivindicando direitos humanos no Brasil e no mundo e tinham como pauta na agenda política o direito à cidadania, as políticas de saúde e de segurança pública diante do descaso do Estado frente às violências homofóbicas e transfóbicas.

Nos anos 2000, ampliaram-se outras entidades nacionais, como a Articulação Nacional de Transgêneros, que depois teve sua nomenclatura alterada para Articulação Nacional de Travestis, Transexuais e Transgêneros (Antra). Em 2003, foi fundada a Liga Brasileira de Lésbicas (LBL) e, em 2004, a Articulação Brasileira de Lésbicas (ABL) (LAURENTINO, 2015). Essas organizações foram fundamentais na luta em defesa de políticas públicas e de reconhecimento da cidadania de LGBT, articuladas à ABGLT, como registrado anteriormente. Simões e Facchini (2009) afirmam que, na virada do século, as características apresentadas pelo movimento LGBT podem ser resumidas assim:

Presença marcante da mídia; ampla participação em movimentos de direitos humanos e de respostas à epidemia da AIDS; vinculação a redes e associações internacionais de defesa dos direitos humanos e de direitos de gays e lésbicas; ação junto de parlamentares com proposições de projetos de lei de níveis federal, estaduais e municipais; atuação junto de agências estatais ligadas a prevenção de DST e AIDS e promoção de Direitos humanos; formulação de diversas respostas diante da exclusão das organizações religiosas; criação de redes e grupos ou associações em âmbito nacional e local; organização de eventos de rua, como as grandes manifestações realizadas por ocasião do Dia do Orgulho LGBT (SIMÕES; FACCHINI, 2009, p. 138).

Nessa conjuntura, ocorre um deslocamento do movimento LGBT das margens para o centro, conforme sinalizado por Corrêa (2009), em decorrência do aumento significativo do ativismo LGBT, pois este passa a ocupar mais espaços no âmbito da política pública do Estado. Outro formato de aproximação do movimento social por dentro do Estado deu-se por meio dos partidos políticos, através dos setoriais LGBT, que surgiram ainda na década de 1990, mas ganharam maior expressividade nos anos 2000. Pode-se citar, por exemplo, o “Projeto Somos”, no interior de Goiás, conforme apontam Braz *et al.* (2013).

No início do governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, no ano de 2003, evidenciaram-se mais ações e políticas para a erradicação da discriminação e da segregação de

grupos populacionais considerados em situações de vulnerabilidade social, entre eles, a população de LGBT, o que requereu um empenho de forma estruturada e coordenada de diversas áreas do Poder Executivo.

No primeiro mandato, o presidente Lula (2003-2006) reafirmou a compromisso em manter a política de direitos humanos, criou, então, a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SEPM), a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir) e deu continuidade à Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), criada em 1997, pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso, anteriormente vinculada ao Ministério da Justiça.

Com a posse do Governo Lula, o órgão transformou-se na Secretaria dos Direitos Humanos, vinculada à Presidência da República (Medida Provisória 102/03, de 01 de janeiro de 2003, transformada na Lei 10.683/03). Foi dado ao ocupante do cargo o *status* de Ministro. Esta mudança significou um aumento de prestígio, tanto para a secretaria como os diversos Conselhos Nacionais a ela ligados, que passaram a compor a estrutura da Presidência da República (GONZALEZ, 2010, p. 120-121).

Nesse sentido, a luta do movimento LGBT, por meio da participação social nos espaços da esfera pública, foca assegurar a promoção, a defesa e o cumprimento, no âmbito do Estado Democrático de Direito, da cidadania. Portanto, com base no *Plano de Combate à Discriminação contra Homossexuais* no PPA 2004-2007, foram criados 47 Centros de Referência contra homofobia em todas as capitais brasileiras e municípios-polo no interior, bem como sete Núcleos de Estudos para a Prevenção e Combate à Homofobia, junto às universidades públicas.(AGUIÃO, 2014).

Segundo Aguião (2014), os Centros de Referência que se vinculavam às ONGs por meio de convênio acabaram encerrando suas atividades, conforme ocorreu em Goiânia/GO e Rondonópolis/MT. Os Centros de Referências criados é foram reposicionados nas secretarias de estado ou encerraram as atividades por falta de investimentos públicos para garantir a eficiência dessa política.

As ações que tiveram continuidade no âmbito das ONGs, de acordo com Froemming *et al.* (2009), foram:

apoio de projetos de ONGs, capacitação de militantes e ativistas; criação de núcleos de pesquisa em universidades públicas; projetos de capacitação de professores da rede pública; programas na área da saúde e prevenção de DST/AIDS; e a criação de centros de referência em direitos humanos e combate a crimes de homofobia (FROEMMING *et al.*, 2009, p. 8).

Evidencia-se que a trajetória das políticas públicas voltadas para a comunidade LGBT no Brasil iniciou-se com o acúmulo dos debates do Plano Nacional de Direitos Humanos II

(PNDH II), que culminou no Programa Brasil Sem Homofobia (BSH), este, por sua vez, estabeleceu o Plano LGBT, resultado da I Conferência Nacional LGBT.

Cabe ressaltar que

[...] a conferência nacional intitulada “Direitos Humanos e Políticas Públicas: O caminho para garantir a cidadania de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais” foi precedida pelas conferências regionais e/ou municipais e estaduais, nas quais seriam eleitas delegadas que participariam da etapa nacional. As conferências foram balizadas pelo texto-base e pelo regimento interno. Essas etapas regionais e estaduais tiveram por objetivo construir propostas para balizar as políticas públicas para LGBT em nível estadual e municipal (IRINEU, 2014, p. 128).

O Programa Brasil Sem Homofobia (BRASIL, 2004c) foi de fato o marco legal da política pública LGBT que propiciou a ampliação de direitos de caráter intersetorial, abrangendo as políticas públicas e a participação social de LGBT, no âmbito do Estado. Contudo o processo de luta do movimento LGBT se fortaleceu, inclusive pelo acompanhamento e controle social, na medida em que se criou uma estrutura organizativa para monitoramento dessas políticas dentro do Estado, o Comitê Técnico LGBT.

No entanto, o resultado das políticas públicas no período do governo Lula aponta a falta de investimento financeiro na política e a falta de institucionalização que demonstrou fragilidade (MELLO; AVELLAR; MAROJA, 2012).

O Plano Plurianual (PPA) (2004-2007), por exemplo, sinaliza a transferência de responsabilidade do Estado para as ONGs, por meio do discurso da participação social, pela sociedade civil organizada, responsável pela garantia dos direitos sociais na formulação e execução das políticas públicas. Competência que não corresponde à sociedade civil.

No Programa Brasil Sem Homofobia (BSH), suas ações estão direcionadas para a execução pelo terceiro setor, no âmbito do ativismo LGBT e se evidenciam de maneira mais sutil no processo de construção da I Conferência Nacional de Políticas Públicas para LGBT, em 2008, e no Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT, em 2009 (IRINEU, 2009).

De maneira geral, as proposições da I Conferência Nacional GLBT endossaram as recomendações do BSH, com ressalvas para se tornar mais amplo, na seguinte proposição: “2. Implantar e implementar o Programa Brasil sem Homofobia nos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, nas três esferas do governo (Federal, Estadual e Municipal) garantindo que se torne uma Política de Estado, ampliando sua divulgação no âmbito internacional” (BRASIL, 2008a, p. 5).

O Plano LGBT, lançado em 14 de maio de 2009, reuniu os pontos discutidos na Conferência Nacional. “O Plano contempla, numa perspectiva integrada, a avaliação qualitativa e quantitativa das propostas aprovadas na Conferência Nacional LGBT, considerando ainda a concepção e implementação de políticas públicas” (BRASIL, 2009d, p. 9).

A centralidade do tema da saúde no âmbito das demandas do movimento LGBT brasileiro é ainda explicitada em outros documentos, como os Anais da I Conferência Nacional LGBT, realizada em 2008, que traz as 559 propostas aprovadas pela Plenária Final, das quais 167 dizem respeito a essa área – o que corresponde a cerca de 30% do total (Brasil, 2008b). “Posteriormente, em 2009, o governo federal publicou o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, que tem o objetivo de sistematizar as propostas aprovadas na Conferência antes mencionada”. (MELLO *et al.*, 2011, p. 16).

Os objetivos do Plano Nacional LGBT consistem em: “orientar a construção de políticas de inclusão social e de combate às desigualdades para a formulação LGBT, primando pela intersetorialidade e transversalidade na proposição e implementação dessas políticas” (BRASIL, 2009d, p. 10).

Das 166 estratégias de ação que correspondem à totalidade de proposições que integram o referido Plano Nacional LGBT, no tocante à política de saúde (BRASIL, 2009d), recomenda-se a aprovação e a implementação da PNSI-LGBT no âmbito do SUS. Diante desse cenário, verificam-se as contradições existentes para ampliação, transversalização e efetivação das políticas de atenção para a população LGBT na esfera federal que reverberam nos âmbitos estadual e municipal. As atividades dos programas foram espalhadas em diferentes direções, com ações pontuais, sem continuidade e com o envolvimento e comprometimento maior das ONGs por conta da sua militância do que a contrapartida do Estado (FROEMMING *et al.*, 2009).

Observa-se que foi posta a “autonomia” à sociedade civil para fortalecer as políticas públicas, encobrindo, assim, a transferência de responsabilidade do Estado para as ONGs. (MELLO, *et al.*, 2010). Esses processos estão diretamente conectados com as relações hierárquicas e em correlação de forças entre o Estado e a sociedade civil, mais precisamente, na relação entre Estado e movimento LGBT, no âmbito das lutas e disputas da sociedade civil e o poder público, em busca da legitimidade por parte do Estado e para obtenção dos direitos e conquistas no âmbito das políticas públicas para atendimento de suas demandas (PASTORINI, 1997).

O processo de institucionalização está relacionado a expectativas de obter apoio para a realização de atividades, o que não necessariamente ocorre dada a escassez de fontes e às disputas em torno da legitimidade da inserção de temáticas relacionadas à LGBT na agenda política em âmbito nacional e internacional, potencializando o ambiente competitivo entre organizações (FACCHINI, 2009, p. 141).

Vale ressaltar que, no Governo da presidenta Dilma Roussef (2011-2014 /2015-2016), o comprometimento com as pautas LGBT reduziu significativamente, diante da correlação de forças desfavorável pela onda conservadora no Congresso Nacional e a pressão de grupos conservadores da sociedade civil, que tiveram grande peso na tomada de decisão da presidenta.

No ano de 2011, primeiro período da gestão da presidenta Dilma, ocorreu a II Conferência Nacional LGBT. A Conferência tinha como objetivo produzir algum efeito frente aos compromissos anteriormente assumidos pelo governo federal e exigir, portanto, o cumprimento dos acordos já constituídos e legitimados pelo Estado.

As conferências produzem uma plataforma legitimada de reivindicações, mas grande parte da eficácia do processo também reside em agitar articulações e movimentações políticas, no sentido da construção de laços e rupturas, da consolidação de arranjos, da reorganização de conexões intramovimento e de negociações partidárias consideradas estratégicas. Esses eventos também contribuem para a ostentação de conquistas de determinados agrupamentos e, por vezes, para o oposto, o desmantelamento de redes e associações de aliança e acordos com esferas governamentais. São ainda um grande espaço de aprendizado e a formulação de propostas e diretrizes certamente é apenas uma dimensão dessa cena mais ampla. Esse tipo de evento trabalha essencialmente para a construção da trama de atores e relações que sustentam o próprio campo dos “direitos LGBT” e de seus respectivos sujeitos (AGUIÃO, 2016, p. 299).

De acordo com Irineu (2014),

O desejo era o de que em 2012 as diretrizes aprovadas nesta se transformassem em ações com capacidade real de se efetivarem, mesmo que tivéssemos a consciência do orçamento exíguo a elas destinado. Durante o ano de 2012, houve um cenário de inércia na sistematização das diretrizes da Conferência no II Plano LGBT (IRINEU, 2014, p. 216).

O movimento LGBT avalia e propõe a partir das Conferências municipais à nacional um relatório de proposições aprovado e espera que isso se traduza em planos nacional, estaduais e municipais. Contudo, o produto da II Conferência não resultou em um Plano como na primeira. Assim, diante de todos os marcos legais alcançados em prol dos direitos, percebe-se uma lacuna entre as ações concretas para a efetivação da política e o proposto nos marcos legais. No plano concreto, os marcos regulatórios não atingem o objetivo, conforme já ressaltado,

devido a não institucionalização da política, à falta de recursos para a execução da política e a ampliação de espaços para o monitoramento e controle social.

No âmbito legislativo, embora haja a atuação de políticos em prol das demandas do movimento LGBT, por meio da Frente Parlamentar Mista pela Cidadania LGBT (FPMCLGBT), criada em 2003, que atualmente agrega cerca de 175 parlamentares, ainda há uma imensa dificuldade de se aprovarem leis de proteção para LGBT. As bancadas conservadoras¹⁰ compostas por parlamentares católicos e evangélicos pertencentes a partidos de direita, em sua maioria, procuram criar leis na Câmara Federal e no Senado a fim de eliminar qualquer possibilidade de debate sobre gênero e sexualidades. Eles possuem aversão a qualquer expressão que tenha conteúdos como “diversidade sexual”, “gênero” e “LGBT”, pois consideram doença, pecado e perversão (BUTLER, 2013).

Vale ressaltar que a política sexual brasileira se insere numa arena de disputa e, no tocante dos direitos LGBT, a relação entre ativistas/sociedade civil e governo/gestão das políticas públicas se fortaleceu no período em que o Partido dos Trabalhadores esteve à frente do Estado brasileiro. No entanto, a correlação de forças entre setores conservadores, sobretudo no âmbito legislativo, tornou-se um impeditivo para o desenvolvimento de políticas públicas para a população LGBT. Ainda assim, pode-se afirmar que o movimento social LGBT vem construindo um campo político, na esfera pública, para afirmar sua existência e resistência à norma moralizadora da sexualidade hegemônica.

Mello *et al.* (2012) ressaltam a inexistência de leis que assegurem direitos civis e sociais à população LGBT, aprovadas pelo Poder Legislativo Federal. Em contrapartida, o movimento LGBT, diante dos entraves no Congresso Nacional, articula-se, por dentro do Estado, no âmbito do Poder Judiciário, em prol da comunidade LGBT, atuando em diversas instituições para assegurar a sua cidadania, como direito humano e política pública, de educação, segurança e saúde, para citar algumas, de modo articulado com demais movimentos sociais e partidos políticos (MELLO *et al.*, 2010).

Nesse sentido, as políticas públicas e os direitos humanos de LGBT tiveram maior destaque no âmbito nacional, por meio do reconhecimento legal pelo poder Judiciário, reverberando nas esferas municipais e estaduais, por reconhecerem e defenderem a população LGBT como sujeitos de direitos e de ações políticas, visando à promoção da cidadania LGBT e o combate ao preconceito e à discriminação.

¹⁰ Segundo Aurélio, (2013), Aquele que se opõe às mudanças, que é hostil a inovações no âmbito, moral, social, político, religiosas e comportamentais.

O movimento LGBT, desde a sua gênese, atravessou processos de disputas no âmbito do Estado. Nota-se, portanto, um processo contraditório, de avanços e impasses das políticas de LGBT. Assim sendo, evidencia-se a intrínseca relação entre Estado e sociedade, bem como o processo de lutas e disputas de interesses opostos e da pressão simultânea de interesses distintos.

Os principais empecilhos para a efetivação de políticas públicas de combate à homofobia e transfobia e de promoção da cidadania LGBT são, segundo Mello *et al.* (2012), a

Ausência de arcabouço jurídico explícito, que legitime a formulação e a implementação de políticas públicas voltada à garantia da cidadania da população LGBT; constatação de que os documentos que preveem ações e programas direcionados ao segmento LGBT, nas três esferas do governo, em sua maioria assumem o formato de atos normativos secundários, oriundos do Poder Executivo (decretos, portarias, resoluções, recomendações e instruções); dificuldade de se assegurar efetividade aos atos normativos secundários antes referidos [...] já que podem ser sumariamente revogados por vontade do governante da vez; grande quantidade de projetos de lei (voltados para a comunidade LGBT), especialmente em nível federal, que quase nunca vai à discussão e votação no plenário das câmaras e do Senado (MELLO *et al.*, 2012, p. 423).

Pode-se inferir que as forças reacionárias¹¹ representadas por parlamentares religiosos fundamentalistas, bem como frações da sociedade civil organizada de cunho conservador e reacionário, promovem discursos de ódio e se utilizam das redes sociais para disseminar seus ideais. Esses grupos são de caráter antidemocrático e nocivo para o Estado democrático de direito.

Os estudos recentes sinalizam que, embora haja, no âmbito das políticas públicas LGBT, planos e programas que refletem o ineditismo dessa política, o seu desenvolvimento está sujeito a ataques devido a falta de financiamento e gestão adequada, que responsabilize o Estado nas ações propostas pelos marcos legais. “Nota-se que há nessa perspectiva uma correlação de forças, que envolvem disputas partidárias, em que as políticas públicas também se relacionam com a trajetória pouco linear de demanda-concessão-conquista-outorgamento destas” (IRINEU, 2014, p. 214). A inexistência de uma política pública explícita, compreensível e efetiva dificulta a realização de ações concretas.

Vale ressaltar que os indivíduos LGBT “ainda são vistos por muitas pessoas como sujeitos não legítimos para reivindicar direitos na arena política ou até mesmo não humanos o

¹¹ Conforme Dicionário Aurélio (2013), refere-se àquele que se contrapõe ao presente, e consequentemente às mudanças revolucionárias, sociais e políticas. Contrário à liberdade, à democracia ou ao progresso.

suficiente para terem sua integridade física, autonomia moral e liberdade existencial protegidas pelo Estado” (MELLO *et al.*, 2012, p. 410).

De acordo com Mello *et al.* (2010), existe uma clara ineficiência por parte do Estado brasileiro em adotar demandas jurídicas em prol da comunidade LGBT e também voltadas à fragilidade das políticas de proteção social. De acordo com Irineu (2014),

As políticas que acionam a identidade circunscrevem o dilema da igualdade e da diferença e o entrave entre valores universalistas x especificidades. No caso das políticas LGBT, observamos que o recurso da diferença, explícita e reproduz a hierarquia pela própria diferença, de tal maneira que em alguns momentos limitam a ação política a mero formalismo (IRINEU, 2014, p. 212).

Portanto, pode-se compreender que as relações de poder se expressam e atuam por meio do compartilhamento, das diferenças e das assimetrias que se produzem dentro das relações sociais. Diante da hostilidade, violência e toda espécie de obstáculos enfrentados pela ausência de políticas públicas LGBT, estes sujeitos se articulam e constroem lutas sociais e coletivas em defesa da expressão de suas identidades, existências e pela garantia de direitos civis e políticos.

4 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBT

4.1 Saúde e Movimento LGBT

Ao relacionar saúde e população LGBT, é necessário tratar de alguns antecedentes históricos, em particular, porque o triplo estigma – sodomita (pecador), criminoso e degenerado ou louco, principalmente, direcionado aos homossexuais masculinos, conhecidos hoje como gays, foi o marcador da discriminação desses sujeitos dissidentes da heteronormatividade.

Vale ressaltar, portanto, que a terminologia homossexual(ismo) foi cunhada em 1869 pela medicina, a fim de construir um parâmetro para o que está dentro da normalidade, no caso, a heterossexualidade, e o que está fora da normalidade, a homossexualidade. Desloca-se, nesse momento, o tratamento criminal – sodomita para a doença pela ordem médica. Sinaliza-se o uso dessa terminologia, adotada inicialmente pela psiquiatria, como patologia; seria passível, portanto, de tratamento médico, como reparação “ortopédica” ou mesmo a internação psiquiátrica.

Assim, esse feito da medicina teve o objetivo de possibilitar leis antissodomitas, na tentativa de livrar as pessoas homossexuais da pena de morte ou do encarceramento, pois as práticas homossexuais eram tidas como uma desordem social e consideradas crime (WEEKS, 2001). Dessa forma, a medicina e seus profissionais “estavam tentando assinalar a descoberta ou o reconhecimento de um tipo distinto de pessoa, cuja essência sexual era significativamente diferente daquela da heterossexual – uma outra categoria inventada” (WEEKS, 2001, p. 65).

Na literatura, verifica-se em Foucault (1988), Weeks (2001), entre outros autores que se debruçam nos estudos da sexualidade, que historicamente a homossexualidade sempre foi atrelada ao pecado, ao crime e a doença, além da estigmatização, como também de criminalização, ainda hoje em alguns países. Essa compreensão ainda permanece em setores conservadores de nossa sociedade e no mundo.

A homossexualidade foi considerada pelas ciências “*psis*” (psiquiatria, psicologia e psicanálise) como desvio, perversão e transtorno mental. Portanto, inscrita como tal na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Contudo, foi a partir da década de 1970, que as entidades que representavam as ciências “*Psis*”, como as Associações de Psiquiatria e de Psicologia em diversos países, em particular as dos Estados Unidos da América, começaram a ter um outro entendimento sobre a homossexualidade e desconsiderá-la como doença mental.

No final da referida década, emergiram, no âmbito da literatura científica internacional, publicações nas áreas de psiquiatria, sexologia e psicologia, com outro prisma a respeito das relações homoeróticas por meio da imprensa e revistas científicas. No Brasil, ocorreu esse consenso, pelas ciências “*psis*”, somente em 1984, por meio de resolução da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), e, em 1985, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) (DUARTE, 2014)

Na década de 1990, finalmente, a OMS removeu a homossexualidade da CID, descaracterizando-a como doença mental, o que permitiu, no ano de 1999, a manifestação do Conselho Federal de Psicologia (CFP), por meio da Resolução 001, no sentido de coibir psicólogos/as de intervir na sua atuação profissional com eventos e serviços na busca pelo tratamento de pessoas homossexuais, com vistas à normatização social heterossexista (DUARTE, 2014).

O movimento homossexual brasileiro atuou em diversas frentes de atuação pela despatologização da homossexualidade, mobilizando lutas pela não discriminação por orientação sexual, contra violências de gênero e racismo (DUARTE, 2014). No entanto, a maior visibilidade social do movimento homossexual brasileiro ocorreu no enfrentamento da epidemia de aids, na década de 1980, por meio de reivindicações do movimento ao Estado por políticas públicas de saúde e problematizando questões relativas à homossexualidade e saúde em prol de sua comunidade.

A questão da epidemia de HIV/aids, como já sinalizado, foi vinculada ao segmento de pessoas homossexuais do sexo masculino, os gays. Esse estigma predominou durante muito tempo, sendo rotulados como grupos de risco, com viés marcadamente preconceituoso e culpabilizando o indivíduo pela infecção do vírus. Em contrapartida, é nesse contexto que emergiram novas organizações e ativistas que enfrentavam esse discurso e reivindicavam a urgência de se combater a doença e não culpabilizar e discriminar a pessoa ou segmento social.

Cabe ressaltar que foi por meio da aliança do movimento social com o Estado para enfrentamento da epidemia de HIV/aids que se criou a oportunidade para se fazer o debate em defesa dos direitos sexuais. Nesse sentido, a sexualidade, que era debatida no âmbito da saúde como uma questão restrita, no âmbito da saúde reprodutiva, propiciou ser considerada e problematizada com outras perspectivas, fator importante à atenção integral à saúde.

Laurentino (2015) afirma que os debates sobre saúde da população LGBT ganharam envergadura, por meio do acúmulo teórico sobre os temas (saúde, gênero e diversidade), bem como do ativismo que fortaleceu as entidades que atuavam em prol de direitos de cidadania e por políticas públicas de LGBT frente ao Estado. De acordo com Ventura (2010),

Os primeiros problemas, nacionais e internacionais, e os conflitos entre segmentos sociais organizados e Estados foram gerados pela aplicação de medidas restritivas de direitos dos homossexuais, prostitutas/os, usuários de drogas, presidiários e outros em prol da saúde pública da comunidade. O enfrentamento dessas questões e desses conflitos se deu por meio da abordagem dos direitos humanos, que favoreceu a elaboração de modelos de intervenção em saúde pública diferenciados e avanços significativos nas políticas de assistência integral à saúde das pessoas atingidas e de prevenção (VENTURA, 2010, p. 34).

O Sistema Único de Saúde (SUS) passou a adotar ações em saúde para a comunidade LGBT no Brasil, inicialmente, por meio das determinações do Poder Executivo nas esferas municipais, estaduais e federal. Mello *et al.*, (2012) ressaltam que as iniciativas vindas do Poder Executivo, nas três esferas de governo, foram muitas positivas, na medida em que o segmento LGBT não possuía nenhum amparo legal relacionado aos direitos civis e sociais nas instâncias legislativas nos âmbitos federal, estaduais e municipais, como nas ações limitadas do Poder Judiciário.

No ano 2004, como tratado no capítulo anterior, durante o primeiro mandato do Presidente Lula (2003-2006), surgiram iniciativas positivas no âmbito das instituições governamentais. A população LGBT começou a colher frutos da militância. O marco da luta do movimento foi instituído pelo governo federal ao criar o Programa de Combate à Violência e à Discriminação Homossexual contra LGBT - Brasil sem Homofobia (BSH).

Destacam-se também atos importantes realizados pelo Ministério da Saúde, por exemplo, a Portaria GM/MS nº 880, de 13 de maio de 2004 (BRASIL, 2004b), que instituiu o Comitê Técnico para a elaboração da proposta da Política Nacional de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais - GLTB.

Ainda que movimento LGBT tenha críticas consistentes à atuação do Ministério da Saúde, e em particular ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, no tocante às ações de prevenção ao HIV específicas para LGBT (como a diminuição do repasse de recursos para ONGs e a escassez de campanhas de prevenção, nos meios de comunicação de massa) deve ser registrado que é na área da saúde que a população LGBT começa a ser alvo de políticas públicas efetivas, ou seja, formuladas e executadas a partir de diretrizes de alcance nacional, com previsão orçamentária específica, com atribuições e competências definidas e com impactos concretos sobre a vida das pessoas a partir de uma perspectiva integral e não mais apenas focada no combate às DST/Aids (MELLO *et al.*, 2012, p. 422).

Vale ressaltar que a referida política foi construída por muitos atores, envolvendo diversos setores, como a sociedade civil organizada, em particular, representada pelos

movimentos sociais LGBT, mas também de especialistas acadêmicos e profissionais de saúde dos setores governamentais e não governamentais. Todos com a finalidade de construir um arcabouço legal, promover a saúde integral desse segmento, banindo comportamentos discriminatórios e o preconceito institucional, como também cooperando para atenuar as desigualdades e buscar a solidificação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (SENA; SOUTO, 2017).

Ainda no ano de 2004, no processo de regulamentação, o Ministério da Saúde divulgou a Portaria GM/MS nº 2.227, de 14 de outubro (BRASIL, 2004a), revogando a anterior, tratando de um novo rearranjo da composição dos membros do Comitê Técnico, com o propósito de incorporar os/as representantes da comunidade LGBT em sua composição (SENA; SOUTO, 2017).

O ano de 2005 foi marcado pelo fato de a coordenação do Comitê Técnico de Saúde da População LGBT mudar-se da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde para a Secretaria de Gestão Participativa. E, no ano de 2006, com já explicitado, a Secretaria de Gestão Participativa foi reformulada por meio do Decreto nº 5.841, de 13 de julho (BRASIL, 2006a), alterando seu nome para Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Sgep). Essa recomposição resultou na alteração do Departamento de Acompanhamento da Reforma Sanitária para Departamento de Apoio à Gestão Participativa (SENA; SOUTO, 2017).

No decorrer desse mesmo ano, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) definiu a integração da representação dos movimentos sociais de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais em sua formação, por meio da Portaria nº 2.201, de 15 de setembro (BRASIL, 2006d), tendo três cadeiras, duas para a ABGLT e uma para a LBL.

Destaca-se que essas representações da sociedade civil organizada da população LGBT tiveram assento, em seguida, na recém-criada Comissão Intersetorial de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis. Cabe salientar que não é mencionada a categoria de transexuais na referida comissão do Conselho Nacional de Saúde.

O Comitê Técnico de Saúde da População LGBT tinha como encargo a construção da proposta da política nacional da saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais, que sinalizasse diretrizes e estratégias para a inclusão dessa população no SUS, garantindo, por meio do exercício da gestão participativa, os princípios da universalidade, integralidade e equidade (DUARTE, 2014).

Entre as importantes ações desenvolvidas pelo Comitê Técnico de Saúde da População LGBT, encontra-se a inclusão do respeito à orientação sexual e à identidade de gênero, como posto na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde no âmbito do SUS, pela Portaria GM/MS nº

675, de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006c). Assegura-se, assim, o direito ao cuidado, tratamento e atendimento no âmbito do SUS, livre de discriminação e preconceito pelas pessoas LGBT (MELLO et al., 2011). Garante-se o princípio do atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação, atendendo, assim, à reivindicação histórica dos movimentos sociais de travestis e transexuais, a respeito da utilização do nome social, agora existente no cartão do SUS, bem como a inclusão das demandas de lésbicas e mulheres bissexuais na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Em 2007, o Ministério da Saúde lançou o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de aids e outras DSTs e o Plano de Enfrentamento da Epidemia de aids e das DSTs entre gays, homens que fazem sexo com outros homens (HSH) e Travestis (MELLO *et al.*, 2012).

Outrossim, foi realizado o *Seminário Nacional de Saúde da População LGBT na Construção do SUS*, entre os dias 15 e 17 de agosto de 2007, promovido pelo Comitê Técnico de Saúde da população LGBT e pelo movimento social, com o intuito de atender às questões sobre saúde da população LGBT. Participaram desse evento a gestão e os movimentos sociais que puderam analisar os trabalhos que foram empregados no decorrer dos três anos da criação do referido Comitê (SENA; SOUTO, 2017).

Os debates ocorridos no Seminário possibilitaram uma rica discussão da participação dos movimentos sociais LGBT no robustecimento do controle social no SUS, cumprindo uma das recomendações do Programa “Brasil sem Homofobia” do governo federal, que indicava a formação de alianças e a participação de usuários LGBT e dos movimentos sociais organizados na resolução de políticas de saúde que amparam as singularidades desse segmento. Esse seminário se consagrou por seu ineditismo, pois foi o primeiro pensado na investigação de necessidades em saúde da população LGBT e auxiliou na idealização da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (SENA; SOUTO, 2017).

No final desse mesmo ano, ocorreu a 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 2007, em Brasília-DF. Essa conferência foi exitosa para o segmento LGBT, pois incluiu, em seu relatório final, que a orientação sexual e a identidade de gênero deveriam ser compreendidas e incorporadas na determinação social da saúde de LGBT. Isso porque essa população, no seu processo social de saúde e doença, sofre discriminação e exclusão, próprias das situações de vulnerabilidades, tais como “violação do direito à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento” (BRASIL, 2008b, p. 571).

Nesse sentido, essa conferência foi um grande passo para alcançar avanços em políticas na área da saúde para a população LGBT, como foi, no ano seguinte, no lançamento do

Programa Mais Saúde – Direito de Todos, pelo Ministério da Saúde, que tinha como objetivo reorientar as políticas de saúde e de promoção de ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde, inclusive para a população LGBT. Por outro lado, a Conferência também propôs o fomento à produção científica sobre a temática da saúde LGBT, atendendo às reivindicações do ativismo LGBT por meio dos movimentos sociais organizados.

Do mesmo modo, também ocorreu a Oficina sobre o Processo Transexualizador no SUS, em novembro de 2007 com críticas dos presentes. O desfecho desse evento resultou, no ano seguinte, na promulgação da Portaria GM/MS nº 1.707, de 18 de agosto de 2008 (BRASIL, 2008d), que instituiu o Processo Transexualizador do Sistema Único de Saúde (PT-SUS) e, na sequência, a Portaria SAS/MS nº 457, de 19 de agosto de 2008 (BRASIL 2008c), que regulamenta o PT-SUS (BRASIL, 2008). Tal processo visou “garantir às mulheres transexuais o tratamento adequado no sistema público de saúde para o processo transexualizador e [o credenciamento dos] hospitais com expertise ambulatorial e cirúrgica habilitados para este procedimento” (LAURENTINO, 2015, p. 37).

Após a promulgação dessas Portarias, quatro serviços especializados para atendimento da população trans foram habilitados e credenciados pelo Ministério da Saúde: Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás; Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (SENA; SOUTO, 2017).

A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, por intermédio do Departamento de Apoio à Gestão Participativa, representou oficialmente o Ministério da Saúde na I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – Direitos Humanos e Políticas Públicas: o Caminho para Garantir a Cidadania de LGBT, realizada de 5 a 8 de junho de 2008, em Brasília.

Em 2009, o Ministério da Saúde instituiu, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, agregando as especificidades de homens gays, bissexuais e transexuais e travestis (BRASIL, 2009d). Também lançou a versão preliminar do Caderno de Atenção Básica nº 26 – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, que reserva uma parte pequena da publicação para tratar do tema da orientação sexual e identidade de gênero, com o intuito de instrumentalizar os profissionais da saúde para o atendimento da população.

Nesse mesmo ano, o governo brasileiro, por intermédio da Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) da Presidência da República, lançou o Programa Nacional de Direitos Humanos 3 (PNDH3), que inclui ações voltadas à população LGBT (MELLO *et al.*,

2012). Destas, em particular, aponta a saúde da população LGBT, propondo a ampliação e consolidação de serviços básicos de saúde, de atendimento domiciliar e o reconhecimento da “orientação sexual” como característica a ser considerada e utilizada nos programas de atenção integral à saúde das mulheres – reivindicação de longa data das mulheres lésbicas e bissexuais e já adotada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (MELLO *et al.*, 2011).

Ainda em 2009, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a PNSI-LGBT, abrindo espaço para sua implantação no SUS (MELLO *et al.*, 2012). É nesse contexto que é lançado o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT, da Secretaria Especial de Direitos Humanos (MELLO *et al.*, 2012), como explicitado no capítulo anterior.

Já no ano de 2010, foi criado o Grupo de Trabalho de Saúde Integral LGBT do Ministério da Saúde, sendo subordinado à coordenação do Departamento de Apoio à Gestão Participativa, com a finalidade de contribuir no desenho do Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Esse Grupo de Trabalho Intraministerial passou a monitorar sua execução nos anos posteriores (SENA; SOUTO, 2017).

Todos esses processos de pensar a política de saúde de LGBT, bem como as particularidades de cada identidade sexual, como de travestis, transexuais, lésbicas, gays e bissexuais, têm a sua versão preliminar em 2008, em seguida, foi submetida à Consulta Pública pelo Ministério da Saúde e culminou com a última revisão realizada em 2010, contendo nove diretrizes que nortearam a PNSI-LGBT.

Vale destacar que, neste mesmo ano, o Departamento foi nomeado para representar o Ministério da Saúde no Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de LGBT (CNCDD/ LGBT), conforme Decreto nº 7.388, de 9 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010).

Em suma, para efetivar a PNSI-LGBT, o Ministério da Saúde divulgou a proposta do Plano Operacional da PNSI-LGBT com o objetivo de apresentar as estratégias para implementação do Plano Plurianual (PPA) para as gestões federal, estaduais e municipais do quadriênio de 2012/2015, pactuado no âmbito da CIT. Logo em seguida, durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde, o Ministro da Saúde assinou e publicou, em 1º de dezembro de 2011, a Portaria GM/MS nº 2.836 (BRASIL, 2011e), instituindo no âmbito do SUS a PNSI-LGBT (BRASIL, 2011e), como também redefiniu o Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT, por meio da Portaria GM/MS nº 2.837 (BRASIL, 2011d), interrompido desde 2008, que passou a ter, entre as suas funções, o acompanhamento e o monitoramento da implementação da PNSI-LGBT (BRASIL, 2011d).

Cumprir destacar que, em seguida, depois de dois anos de debate, foi aprovado o Plano Operativo da PNSI-LGBT (2012-2015), na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), pela Resolução CIT nº 2, publicada em 6 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011a). O referido Plano indica as seguintes estratégias para as gestões federal, estadual e municipal, para enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde vivenciadas por essa população: 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.

De acordo com Duarte (2018), a efetivação da PNSI-LGBT implica necessariamente o acompanhamento pelos gestores federal, estaduais e municipais do SUS, tendo em vista que suas representações nacionais, no âmbito da CIT/MS, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional dos Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) pactuaram e aprovaram as ações e serviços a fim de cumprir os seus respectivos deveres legais de implementação da PNSI-LGBT em suas instâncias.

Cabe ressaltar que, com a aprovação da PNSI-LGBT, essa influenciou a alteração da Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências Interpessoais/Autoprovocadas, integrante do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do SUS, que passou a registrar os casos de violências percebidos no atendimento da população LGBT a partir da nova versão 5.0 de 2014 e implantada em 2015 (DUARTE, 2018). Na nova ficha, foram incluídos os seguintes campos: nome social; orientação sexual; identidade de gênero da pessoa que foi agredida, bem como também foi incorporado um campo para identificação da violência por motivação, no caso, homo/lesbo/transfobia.

A PNSI-LGBT, portanto, de fato, contou com a participação ativa da sociedade civil organizada e de LGBT, que, em consonância com a gestão do Ministério da Saúde, norteou e produziu as diretrizes e ações para as três esferas do governo no que concerne à prevenção de doenças, promoção e recuperação no cuidado em saúde, reforçando a relevância da diminuição das iniquidades decorrentes de identidade de gênero e orientação sexual.

Dessa forma, a PNSI-LGBT constitui-se como uma ferramenta importante para o enfrentamento da LGBTfobia no campo da saúde, particularmente, no combate ao preconceito e à discriminação institucional no SUS. Ela ratifica os princípios do SUS, visando ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, privilegiando suas demandas

específicas, bem como qualificando os profissionais de saúde e todos os trabalhadores que atuam no SUS para erradicação do preconceito e da discriminação à população LGBT.

Contudo, é necessário sinalizar que, em 30 de julho de 2013, o Ministério da Saúde, no sentido de ampliar o PT-SUS, publicou a Portaria SAS/MS n. 859 (BRASIL, 2013g), que estabelecia a redução da idade mínima para a realização da cirurgia de redesignação sexual de 21 para 18 anos e fixava a idade mínima para iniciar a hormonioterapia em 16 anos. Mas ela foi suspensa pela publicação da Portaria GM/MS n. 1.579 (BRASIL, 2013f) no dia seguinte, devido a ação judicial, de cunho transfóbico, apesar de concordância com o Parecer nº 8/13 do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2013).

Portanto, em 19 de novembro de 2013 é que o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 2.803 (BRASIL, 2013d), que redefine e amplia o PT/SUS, mas mantém as idades mínimas de 21 para a cirurgia de redesignação sexual e de 18 para a terapia hormonal. Apesar disso, o documento teve a finalidade de ampliar a rede de atendimento para travestis e transexuais; atualizar o processo de habilitação dos serviços que prestam assistência aos(as) usuários(as) com demanda para o PT-SUS; padronizar os critérios de indicação para a realização dos procedimentos previstos no PT-SUS, para os transexuais masculinos, pois eram considerados experimentais; entre outros (BRASIL, 2013d).

Verificam-se vários feitos na arena política da comunidade LGBT que foram obtidos por intermédio de alianças do ativismo político dos movimentos sociais com o empenho do Departamento de Apoio à Gestão Participativa, do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT e das áreas estratégicas do Ministério da Saúde, como atenção básica, média e alta complexidade, saúde da mulher, saúde do homem, saúde mental, vigilância em saúde e DST/aids e hepatites virais.

Vale ressaltar que, quando menciona o preconceito institucional, a PNSI-LGBT identifica a condição de vulnerabilidade da população LGBT, devido ao fato de esta estar exposta ao preconceito e à discriminação dos próprios profissionais de saúde do SUS, o que propicia a negligência e o desinteresse das situações que afetam a saúde de LGBT, comprometendo, assim, a eficiência do SUS na sua totalidade.

A PNSI-LGBT, apesar de haver se tornado pública em 2011 pelo Ministério da Saúde e sendo uma política de saúde importante para promover a equidade em saúde, ainda é pouco divulgada. Embora tenha sido instituída em diversas regiões do país, ainda é considerada uma política de pouca notoriedade entre os profissionais de saúde.

4.2 O Estado da Arte sobre a PNSI-LGBT: uma Revisão Integrativa

Este estudo se propõe a conhecer quais os debates empreendidos no âmbito científico acerca da PNSI-LGBT no SUS no período de 2011 a 2019. Como afirmam Mendes *et al.* (2008), a revisão integrativa possibilita a síntese do estado da arte de um determinado tema, assim como permite apontar lacunas do conhecimento que devem ser preenchidas com a realização de novas pesquisas (MENDES *et al.*, 2008).

Nesse sentido, buscou-se um aprofundamento bibliográfico acerca da temática analisada com o objetivo de reconhecer o que a literatura tem apontado sobre a PNSI-LGBT e assim identificar quais são os limites enfrentados para a sua efetivação no âmbito do SUS, bem como compreender quais contextos políticos favorecem ou impedem a sua execução.

Para a realização desta pesquisa, foram utilizados como descritores: “Saúde LGBT”, “LGBT Saúde” e “PNSI-LGBT” em quatro bancos de dados: Lilacs, BVS, SciELO e Capes. A primeira seleção localizou 260.468 trabalhos, entre artigos e dissertações. Após a leitura dos títulos e de seus resumos, a seleção centrou-se nos trabalhos que abordavam o tema de interesse desta pesquisa.

Obteve-se, a partir da leitura dos títulos e dos resumos, o total de 13 artigos e uma dissertação. Dos 13 artigos, um é da base de dados Lilacs, (quatro) da BVS, sendo que cinco estão também na SciELO, além desses, coletaram-se três exclusivamente na SciELO e um na Capes. Sendo assim, 13 artigos e uma dissertação apresentaram o conteúdo buscado de maneira satisfatória.

Sendo assim, essa revisão integrativa foi constituída por 13 artigos científicos, elegidos pelas especificações de inclusão previamente definidas. Isto é, artigos que abordavam a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT e sobre questões de saúde da população LGBT. Nesse sentido, após a análise dos resumos para verificar se atendiam aos critérios de inclusão, foi feita leitura minuciosa do conteúdo dos artigos, tendo sido somente 13 considerados adequados aos objetivos da pesquisa. Cabe destacar que há escassez de produção científica de artigos científicos sobre Política Nacional de Saúde Integral de LGBT e as questões de saúde da população LGBT.

Ressalta-se que a leitura dos resumos possibilitou a identificação dos estudos que abordavam temas com relevância para esta dissertação. Por fim, foi feita a leitura e análise de todos os artigos selecionados e a devida avaliação do conteúdo, para verificar se eram apropriados à proposta desta pesquisa. O resultado da busca apresentou a seguinte configuração: 43 artigos achados no banco de dados da SciELO; 1.300 na BVS; 70 na Lilacs e

259.055 na Capes. Após a filtragem por meio da leitura dos títulos, localizou-se apenas uma dissertação.

Dos artigos selecionados, cinco foram produzidos no ano de 2019; dois no ano de 2018; quatro em 2017; um em 2012 e um em 2011. Esses foram oriundos das seguintes instituições e regiões: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro/RJ, Universidade de Brasília (UnB) – Brasília/DF, Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Teresina/PI, Instituto Federal de Educação do Maranhão (IF-MA) – São Luís/MA, Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – São Luís/MA, Universidade do Estado do Pará (Uepa) – Belém/PA, Centro Universitário do Estado do Pará (Cesupa) – Belém/PA, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro/RJ, Universidade Federal de Uberlândia (UFU) – Uberlândia/MG, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal/RN, Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguara (Dseip/SESIn) - Rio Tinto/ PB, Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) – Campina Grande/PB, Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa/PB, Ministério da Saúde (MS) – Brasília/DF, Universidade do Piauí (UP) – Teresina/PI; Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Teresina/PI; Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Parnaíba/PI, Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) – Ponta Grossa/PR, Universidade Federal de Goiás (UFG) – Goiânia/GO, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO) – Goiânia/GO, Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba/PR. Vale ressaltar que a maioria dos artigos foram escritos coletivamente por pesquisadores de instituições distintas e alguns de regiões brasileiras diversas.

No que tange à área de atuação dos autores, citam-se: Saúde Coletiva/Saúde Pública, Psicologia, Ciências Médicas, Enfermagem, Ciências Sociais (Antropologia e Sociologia) e Psicologia. De maneira geral, as metodologias utilizadas foram: pesquisa qualitativa de cunho exploratória, quatro descritivas, cinco entrevistas semiestruturadas, dois relatos de experiência e duas revisões integrativas. Em sua maioria, o referencial teórico adotado dialoga com o construtivismo social. De acordo com Louro (2007),

Problematizar a noção de que a construção social se faz sobre um corpo significa colocar em questão a existência de um corpo *a priori*, quer dizer, um corpo que existiria antes ou fora da cultura. A identificação ou a nomeação de um corpo (feita no momento do nascimento, ou mesmo antes, através de técnicas prospectivas) dá-se, certamente, no contexto de uma cultura, por meio das linguagens que essa cultura dispõe e, deve-se supor, é atravessada pelos valores que tal cultura adota. Nesse sentido, seria possível entender, como fazem algumas vertentes feministas, que a nomeação do gênero não é, simplesmente, a descrição de um corpo, mas aquilo que efetivamente faz existir esse corpo – em outras palavras, o corpo só se tornaria inteligível no âmbito da cultura e da linguagem. Vale registrar que esse entendimento não é assumido por todas as teóricas/os do campo e talvez se constitua num dos pontos

de fricção entre as várias correntes dos estudos de gênero e de sexualidade (LOURO, sem número de página,2007).

Os 13 artigos são de cunho qualitativo, sendo uma revisão integrativa acerca da saúde da população LGBT, publicada em 2017 e oito são entrevistas, que buscaram identificar a percepção de médicos, agentes comunitários de saúde e gestores de saúde sobre questões que envolvem a PNSI-LGBT e a comunidade LGBT. Também foram achados quatro artigos de revisão da literatura, que objetivaram analisar as questões que afetam a saúde da população LGBT e um relato de experiência cujo cenário foi um internato integrado de medicina da família e comunidade/saúde mental em uma universidade pública.

Dos oito artigos caracterizados como entrevista, três tinham como objetivo analisar as percepções dos agentes comunitários de saúde, dois visavam analisar a visão dos médicos da atenção básica, um tinha como objetivo analisar as percepções dos estudantes de medicina de um internato integrado de medicina de família e comunidade/ saúde mental em uma universidade pública, dois tinham como objetivo analisar as percepções dos gestores de saúde.

Do total, 11 artigos foram publicados em revistas eletrônicas relacionadas a temas da saúde; um em periódico relativo a temas de psicologia e o outro, em periódico voltado para o desenvolvimento local. O contexto em que são debatidos os artigos sobre a PNSI-LGBT em sua maioria é o âmbito local específico, todos voltados para Atenção Primária à Saúde (APS)/Atenção Básica e/ou Estratégia de Saúde da Família. A saber: dois no Nordeste, âmbito regional; três regionais, na atenção básica; um local, no internato integrado de medicina de família e comunidade/saúde mental em uma universidade pública; dois em nível municipal; dois em nível estadual (Goiânia/GO); um em nível nacional e, em dois, esse dado não foi especificado.

Abaixo segue a Tabela 1 – Revisão Integrativa, que apresenta o detalhamento dos 13 artigos e uma dissertação tratados e sistematizados no processo desta investigação.

Tabela I
Revisão Integrativa

Título	Autor	Ano	Tipo de Estudo	Categorias de Análise	Revista	Plataforma	Universidade
Não tem essas pessoas especiais na minha área: "saúde e invisibilidade das populações LGBT na perspectiva de agentes comunitários de saúde"	Ferreira, Breno de Oliveira; Edson Oliveira; Rocha, Matheus Barbosa da; Nascimento, Elaine Ferreira; Albuquerque, Ana Rayonara de Souza; Almeira, Maysa Milena e Silva; Pedrosa, José Ivo dos Santos	2019	Pesquisa Qualitativa	Interpretação dos sentidos; demandas da saúde LGBT, Atuação profissional às populações LGBT. Saúde das populações LGBT	RECINS- VER. ELETRON INF. INOV. SAÚDE WWW.RECINS.ICICT.FIOCRUZ.BR E-ISSN 1981-6278	BVS	Fundação Oswaldo Cruz-RJ Universidade de Brasília Universidade Federal do Piauí Instituto Federal de Educação do Maranhão Universidade Federal do Maranhão
Atenção Integral à saúde da população LGBT: Experiência de educação em saúde com agentes comunitários na atenção básica	Mário Roberto Tavares Cardoso de Albuquerque, Nara Macedo Botelho, Cybelle Cristina Pereira Rodrigues	2019	Pesquisa Qualitativa	Relato de ação experiência com agentes comunitários de saúde sobre a população LGBT	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	BVS	Universidade do Estado do Pará Centro Universitário do Estado do Pará
Saúde da população LGBT + no contexto da atenção primária em saúde: relato de oficina realizada no internato integrado de Medicina de Família e Comunidade/ Saúde Mental em uma Universidade Pública.	Gabriela Bueno Loria, Guilherme Martinolli Faig Canesin, Guilherme Martins Silva, Gustavo Henrique de Oliveira Amorim, Júlia Mendes de Melo, Laerte Romualdo Santos, Larissa Fonte Dutra Rosa, Clarisse Rinaldi Sallés de Santiago, Denise da Silva Mattos, Michele Lopes Pedrosa, Erotildes Maria Leal	2019	Pesquisa Qualitativa	Oficina e relato de experiência	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	BVS	Universidade Federal do Rio de Janeiro

<p>Discursos sobre os cuidados em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas (os) da Estratégia Saúde da Família</p>	<p>Danilo Borges Paulino, Emerson Fernando Rasesa, Flávia do Bonsucesso Teixeira</p>	<p>2019</p>	<p>Pesquisa Qualitativa</p>	<p>Análise de discurso entre médicos ESF de Uberlândia e Belo Horizonte.</p>	<p>Revista Interface comunicação, saúde, educação. www.interface.org.br HTTPS://doi.org/10.1590/Interface.180279</p>	<p>BVS</p>	<p>Universidade Federal de Uberlândia</p>
<p>O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT</p>	<p>Sávio Marcelino Gomes, Luciana Maria Pereira de Sousa, Thaissa Machado Vasconcelos, Alynne Mendonça Saraiva Nagashima</p>	<p>2018</p>	<p>Pesquisa Qualitativa</p>	<p>Entrevista na perspectiva sob o Olhar de gestores sobre a comunidade LGBT</p>	<p>Revista Saúde e Sociedade. São Paulo v.27.n.4.p.1120-1133.2018</p>	<p>BVS/ SCIELO</p>	<p>Universidade Federal do Rio Grande do Norte Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguara/Secretaria Especial de Saúde Indígena, Rio Tinto, PB Brasil, Universidade Federal de Campina Grande</p>
<p>Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: O que dizem os Agentes Comunitários de Saúde?</p>	<p>Rita de Cássia Passos Guimaraes, Edu Trute Cavadinha, Valéria Machado Mendonça, Maria de Fátima Sousa.</p>	<p>2017</p>	<p>Pesquisa Qualitativa</p>	<p>Análise do discurso do sujeito coletivo. Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre as Condições de saúde da população LGBT.</p>	<p>Tempus, actas de saúde colet. Brasília,II (1),121-139.mar.2017 doi: http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v1.2327 ISSN 1982-8829. Plataforma BVS</p>	<p>BVS/ LILACS</p>	<p>Universidade de Brasília Universidade Federal da Paraíba</p>
<p>Avanços e desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT</p>	<p>Ana Gabriela Nascimento Sena, Kátia Maria Barreto Souto.</p>	<p>2017</p>	<p>Pesquisa Qualitativa</p>	<p>Análise sobre a PNSI LGBT</p>	<p>Revista Tempus, actas de saúde colet. Brasília,II (1),09-28.mar.2017</p>	<p>BVS/LILACS</p>	<p>Ministério da Saúde</p>

Políticas públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa Políticas públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa	Elizabeth Alves de Jesus Prado, Maria de Fátima de Sousa	2017	Revisão literatura/ Estudo Qualitativo	Direitos da população LGBT.	Tempus, actas de saúde colet, Brasília, II (1), 69- 80, marc, 2017 DOI: http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i1.1895	BVS/LILACS	Universidade de Brasília
Competência Cultural e Atenção à Saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT).	Luana Dias da Costa, Alana Dantas Barros, Elizabeth Alves de Jesus Prado, Maria de Fátima de Sousa, Edu Turte Cavadinha, Ana Valéria Machado Mendonça.	2017	Pesquisa Qualitativa/ Revisão integrativa	Competência cultural dos profissionais de saúde	Tempus, actas de saúde colet, Brasília, II (1), 105-119, marc, 2017	BVS/LILACS	Universidade de Brasília
Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional	Flávia Rachel Nogueira de Negreiros, Breno de Oliveira Ferreira, Danilo de Negreiros Freitas, José Ivo dos Santos Pedrosa, Elaine Ferreira do Nascimento.	2018	Qualitativo/ Descritivo	Análise do discurso de médicos que atuam na atenção básica	Revista Brasileira de Educação Médica (ISSN-2179-7994)	LILACS	Universidade do Piauí Fundação Oswaldo Cruz-PI Universidade Federal do Piauí
Reflexões acerca da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nas Regiões de Fronteiras	Lislei Teresinha Preuss, Dilermano Aparecido Borges Martins	2019	Qualitativo	Pesquisa Exploratória sobre PNSI LGBT	INTERAÇÕES, Campo Grande, MS, v.20, n.3, p.933-946, jul/set.2019	SCIELO	Universidade Estadual de Ponta Grossa
Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade	Luiz Mello, Marcelo Perilo, Camilo Albuquerque de Braz, Cláudio Pedrosa	2011	Qualitativo	Entrevistas com gestores	Sexualidad, Salud y Sociedad ISSN 1984-6487 /N.9- DEC.2011	SCIELO	Universidade Federal de Goiás Pontificia Universidade Católica/GO

Saúde e População LGBT: Demandas e Especificidades em Questão	Michelle Rodrigues Cardoso, Luís Felipe Ferro	2012	Qualitativo	Análise Agentes comunitários de saúde	Psicologia: Ciência e Profissão .2012.2.32(3).552-563	SCIELO	Universidade Federal do Paraná
Políticas Públicas de saúde para População LGBT: da criação do SUS à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT	Arnaldo Cezar Nogueira Laurindo	2015	Qualitativo	Revisão da Literatura e entrevista	Dissertação de Mestrado Profissional	CAPES	Fundação Oswaldo Cruz-RJ

Fonte: Sistematizada pela autora

Observou-se que as discussões que foram problematizadas nos artigos giram em torno das seguintes pautas: questões de saúde e invisibilidade das populações LGBT, pelo olhar dos agentes comunitários de saúde; a formação médica para a assistência à saúde da população LGBT, na perspectiva de médicos que atuam na atenção básica; análise da experiência de educação em saúde com agentes comunitários na atenção básica; relato de experiência na Atenção Primária à Saúde (APS), realização de uma oficina no internato de Medicina de Família; análise dos discursos sobre o cuidado em saúde de LGBT entre médicos na Estratégia de Saúde da Família (ESF); análise da concepção de gestores municipais de saúde acerca da população LGBT; análise da assistência à saúde da população LGBT a partir do prisma dos agentes comunitários de saúde; análise sobre os desafios da implementação da PNSI-LGBT; análise da saúde da população LGBT por meio de revisão integrativa; análise da competência cultural e da atenção à saúde da população LGBT; reflexões sobre a PNSI-LGBT nas regiões de fronteiras; política de saúde para LGBT no Brasil, em busca da universalidade, integralidade e equidade e saúde e população LGBT, com enfoque nas demandas e suas especificidades. Foi identificado por região os seguintes trabalhos: Região Norte: um artigo, Região Nordeste: quatro artigos, Região Sul: dois artigos, Região Sudeste: três artigos, Região Centro-Oeste: cinco artigos. Sendo que tiveram trabalhos produzidos por autores de regiões distintas como Brasília e Paraíba, (Centro-Oeste e Nordeste).

Os estudos encontrados discorrem sobre pesquisas realizadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde, focando as representações sociais, as práticas e percepções dos profissionais que atuam na APS, portanto, esse será um eixo temático privilegiado para o debate.

A crítica dos autores analisados diz respeito à negligência das equipes de saúde nas questões relativas à população LGBT em particular, mas sobre os padrões culturais heteronormativos adotados pelas equipes de saúde, na deficiência da formação dos profissionais de saúde a respeito das questões dessas pessoas, no desconhecimento da PNSI-LGBT pelos profissionais de saúde e sobre o modelo biomédico para o entendimento da saúde. Todos os artigos apresentam esse debate.

A pesquisa identificou a postura dos profissionais de saúde e apontou que os gestores da política de saúde possuem viés de caráter homofóbico, machista, sexista e preconceituoso. O racismo institucional foi mencionado como um elemento estruturante do Estado brasileiro que atravessam a relação entre profissional e usuário e agrava-se no que diz respeito ao acesso à saúde e outros marcadores sociais.

Alguns os artigos apresentam esse debate: “Não tem essas pessoas especiais na minha área: “saúde e invisibilidade das populações LGBT na perspectiva de agentes comunitários de saúde””; Discursos sobre os cuidados em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas (os) da Estratégia Saúde da Família; Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde?; Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional; Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade e Saúde e População LGBT: demandas e especificidades em questão:

Verificou-se que, embora o Estado ofereça um conjunto de leis e diretrizes para proteger a população LGBT, a CF/88, o programa Brasil sem Homofobia, o PNDH III, a própria PNSI-LGBT, bem como a criminalização da homofobia etc., esse mesmo Estado também é omissivo, não coíbe e não faz cumprir com rigor os atos que violam esse conjunto de prerrogativas jurídico-legais em vigor.

Com base nas discussões dos artigos mencionados, foram identificados os principais assuntos que atravessam as questões de saúde de LGBT e a efetividade da PNSI-LGBT. Notou-se a baixa produção científica acerca da PNSI-LGBT, considerando que a sua promulgação completará uma década no dia 1º de dezembro de 2021. Nesse sentido, nota-se a necessidade de maior produção científica para problematização da efetivação da PNSI-LGBT, bem como de questões de saúde da população LGBT.

Por meio do processo de análise de conteúdo, que, segundo Minayo (1996), é um método que visa explorar temáticas e verificar hipóteses predefinidas, tratar-se-á, a seguir, dos temas agrupados para a exposição dos debates apreendidos pelas pesquisas. Assim, será apresentada a análise sobre cinco temas, a fim de aprofundar todos os aspectos mencionados. As categorias que serão abordadas são: Formação Profissional, Religião e Política, Atenção Primária à Saúde; Heronormatividade e Homofobia.

4.2.1 Formação Profissional

O resultado da revisão integrativa apontou uma lacuna na formação dos profissionais de saúde sobre questões que envolvem a temática LGBT, sobretudo a categoria profissional da medicina. Isso demonstra a deficiência dos currículos acadêmicos sobre a temática na formação dos profissionais de saúde de nível superior. Revela que a atuação profissional vigente, em sua

maioria, norteia-se pelos padrões culturais heteronormativos, o que, conseqüentemente, motiva posturas profissionais inapropriadas e preconceituosas.

Portanto, neste estudo, os artigos selecionados evidenciaram a necessidade de incluir na grade curricular dos cursos de graduação e de pós-graduação, entre estes, especialmente, as residências médicas e de saúde, questões e ações de saúde que tangenciem a população LGBT, no sentido de sensibilizar e conscientizar todos os profissionais de saúde acerca desses temas.

Ao longo da história, a população LGBT tem sido alvo de preconceitos e perseguição pela condição de orientação sexual e identidade de gênero e, a partir da década de 1980, em decorrência do estigma decorrente de HIV/aids. É importante salientar que a população LGBT se distanciou dos serviços de saúde, em sua maioria, em decorrência da pandemia de HIV/aids, devido ao despreparo dos profissionais de saúde na forma de tratar a comunidade LGBT, propagando discursos discriminatórios, constrangimentos, atitudes indevidas, afrontas verbais pronunciadas. O discurso médico ainda visa patologizar as orientações sexuais dissidentes e as outras expressões de gênero que não as normalizadas, o que faz com que se desenvolvam, no espaço organizacional, processos de discriminação e preconceitos, que impactam negativamente a qualidade do atendimento e afastam os usuários do sistema de saúde (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

A desinformação e a omissão por parte dos gestores de saúde e profissionais de saúde com relação às dimensões psicossociais e necessidades específicas em saúde da população LGBT prejudicam a realização do atendimento de forma integral prestado na unidade de saúde. Nesse sentido, os estudos apontaram o preconceito latente nas subjetividades de usuários e profissionais e o sexismo estrutural e institucional que entravam o cumprimento das ações previstas pela política de equidade (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

Os processos de adequação que visam à melhoria das unidades de saúde, para o assegurar a qualidade no acolhimento dessa população, implicam necessariamente a mudança de concepção ideológica que despreza as identidades sexuais e de gênero e interfere no comportamento dos profissionais de saúde. Vale ressaltar que a cultura heteronormativa está diretamente associada ao preconceito e, conseqüentemente, às práticas discriminatórias que se configuram como empecilhos, ou seja, a comunidade LGBT desenvolve resistências em procurar os serviços de saúde para evitar sofrer constrangimentos nesses estabelecimentos.

Registra-se que os valores pessoais, morais e as convicções religiosas dos agentes públicos (gestores e trabalhadores) estão implicados nesse processo e, portanto, podem contribuir negativamente para a não efetivação da PNSI-LGBT. Isso se repercute no fato de não demonstrarem motivação política e se eximem de suas responsabilidades tanto na gestão

como nas práticas de cuidado, no âmbito dos serviços de saúde, quando não contemplam o segmento LGBT na perspectiva da atenção integral e equitativa. Desconsideram-se os princípios do SUS, afastando-se dos “objetivos e das premissas de programas e políticas como o ‘Brasil sem Homofobia’” (BRASIL, 2004) (GOMES *et al.*, 2018, p. 1.128).

O estudo de Gomes *et al.* (2018) investigou as dimensões do cuidado em saúde para a população LGBT no que compete à gestão dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Cuité (PB). Sua análise apontou pouco conhecimento dos gestores municipais acerca das demandas da população LGBT e das estratégias voltadas a ela e não se percebiam como atores responsáveis pelo cuidado com esse público, contribuindo para a fragilidade e para a desarticulação da rede de atenção no que tange à comunidade LGBT.

Um dos princípios basilares do SUS preconiza a “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (BRASIL, 1990). Isso possibilita criar ações e políticas específicas para coibir atos que contrariem esse princípio, sobretudo em relação a determinados grupos considerados em situação de vulnerabilidade em saúde, oferecendo assistência integral à saúde sem qualquer constrangimento e situação vexatória, por meio de um serviço de qualidade, equânime e com dignidade e respeito.

No que tange ao acesso aos serviços de saúde, no âmbito do SUS, para o segmento LGBT, considerando os princípios de universalidade, integralidade e equidade, deve-se ter a compreensão de que os quesitos referentes à orientação sexual e à identidade de gênero não correspondem a marcadores sociais exclusivos, pois estes se interseccionam com outros que complexificam sua condição de vulnerabilidade, como, por exemplo, de geração, raça/cor/etnia e classe social. Portanto, não se pode fazer uma análise simplista, devem-se entender as diversas questões que afetam as condições de saúde e demais aspectos que as atravessam (MELLO *et al.*, 2011).

Por meio da categoria interseccionalidade (CRENSHAW, 2002; CHOO; FERREE, 2010; PISCITELLI, 2008), torna-se possível ter uma melhor compreensão a respeito dos diversos aspectos de subordinação/opressão que estão imbricados numa mesma pessoa, o que pode contribuir para que o processo de exclusão ou aceitação desse indivíduo se dê de acordo com o contexto social em que se encontre (MELLO *et al.*, 2011).

Sendo assim, existe uma necessidade concreta de qualificar o corpo técnico-profissional de saúde em geral e, especificamente, da medicina, para que se aprofunde no contexto no qual esses grupos em situação de vulnerabilidade estão inseridos. Para tanto, é mister que haja uma mudança nos currículos de graduação na área da saúde, a fim de formar profissionais por meio

de ferramentas que subsidiem a atenção e o cuidado em saúde voltado à população LGBT (COSTA *et al.*, 2017).

Vale destacar o estudo de Costa *et al.* (2017), que analisa as Políticas de Promoção de Equidade em Saúde implementadas pelo Ministério da Saúde para grupos vulneráveis, por meio da Coordenação da Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa, com base em marcadores de raça, etnia, gênero e modo de vida. Os resultados dos estudos incluídos nessa pesquisa apontaram aspectos virtuosos e lacunas no processo de implementação dessas políticas. Revelam ainda que as tensões permanentes entre políticas de igualdade e políticas de equidade colocam desafios à garantia dos direitos à saúde dessas populações (COSTA *et al.*, 2017).

Isso implica um atendimento acolhedor, livre de hostilidade, estigma, particularmente, para que as pessoas transexuais e travestis se sintam acolhidas e respeitadas. A análise sobre esses temas, na revisão integrativa, indica que há uma necessidade de alterar esse quadro de negligência, no sentido de propiciar, por meio da educação permanente e sua formação continuada, a sensibilização e a mudança de atitudes dos profissionais de saúde.

Isso pode ser dar por intermédio de parcerias com conselhos profissionais, bem como com universidades, oferecendo qualificação por meio de cursos de extensão e especialização. Também pode ser produzido material didático-pedagógico para dar um suporte aos profissionais, a fim de utilizar esses conhecimentos de cunho ético-político e técnico-operativo para aprimorar sua atuação junto ao segmento LGBT, favorecendo a criação de vínculos e estabelecendo uma relação de confiança.

Outra questão tratada nos artigos refere-se à confidencialidade na relação com o usuário. Identificou-se que ela “deve ser discutida e assegurada a todos os usuários, e, especialmente, na prestação de cuidados de saúde às pessoas LGBT” (COSTA *et al.*, 2017, p. 116). O diálogo na relação entre profissional e paciente foi outra questão abordada, na medida que se deve “utilizar uma linguagem que seja adequada à população LGBT, mais inclusiva e que leve em consideração as diferenças desta população” (COSTA *et al.*, 2017, p. 117).

No que tange à formação profissional, espera-se que o currículo ofereça um arcabouço teórico e que dê condições de compreender o contexto social, a diversidade cultural, além dos princípios humanísticos e éticos. Isso propicia refletir sobre esses valores no exercício profissional, considerando os determinantes sociais de saúde, da cultura, da subjetividade, das relações de gênero, raça, classe e comportamentos individuais e em grupos no processo de saúde-doença-cuidado. Além disso, os cursos de pós-graduação devem oferecer uma formação continuada, a fim de aprimorar o conhecimento e obter condições analíticas para se aproximar

do público-alvo, ou seja, analisar a complexidade de suas demandas que ultrapassam as questões da biologia.

Assim, há que considerar que as transformações das redes de saúde para o melhor atendimento da população LGBT também dependem das transformações no modo de pensar e agir dos profissionais de saúde, uma vez que as questões culturais informadas pela norma heterossexual influenciam de modo subjetivo o atendimento dos profissionais da saúde a essa população (PAULINO *et al.*, 2019, p. 12).

O estudo de Paulino *et al.* (2019) analisa os discursos de médicos (as) da Estratégia Saúde da Família sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT). A análise desse estudo aponta que os discursos são potencializadores do silenciamento de questões envolvendo as condições de saúde da população LGBT, afastando-a do cuidado em saúde integral, equânime e universal. E, portanto, para que haja melhor atendimento desse segmento populacional, tornam-se necessárias mudanças na atuação dos profissionais de saúde. Para tanto, é imprescindível investir na formação e qualificação também voltada para saúde LGBT integral (PAULINO *et al.*, 2019).

O movimento LGBT reivindica que os profissionais de saúde saibam acolher, de forma humanizada, o segmento LGBT, que respeitem, considerem suas especificidades e, principalmente, que expandam sua compreensão sobre sexualidades e vulnerabilidades, particularmente, das situações de violência, às quais a população LGBT, em sua maioria, está exposta, mas que também conheçam a PNSI-LGBT e se apropriem dela.

Nesse sentido, para apreender os determinantes sociais no processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, é necessário pensar a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e alimentação, bem como a dificuldade de acesso à educação, lazer e saúde, influenciam na qualidade de vida e de saúde. É importante reconhecer que todas as formas de discriminação, lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, precisam ser consideradas na determinação social. Os cuidados não humanizados também vão afetar a saúde da população LGBT. Os eixos da referida Política apontam para a ampliação do acesso e organização do processo de trabalho que assegurem práticas respeitadas, incluindo, de forma digna, esta população no Sistema Único de Saúde (SUS). A competência cultural tem sido amplamente promovida como uma abordagem para reduzir as disparidades de saúde. Inicialmente, focada em diferenças raciais e étnicas, atualmente a discussão foi expandida para outros grupos populacionais marginalizados que estão em risco de estigmatização, além da raça e etnia ou que têm diferenças nas necessidades de cuidados de saúde que resultem em iniquidades (COSTA *et al.*, 2017, p. 107).

Cabe ressaltar que o fato de o profissional compreender os aspectos de uma cultura não significa que ele possui habilidades suficientes para atuar de forma adequada, digna e mais humana. Por conseguinte, é necessário ofertar serviços com a merecida consideração às crenças culturais, costumes e necessidades dos usuários. Nesse sentido, “é necessário seguir uma série de critérios: consciência (o conhecimento), a sensibilidade (atitudes), a competência (habilidades) e o domínio (capacidade de treinar os outros)” (COSTA *et al.*, 2017, p. 107). Essa demanda faz parte de uma das diretrizes da PNSI-LGBT, que recomenda a formação continuada de todos os profissionais de saúde, a fim de superar a perspectiva biomédica patologizante e repressiva, ampliando, assim, a compreensão da sexualidade no âmbito dos direitos sexuais como direitos humanos.

A PNSI-LGBT tem como objetivo promover a lógica da atenção integral nos serviços de atenção à saúde, com vistas à erradicação dos comportamentos discriminatórios e preconceituosos, como a atenuação das desigualdades na atenção à saúde de LGBT.

Nesse sentido, torna-se um desafio a efetividade da PNSI-LGBT, considerando as diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área da Saúde, em particular, da Medicina, que são deficientes no debate sobre as especificidades da população LGBT. Portanto, é imprescindível a divulgação, a problematização e a sensibilização para a efetivação da PNSI-LGBT, a fim de que os trabalhadores na produção do cuidado à saúde e os da gestão comprometam-se e se empenhem em adotar e implementar as normativas dessa política.

4.2.2 Religião e Política

O tema religião tangenciou o debate sobre a efetivação da PNSI-LGBT, em boa parte da literatura analisada. Isso reflete que o Brasil é um país predominantemente cristão, embora seja permeado pelo sincretismo religioso e sendo reconhecido pela diversidade religiosa. De acordo com o Censo Demográfico, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, havia cerca de 42,3 milhões de evangélicos no país, o que representava 22,2% da população brasileira (CENSO, 2012).

As religiões como um todo têm poder de influenciar o modo de viver e pensar em geral das pessoas. De acordo com Foucault (2004), a religião é produto e produtora de representações e sentidos, mas também um instrumento regulador da sexualidade. Nesse sentido, as disputas e as tensões entre políticos religiosos recaem sobre valores morais e vão de encontro à laicidade do Estado, à democracia e aos interesses de uma parcela significativa da sociedade civil organizada. Andrea Cornwall e Susie Jolly (2008) argumentam que

a sexualidade continua a ser tratada como um problema a ser contido, e não como parte essencial da experiência humana, fonte de alegria e prazer, assim como de sofrimento e dor. Essa perspectiva negativa converge com os esforços da direita religiosa para limitar o desfrute da autonomia corporal, amor, intimidade das pessoas que não se adequam às normas prescritas pelas autoridades religiosas, a sociedade e o Estado (LONG, 2005) (CORNWALL; JOLLY, 2008, p. 30).

A consequência da inserção de religiosos no campo político, de certo modo, pode afetar o Estado Democrático de Direito, na medida em que um parlamentar vinculado a esses setores, ao legislar, pode priorizar apenas seu grupo religioso, violando a laicidade do Estado. Esse comportamento tem sido crescente no Parlamento, com o aumento de cristãos de diversas denominações religiosas, com atuação política marcada pela religião e projetos de poder bem delineados, a fim expandir sua visibilidade pública e obter hegemonia no Congresso, assegurando concessões de radiodifusão, televisão e isenções fiscais a templos religiosos. De acordo com Souza (2013),

É no período da redemocratização que novos atores evangélicos entram em cena: os pentecostais, em especial os da Assembleia de Deus. Os pentecostais que, até então, por motivos doutrinários (e políticos), mantinham-se praticamente alheios à participação na política partidária, começam a manifestar uma expressiva mudança de comportamento em relação a essa participação (em termos institucionais e também individuais), o que redundou no incremento numérico de políticos evangélicos em todo o país. Por ocasião do pleito de 1986 para a Assembleia Nacional Constituinte, foram eleitos 36 parlamentares que se declaravam evangélicos, constituindo o que se convencionou chamar de bancada evangélica (SOUZA, 2013, p. 183).

Nesse sentido, o movimento LGBT vem buscando, na arena política, desde o início do movimento homossexual, em 1978, até os dias atuais, cidadania, dignidade e direitos sociais. Portanto, foi por meio do movimento social e da organização da sociedade civil, com a participação no controle social de forma mais coesa, após a Constituição Federal 1988, que preconiza a cidadania e a participação popular nas políticas públicas, foi possível criar políticas que pautem as demandas de diversos segmentos sociais, como a pauta de LGBT.

Assim, há um esforço do segmento conservador em se utilizar do aparato estatal, por meio de políticas públicas, para ter o controle do comportamento dos sujeitos em geral, mas, em particular, de LGBT. Dessa forma, os setores conservadores contribuem para a exclusão social, punição, criminalização e genocídio dos considerados transgressores e dissidentes das normas sexuais e de gênero pela moral sexual conservadora.

Dessa forma, Sonia Correa (2009) afirma que

A criminalização, punição, exclusão e normalização das pessoas cuja sexualidade difere da norma não significam, portanto, que elas estejam situadas à margem dos processos generativos de poder (e dos dispositivos disciplinares). As figuras sexuais – o pervertido, a histórica, a prostituta – são elementos constitutivos do dispositivo da sexualidade, pois como sublinha Weeks (1999), o “sexo” é um pivô que permite articular o indivíduo à espécie, à reprodução, à economia, à saúde, à enfermidade, à normalidade, à anormalidade. Nessa trama instável e complexa, os “corpos” e “identidades” sexuais são efeitos do poder e não das entidades discretas ou essenciais (O’FARREL, 2008). No acesso dessa trama, contudo, os sujeitos (identidades e corpos) produzidos pelos efeitos do poder resistem, ressignificam nomenclaturas, contestam as taxonomias que os classificam, reivindicam saúde contra lógicas econômicas, reclamam desejo e prazer contra normalização moral. Esse é o território em que se desenrolam as lutas da política sexual contemporânea (CORREA, 2009, p. 21).

Portanto, a sexualidade é um tema que atravessa as vidas das pessoas e deve ser debatida no Parlamento, nas instâncias das políticas de saúde, educação, assistência social, entre os lugares e espaços. Contudo, espera-se que seja colocado o debate em outro patamar, no âmbito dos direitos humanos, que abarcam os direitos sexuais e respeitem as liberdades. E, além disso, criar “estratégias interseccionais que articulem direitos sexuais com os direitos econômicos e sociais, direitos civis e políticos e, eventualmente, direitos ambientais” (CORREIA, 2009, p. 37).

Quanto a essas estratégias interseccionais, Crenshaw (2002) salienta que

A discriminação interseccional e particularmente difícil de ser identificada em contextos onde forças econômicas, culturais e sociais silenciosamente moldam o pano de fundo, de forma a colocar as mulheres em uma posição onde acabam sendo afetadas por outros sistemas de subordinação. Por ser tão ruim, a ponto de parecer um fato da vida, natural ou pelo menos imutável, esse pano de fundo (estrutural) e, muitas vezes, invisível. O efeito disso é que somente o aspecto mais imediato da discriminação é percebido, enquanto a estrutura que coloca as mulheres na posição de receber tal subordinação permanece obscurecida. Com resultado, a discriminação em questão poderia ser vista simplesmente como sexista (se existir uma estrutura racial como pano de fundo) ou racista (se existir uma estrutura de gênero como pano de fundo). Para apreender a discriminação como um problema interseccional, as dimensões raciais ou de gênero, que são parte da estrutura, teriam de ser colocadas em primeiro plano, como fatores que contribuem para a produção da subordinação (CRENSHAW, 2002, p. 176).

A sexualidade é um dispositivo político que está em disputa, pelos diversos grupos, sobretudo pelo Estado em sua biopolítica (FOUCAULT, 2008), como afirmam Cornwall e Jolly,

a sexualidade é importante para o desenvolvimento porque é importante para as pessoas. Além disso, é importante porque os silêncios, tabus e expectativas da sociedade em relação ao sexo reforçam estereótipos de gênero inúteis e que são tão problemáticos para homens e mulheres heterossexuais quanto para pessoas LGBT. Para romper com esses estereótipos, criar novos espaços de comunicação e deixar para trás a cumplicidade com as prescrições e silêncios sociais são estratégias necessárias de mudança, que tenham como ponto de partida a experiência das pessoas, reconhecendo sua complexidade e que busquem construir relações sexuais mais equitativas, mutuamente respeitadas e prazerosas (CORNWALL; JOLLY, 2008, p. 33).

Na arena política, grupos fundamentalistas disseminam pânico moral, como, por exemplo, a “ideologia de gênero”, criando estórias fantasiosas e fomentam a desumanização de outros grupos e conseqüentemente incitam os cidadãos a assumirem uma posição, isto é, se colocarem contra os “transgressores da ordem social”, interpelando pela moral vigente. Exemplo disso foi a ação conjunta de parlamentares católicos, evangélicos e conservadores para não distribuírem nas escolas o *kit* contra a homofobia, elaborado pelo Ministério da Educação, para coibir preconceitos e discriminação contra LGBT, alegando defender a tradicional família brasileira.

Esse processo não é fortuito, ele é orquestrado por conservadores, a fim de criar pânico moral e afetar sobretudo as minorias sociais, restringindo os direitos sexuais, na tentativa de deixar à margem do acesso a esses direitos indivíduos, como, por exemplo, a comunidade LGBT, e coibir, portanto, o exercício da livre sexualidade. Esses são temas que estão na pauta dos direitos humanos por meios dos organismos internacionais como a ONU. Vale ressaltar que

O conceito de “ideologia de gênero” é elaborado por intelectuais católicas/os convocados pelo Vaticano para articular a resistência contra o avanço das pautas feministas no âmbito internacional do desenvolvimento, especialmente a partir da Conferência Internacional sobre População (Cairo) e da Conferência Mundial sobre as Mulheres (Beijing, 1995) (Corrêa; Petchesky; Parker, 2008) e divulgado mundialmente pelos movimentos Pró-Vida e contra os direitos LGBT (Cornejo-Valle; Pichardo). O “colonialismo sexual” e a “ideologia da morte”, que embasariam uma agenda “ultrafeminista”, são citados entre as ideias precursoras da “ideologia de gênero” (Junqueira, 2017, p. 33) e até hoje recorrentes nos discursos da hierarquia católica- o que delata um complexo ordenamento discursivo, não necessariamente alinhado com a deriva neoliberal abraçada por outros atores que atualmente integram as campanhas contra a “ideologia de gênero” na educação brasileira (CARVALHO; SÍVORI, 2017, s/n.).

De acordo com Miskolci e Campana (2017, p. 728), “a luta contra a ‘ideologia de gênero’ é uma forma de resistência contra os recentes avanços que se vêm ocorrendo na América Latina em matéria de direitos sexuais e reprodutivos”.

De qualquer forma, não é apenas a Igreja Católica e as organizações pró-vida que se reúnem em torno de seus preceitos religiosos as únicas instituições que lideram essa cruzada. Organizações evangélicas se uniram à “causa” e em vários países da região tiveram um enorme impacto para impedir o avanço dos direitos sexuais e reprodutivos (MISKOLCI; CAMPANA 2017, p. 729).

Os avanços a que se referem os autores se originaram na década de 1960, com a revolução sexual orquestrada por diversos segmentos de movimentos contestatórios, reivindicando a liberdade sobre seus corpos e sexualidades, com forte crítica ao moralismo conservador que reverberou em diversos países. É importante ressaltar que essa mudança ocorreu em vários países de maneira distinta, considerando as especificidades de cada um deles e as correlações de forças existentes entre os atores sociais na arena política.

Para situar esse movimento, cabe ressaltar que, na Europa, inicialmente, deu-se o processo de revolução sexual, capitaneado por feministas, *hippies*, movimento homossexual. Nos Estados Unidos da América, houve um movimento em que grupos de homossexuais e simpatizantes resistiram à perseguição e à violência da repressão policial aos frequentadores do bar *Stonewall Inn*, que influenciou na organização de grupos de gays, lésbicas e travestis, a fim de romper com padrões normativos conservadores.

Essas lutas políticas tinham como propostas concretas a mudança no *status quo*, refutando a lógica dos papéis sexuais e criticando as assimetrias de gênero, com relação às estruturas de poder entre os gêneros e as sexualidades, criando novos valores e uma nova moral sexual. Isto é, de romper com padrões cisgêneros e heteronormativos do modelo sexista burguês.

Assim, de acordo com Miskolci (2007),

Certos pânicos morais marcaram não só a criação da homofobia contemporânea, como também moldaram a reação dos movimentos sociais a essas estratégias de deslegitimação social de gays e lésbicas. Não se trata de uma oposição simples entre sociedade homofóbica versus movimento GLBT, pois ambos se pautam pelo mesmo mecanismo de controle social para definir seus objetivos e valores no incessante processo de transformação histórica e rediscussão dos limites morais de nossa sociedade (MISKOLCI, 2007, p. 110).

No Brasil, como já abordado nos capítulos anteriores, esse acirramento também se fez e se faz. Muito mais agora, tendo em vista que o atual presidente da República, Jair Bolsonaro, reforça essa perspectiva conservadora, ao se declarar evangélico e utilizar o *slogan*: “Brasil

acima de tudo e Deus acima de todos”. A sua vitória nas eleições presidenciais, em 2018, teve um grande apelo moralista e declaradamentepositor aos direitos de LGBT e outras minorias sociais, como negros e indígenas.

Atualmente na arena política, os conservadores articulados com católicos e evangélicos neopentecostais têm tido grande expressão no Parlamento brasileiro, entre os 32 partidos políticos registrados no Tribunal Superior Eleitoral (TSE), em 2018. Desses, três possuem em sua nomenclatura a palavra cristão/cristã, são esses: Partido Trabalhista Cristão, Partido Social Cristão e Partido da Democracia Cristã. Além de outros partidos que agregam a Frente Parlamentar Cristã, criada em 2003, que atualmente congrega 195 parlamentares e oito senadores que representam todos os estados brasileiros, por meio dos partidos: PL, PP, PT, DEM, Patriota, PSL, PDT, PSDB, PSD, Republicanos, PSC, PSD, Solidariedade, PROS, PSB, Pode, MDB, PTB, Avante e Novo.

As denominações religiosas dos parlamentares, de acordo com o Departamento Sindical de Assessoria Parlamentar (Diap) (2018), somam ao todo 22 no ano de 2018/2019.

O grau de comprometimento dos deputados evangélicos com suas igrejas no desempenho de seus mandatos depende do processo através do qual eles foram eleitos. Se elegeram com a candidatura lançada pela igreja, seu grau de comprometimento e subordinação em relação a ela é elevado, o mesmo não acontecendo com aqueles cuja vitória eleitoral ocorreu por meio de outras bases de apoio (DANTAS, 2011) (GAMA, 2019, p. 21).

Nesse sentido, há uma desvantagem para as minorias sociais e sexuais, pois esses setores promovem ações visando ao retrocesso ou impedindo o avanço da legislação em relação a temas sociais e a direitos de minorias não hegemônicas. É importante salientar que não são todos os parlamentares que se identificam como cristãos que têm uma atuação que cerceia a liberdade e/ou que compõem a frente parlamentar evangélica.

4.2.3 Representações e práticas de Profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi o *locus* mais debatido e privilegiado nos artigos científicos analisados, ao pensar no cuidado em saúde de LGBT, seja na Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou na Unidade Básica de Saúde (UBS). Considera-se que a Atenção Básica ou APS é um lugar estratégico para realizar as ações que promovam a política de equidade no SUS. Principalmente, com práticas em saúde voltadas a uma atenção necessária para as demandas de LGBT, pois se pode realizar uma *anamnese* a respeito das necessidades em saúde, bem como a articulação com as demais políticas sociais pautadas na perspectiva da intersetorialidade.

A APS atua na perspectiva da promoção de saúde e da prevenção de doenças, no território onde vivem os sujeitos. Portanto, é o canal no qual esses sujeitos vão expor suas necessidades em saúde e serão referenciados para a Atenção Secundária e Terciária, para o tratamento e acompanhamento de saúde em questão, caso seja necessário. Desse modo, a APS foi o *locus* privilegiado em todos os trabalhos selecionados na pesquisa de revisão.

A Atenção Básica tem o objetivo principal de oferecer o acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e ampliar a área de abrangência para níveis mais complexos de cuidado, bem como implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças (PAIM *et al.*, 2011). Assim, emergem dois programas: Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), em 1991, e Saúde da Família (PSF), em 1994, visando à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e sua expansão, qualificação e consolidação, em particular a reorientação do processo de trabalho, em ampliar a resolubilidade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades. Esses dois programas são parte de uma estratégia governamental para reestruturar o sistema e o modelo assistencial do SUS (PAIM *et al.*, 2011).

É nesse contexto que surge a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), que tem como base o processo de descentralização e controle social da gestão. Estrutura-se nas diretrizes organizacionais e assistenciais do SUS, ressaltando a reestruturação dos processos de trabalho a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo como local estratégico de prioridade a Atenção Básica, com potencial para adotar os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

Cabe ressaltar que, articulado à Pnab, é implementado o programa Pacto pela Saúde, que estabelece três modalidades de trabalho: Pacto pela vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. A prioridade do Pacto pela Vida é de “consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS” (BRASIL, 2006).

Considerada como porta de entrada do SUS, a ABS e dentro da ESF tem importância fundamental para implementação de toda e qualquer política pública de busca de equidade, constituindo arena privilegiada para implantação, avaliação e monitoramento dessas políticas. Segundo Starfield a ABS é a base que determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde e promove a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde (GUIMARÃES *et al.*, 2017, p. 128).

Portanto, a atenção básica tem como pressuposto ampliar o leque de possibilidades de enfrentamento das questões que os usuários necessitam, considerando os determinantes sociais em saúde e o processo saúde-doença-cuidado de cada usuário/a, bem como os aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais, territoriais e psicológicos que conformam a realidade sanitária (PAULINO *et al.*, 2019).

Vale ressaltar que a APS coordena a rede de atenção à saúde do SUS, além disso, agrega profissionais de saúde que atuam na prevenção de doenças e promoção de saúde, abrangendo o acolhimento e a integralidade do cuidado. Dessa forma, ela foca a pessoa e não a doença, criando uma relação de confiança e vínculo com a finalidade de acompanhar todo o processo de prevenção de doenças, promoção, tratamento e recuperação da saúde do usuário, com comprometimento e qualidade na assistência à saúde numa perspectiva equânime (GOMES *et al.*, 2018).

Ademais, a APS – e de maneira especial, a ESF –, para sua consecução, considera os territórios, a população e as ações programáticas e tem como premissa promover a valorização dos aspectos que influenciam positivamente na saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar (PAULINO *et al.*, 2019). Ampliam-se, por certo, as oportunidades para os usuários serem mais participativos e autônomos, com o objetivo de fortalecer a participação, interação e as práticas dos gestores, trabalhadores e usuários no cotidiano dos seus processos de trabalho, criando vínculos entre os profissionais/equipes e os indivíduos, família e comunidade (BRASIL, 2013).

As equipes multiprofissionais atuam nas Unidades Básicas de Saúde da Família ou Unidades de Saúde da Família em áreas geográficas definidas e com populações adscritas para cada Estratégia Saúde da Família (ESF) (PAIM *et al.*, 2011). Consiste em “um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida e saúde, com serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados” (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996, p. 6).

No que se refere ao atendimento qualificado e à saúde para a população LGBT, é necessário exigir que esses profissionais estejam atentos ao contexto social em que estão inseridos esses usuários, conheçam a realidade local, o território, as religiosidades, além de estarem atentos aos discursos dos sujeitos, para que possam pautar sua atuação profissional a respeito da diversidade sexual e de gênero.

Nesse sentido, é preciso considerar as demandas de LGBT e compartilhá-las com a equipe de saúde, problematizando as questões trazidas, a fim de atender às demandas desses sujeitos no conjunto das políticas públicas, de forma intersetorial, se for o caso, pois isso

favorece o usuário a encontrar alternativas concretas para o cuidado na prevenção de doenças, na promoção e na recuperação da sua saúde (FERREIRA *et al.*, 2019).

Nesse sentido, deve-se dar a devida importância para as ações de formulação e implementação de políticas específicas, com potencialidade de assegurar o acesso aos serviços de saúde no SUS. A APS se configura como um espaço privilegiado, pelo potencial de promover ações intersetoriais e no território, como práticas de profissionais da APS sobre o cuidado à população LGBT de acordo com as diretrizes da PNSI-LGBT.

4.2.4 Heteronormatividade

Para entender as identidades que põem em xeque o modelo binário de inteligibilidade, necessita-se ter clareza e entendimento dos conceitos de sexo, gênero, orientação afetivo-sexual e identidade e expressão de gênero. As pessoas só se tornam seres inteligíveis no sistema heteronormativo, ao assumir seu gênero de acordo com os modelos reconhecíveis (BUTLER, 2013).

Em um regime rígido e hierárquico do sistema sexo-gênero-orientação sexual, que deseja manter seu domínio ideológico sobre as relações de gênero e as formas de expressar as sexualidades, impõe-se a heterossexualidade compulsória. Essa ideologia é deletéria e se expressa de maneiras diversificadas e de formas sutis. Ela interfere diretamente nos determinantes sociais, aprofunda os adoecimentos e pode comprometer a saúde em outros níveis, na assistência em saúde e, particularmente, na saúde mental.

Essas normas impostas no exercício das sexualidades e das relações de gênero têm variados desdobramentos, entre os quais se destaca o modelo rígido da família nuclear burguesa, formado por homem, mulher e filhos, bem como as relações de parentesco apoiadas pelo vínculo consanguíneo. A esse modelo convencionou-se, no âmbito científico dos estudos de gênero e sexualidade, chamar de heteronormatividade, na qual se pressupõe que todos são heterossexuais (COSTA *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, o modelo heteronormativo torna-se nocivo, pois anula os sujeitos que não se adequam ao modelo binário e às normas sexuais impostas, desqualificando os modelos de masculinidades e feminilidades não hegemônicas e os arranjos familiares periféricos (COSTA *et al.*, 2017). Portanto, essa naturalização, aliada a outros marcadores sociais, como raça, cor, orientação sexual, identidade de gênero, classe e idade, agrava ainda mais a reprodução das desigualdades sociais, pois hierarquiza os sujeitos. Assim, as pessoas cujos comportamentos sexuais e expressões de gênero se distinguem do modelo cis-

heteronormativo, em geral, as que se identificam como LGBT, são alvo de preconceito e discriminação.

As sociedades ocidentais têm como padrão o comportamento heteronormativo, o que leva as pessoas a reagirem negativamente quando se deparam com a não conformidade. Essas reações acabam gerando barreiras entre profissionais de saúde e usuários, que interferem na qualidade dos atendimentos e dos resultados em saúde. Abordagens adequadas da população LGBT devem inicialmente ser construídas pelas normas e regulamentos das profissões de saúde, buscando o respeito para com estes usuários do serviço de saúde, indicando que devem ser compreensivos e livres de discriminação. Também requer o mesmo cuidado sensível, imparcial que deve ser fornecido a qualquer usuário do serviço de saúde, independentemente da raça, sexo, idade, religião, orientação sexual e identidade de gênero (COSTA *et al.*; 2017, p. 108).

A historiadora Scott (1995) afirma que o gênero é o primeiro modo de dar significado às relações de poder. Essas relações estão fundamentadas no patriarcalismo, no machismo e no sexismo, que têm se perpetuado historicamente nas relações sociais. Além disso, o gênero atribui significado às relações sociais e institui o modo de se relacionar sobre as diferenças, que são percebidas pelo sexo inseridas em um dado contexto cultural.

Nesse sentido, o modelo cis-heteronormativo refuta as diversas possibilidades de vivenciar outras sexualidades, em particular pelo sujeito que desconstrói o binarismo de gênero. Esse padrão binário e rígido, historicamente posto, acarreta discriminações, preconceitos e violências para a população LGBT.

Diante desse fato, a literatura científica e o Ministério da Saúde reconhecem que o preconceito e a discriminação voltados para esse segmento da população são determinantes sociais da saúde, pois compreendem que eles acarretam vulnerabilidades específicas, que se configuram em barreiras simbólicas. Estas inviabilizam o acesso, interferindo na qualidade da atenção e podem provocar processos de sofrimento, adoecimento e morte prematura dessa população (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

Vale destacar que as condições de saúde e adoecimento de LGBT decorrem não somente das diferenças oriundas da orientação sexual, expressão de gênero ou aspectos biológicos, mas também da lógica binária que atravessa a organização social ocidental, e em nossa cultura, a discriminação, o preconceito e o estigma. Essas representações estão estruturadas e entranhadas na cultura da sociedade, afetam as relações sociais, desenvolvendo assimetrias de gênero, corporalidades e identidades sexuais (LORIA *et al.*, 2019).

O estudo de Loria *et al.* (2019) analisa a saúde da população LGBT+, apresenta particularidades e vulnerabilidades que requerem atenção diferenciada. Sensibilizar e qualificar profissionais de saúde para as necessidades dessa população é fundamental para garantir a ela o direito à saúde. Os currículos das graduações em saúde, que em geral não incorporam tais questões, têm sido questionados pelo alunado com denúncias de LGBTfobia no curso médico e reivindicação de capacitação prática. Nesse contexto, o Internato Integrado de Medicina de Família e Comunidade e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro organizou oficina sobre Saúde da População LGBT, apresentada neste artigo. Constatou-se que a inclusão longitudinal do tema no currículo permanece como desafio (LORIA *et al.*, 2019).

4.2.5 Homofobia

O termo homofobia foi expandido para LGBTfobia. Esse termo foi cunhado pelo próprio movimento LGBT a fim de afirmar politicamente as identidades sexuais de LGBT. Assim, o termo ampliado abarca as diversas opressões, oriundas de cada identidade, como a lesbofobia, homofobia, bifobia e transfobia, que tratam de aversão, intolerância e fobia a qualquer expressão que se distancie do comportamento cis-heteronormativo (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

Assim, de acordo com Borillo (2010),

a homofobia baseia-se na mesma lógica utilizada por outras formas de inferiorização: tratando-se da ideologia racista, classista ou antisemita, o objetivo perseguido consiste sempre em desumanizar o outro, em torná-lo inexoravelmente diferente. A semelhança de qualquer outra forma de intolerância, a homofobia articula-se em torno de emoções (crenças, preconceitos, convicções, fantasmas...), de condutas (atos, práticas, procedimentos, leis...) e de um dispositivo ideológico (teorias, mitos, doutrinas, argumentos de autoridade...). (BORRILLO, 2010, p. 35).

O Ministério da Saúde entende que a homofobia e todas as formas de discriminação provocadas pela homofobia “devem ser consideradas como fatores impulsionadores da produção de doenças e sofrimento” (BRASIL, 2008, p. 570). Contudo, atreladas à homofobia, podem-se considerar as desigualdades sociais, de gênero e raça, que são marcadores sociais que agravam as vulnerabilidades individuais e coletivas. Sendo assim, esses marcadores sociais contribuem para o agravamento das condições de saúde da população LGBT, afetando outras

esferas da vida social, como, por exemplo, o desemprego, o racismo e a inacessibilidade à moradia e à alimentação, entre outros.

Para Borrilo (2010), o conceito de homofobia envolve dois ângulos importantes que devem ser ponderados para compreender a realidade. O primeiro diz respeito ao aspecto afetivo, isto é, a recusa às homossexualidades, e o segundo refere-se aos aspectos culturais e cognitivos, em que, além da rejeição explícita, existe a falta de tolerância e respeito a quaisquer ações políticas direcionadas para o público LGBT, que visem promover o direito e a igualdade a essa população.

Vale ressaltar que em todos os aspectos, a homofobia se aproxima de condutas discriminatórias, nas quais o outro é desprezado, desqualificado, tratado como abjeto (BUTLER, 2000), e, portanto, destituído de humanidade e vínculos de afetos (GUIMARÃES, *et al.*, 2017).

Essas disparidades são relacionadas a um conjunto de intenções e ações que podem interferir no processo saúde-doença de LGBT, de forma direta ou indireta, sendo possível destacar, historicamente, as agressões, torturas, discriminações em órgãos públicos e privados e por autoridades governamentais, discriminação econômica, cerceamentos e censuras, privações, segregações familiar, escolar, científica e religiosa, difamação e preconceito promovido pela mídia e outros meios, insulto e preconceito anti-LGBT (GROSS; CARLOS, 2015 apud GOMES *et al.*, 2018).

É nesse sentido que Duarte (2018) afirma que,

Na grande maioria das vezes, os agravos à saúde de LGBT são determinados socialmente, em função das frequentes violações de direitos a que estão expostos esses sujeitos, mas também de violência e morte. Tais violações, violências e mortes são expressões das representações e significações socialmente construídas acerca das orientações sexuais tidas como “desviantes” perante a heteronormatividade, representada pela heterossexualidade hegemônica e compulsória da ordem social e moral burguesa (DUARTE, 2018, p. 9).

Desse modo a homofobia extrapola as questões relativas às relações interpessoais, ela afeta as relações sociais, ocupando todos os espaços de sociabilidade, em particular, nas instituições, seja no âmbito público, seja no privado. A homofobia se propaga nas escolas, igrejas, serviços de saúde, entre outros, impregnando as subjetividades, banalizadas pelo ideário social hegemônico e reproduzidas cotidianamente, o que torna mais complexo o seu combate (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

Nesse sentido, os marcos legais que asseguram a legitimidade e a validação dos direitos sexuais e a não discriminação, tais como constam na Constituição Federal de 1988, na Declaração Universal de Direitos Humanos, nas Leis Orgânicas dos estados e municípios, bem como nos muitos documentos jurídicos e normativos, são mecanismos de enfrentamento da homofobia na sociedade brasileira. A sua radicalidade, por meio da violência física, tem colocado o país no topo do *ranking* mundial em assassinatos e suicídios de LGBT, em particular, de gays, travestis e transexuais, pretos, periféricos e pobres.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PNSI-LGBT foi uma conquista muito importante do movimento social LGBT e todos os envolvidos no processo de construção de uma política de saúde pautada nos princípios da equidade, conforme preconizam as diretrizes do SUS. Ela veio para promover os direitos de cidadania de LGBT e possibilitar que outras políticas públicas passassem a pautar, como o setor de saúde, ações e estratégias para coibir posturas discriminatórias por orientação sexual e identidade de gênero entre todos os trabalhadores da saúde.

Os principais pontos destacados neste estudo, a partir da análise da política de saúde da população LGBT, através da revisão integrativa, foram o modelo hegemônico heteronormativo, a homofobia estrutural e institucional e a ausência de conhecimentos dos profissionais de saúde em relação às necessidades da população LGBT, ou seja, a falta de formação profissional da equipe de saúde sobre questões de saúde das pessoas LGBT, bem como da própria PNSI-LGBT.

Observou-se na análise da PNSI-LGBT, a partir dos documentos e dos artigos selecionados, que há uma implementação parcial da política em alguns municípios e estados, inclusive alguns com seus respectivos comitês. O maior desafio é dar continuidade ao que foi construído coletivamente e efetivar a PNSI-LGBT em todo o território nacional.

Cabe registrar que ainda há muito a ser feito, pois os obstáculos nos cuidados de saúde são engendrados pela ausência de informação, omissão e inexperiência dos profissionais com relação à população LGBT, entre outros fatores. Em virtude desse cenário e visando minimizar as desconformidades expostas, ressalta-se a urgência de reforçar a importância do preenchimento dos formulários do SUS de maneira correta e atualizada pelos gestores de saúde e toda a equipe de saúde.

De acordo com a pesquisa de Gomes *et al.* (2018), a

Rede de Atenção à Saúde se encontra desarticulada e sem comunicação a respeito das demandas da população LGBT que perpassam os níveis de atenção. Esses sujeitos passam pelos (ou se afastam dos) serviços da rede sem que sejam enxergados, reconhecidos ou mesmo ouvidos, fazendo-se necessária a realização de capacitação de recursos humanos, de acompanhamento da agenda da saúde e de participação social para essa população em específico. Esses elementos sugerem a existência de fragilidades na capitalização das estratégias federais para contextos locais, o que prejudica a consolidação de ações e contribui para a invisibilidade, na esfera local, do processo de implementação da PNSI LGBT, fazendo-se necessário o reconhecimento dos obstáculos a partir de contextos locais para a efetivação da PNSI LGBT no âmbito nacional (GOMES *et al.*, 2018, p. 1.131).

Considera-se imprescindível o aprofundamento dos estudos a respeito dos obstáculos que envolvem a participação social de LGBT. Além disso, faz-se necessário expandir os debates sobre os cuidados em saúde de LGBT nos estabelecimentos de saúde, que recrutam recursos humanos e os formam, com intuito de levar informação e conhecimento sobre a população LGBT e as necessidades de saúde, a fim de que esses saibam atuar e reduzir as iniquidades em saúde referentes a essa população.

Nesse sentido, desconstruir o conjunto de crenças e valores morais em relação às pessoas LGBT pode ser um caminho, para que os profissionais aumentem suas habilidades de comunicação, cultivando relações mais humanizadas entre profissionais e usuários LGBT.

A importância de reconhecer suas limitações ao cuidar dessa população, no caso em que um profissional está com problemas para trabalhar com um indivíduo que seja LGBT e tem dificuldade em conduzir o caso, será imprescindível saber quando encaminhar a pessoa para um profissional mais adequado. A competência cultural pode ser compreendida como ações administrativas, com a inclusão de faixas contra a discriminação, banheiros unissex, leis contra a discriminação. Além de funcionar como um disparador do processo de compreensão da necessidade e busca por informações pertinentes no processo de cuidado dos indivíduos LGBT, como entender a necessidade de se obter informações sobre orientação sexual ou identidade de gênero. A prestação de cuidados culturalmente competentes é essencial para o tratamento bem-sucedido da população LGBT (COSTA *et al.*, 2017, p. 112).

As situações oriundas de discriminações e violências vivenciadas por LGBT, em diversos estabelecimentos e instituições de cuidado em saúde, indicam a necessidade de maior rigor e punição desses comportamentos, a fim de coibir a homofobia e também de oferecer processos formativos de qualificação profissional que vislumbrem uma atuação profissional ética e livre de discriminação.

Nas análises empreendidas, a partir das pesquisas científicas produzidas nos poucos artigos encontrados, evidenciou-se que há diversas razões para o afastamento da população LGBT dos serviços de saúde. Em sua maioria, os motivos são o ambiente do cuidado, contaminado por preconceito e ações discriminatórias, que se apoiam no modelo rígido binário heteronormativo, a ausência de qualificação profissional sobre gênero, sexualidade, identidades sexuais e demandas da saúde LGBT, o preconceito dos profissionais de saúde para lidar com essas demandas e ainda o modelo cis-heterossexista que estrutura a sociedade e anula os sujeitos LGBT.

Desse modo, conjectura-se ainda que há um longo caminho a ser percorrido, para a concretização da PNSI LGBT pois a conjuntura política, econômica e social é de crise, além de pandêmica, bem como a própria democracia. Pensa-se, portanto, nas ameaças postas à

Constituição Federal e ao próprio SUS, que não se consolidaram, o que demonstra a necessidade de organização e luta política para não se perderem os direitos sociais conquistados, como muito se perdeu dos direitos trabalhistas e previdenciários, com as reformas, de caráter neoliberal, sobretudo no desinvestimento público, particularmente no SUS.

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT, trata-se de um ladrilho deste caminho, estabelecendo a necessidade do cuidado transversal em saúde dentro do Ministério da Saúde e os demais entes federados, e a eliminação da “discriminação e do preconceito institucional, bem como contribuir para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo”. Por fim, este caminho deve seguir lutando pela não patologização de algo que é inato à pessoa humana a expressão de sua sexualidade. É evidente que a determinação do gênero e orientação sexual pelo binarismo biologicista é imposição da sociedade, portanto, deve ser revelada uma política sexual que considere as diversas expressividades da sexualidade humana, não por homo ou hétero ou, por mulher ou homem, mas sim, pelo ser humano que ali se expressa e tem como direito escolher ser o que quiser (PRADO; SOUZA, 2017, p. 78).

Outro quesito de suma importância que é um dos objetivos da PNSI-LGBT é fomentar, fortalecer e apoiar a participação social de pessoas LGBT nas políticas públicas e em organizações da sociedade civil. Movimentos sociais como de homens trans e mulheres transexuais e travestis ganharam maior visibilidade e com isso puderam se organizar em entidades e articulações sociais próprias. O protagonismo desses sujeitos possibilitou grandes avanços na política de saúde e na própria PNSI-LGBT, em particular, tratando das práticas de acolhimento, protocolos e sobre as linhas de cuidado à saúde no âmbito do SUS, além de maior notoriedade perante a sociedade no que concerne as suas bandeiras de luta.

Vale ressaltar, como analisado na pesquisa sobre a PNSI-LGBT, o êxito do protagonismo dos movimentos sociais LGBT, decorreu dos interesses em comum, de diversos atores da sociedade, considerando a conjuntura política mais favorável, através das forças progressistas que estavam no poder aliados à participação social criou-se estratégias políticas e parcerias com agentes do Estado, gestores e acadêmicos, como na participação ativa nos espaços de deliberação do controle social. Infere-se que o ativismo político foi determinante para o fortalecimento das instâncias democráticas desde o contexto da promulgação da Constituição Federal de 1988 até 2011 ano que foi implementada a PNSI LGBT. Este processo propiciou o exercício democrático por meio da gestão participativa, de forma equânime, universal e integral, conforme fundamentam a Carta Magna e as leis 8,080/90 e 8.142/90 que vigoram sobre a saúde pública no Brasil e a valorização dos Direitos Humanos das pessoas LGBT com a implementação da PNSI LGBT. Contudo, o cenário que se apresenta hoje é de

desmonte de políticas como um todo. E os impactos desse desmonte de forma mais violenta vivenciam grupos que em situações de vulnerabilidade social como a população LGBT, negra. Entende-se por vulnerabilidade social como o desigualdade de oportunidades e acesso dos recursos materiais ou simbólicos dos atores, sejam eles indivíduos ou grupos, em como, o acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas e culturais oriundas do Estado, do mercado e da sociedade (Morais, Raffaelli & Koller, 2012, p. 119).

É indiscutível, neste estudo, o fato que a PNSI-LGBT é uma conquista para o movimento social LGBT na luta por garantia de seus direitos, resultado da luta coletiva da comunidade LGBT. No entanto, nesses dez anos da promulgação da política, ainda é incipiente a produção acadêmica que analise os limites e possibilidades na atenção à saúde dessa população. Cabe lembrar que inicialmente o cuidado em saúde desse segmento esteve atrelado à prevenção de ISTs e HIV-aids, corroborando com a LGBTfobia institucional e atitudes preconceituosas advindas dos profissionais de saúde.

Contudo, para que haja um avanço sobre a saúde da população LGBT, é necessário que, nesse campo de disputa, que é o SUS, a PNSI-LGBT seja concretizada nas instâncias estaduais e municipais, necessitando ser afirmada e pressionada, por meio da mobilização social, para que se cumpram as leis e todo o conjunto de normativas jurídico-legal construído em favor dessa população.

Portanto, há muito o que se fazer para que o SUS concretize e ofereça serviços de qualidade, na perspectiva da equidade, aos diversos segmentos vulneráveis da sociedade, como os de LGBT, indo ao encontro das reais necessidades e demandas da população para que não ocorra nenhum retrocesso nos direitos e conquistas.

Na atual conjuntura, verifica-se a fragilidade especificamente da PNSI-LGBT e os cortes de verbas das políticas públicas em geral, e da saúde em particular. O cenário que se apresenta é de desmonte das políticas públicas, apoiado pelas políticas ultraneoliberais, implicando uma maior redução do Estado em investimento público.

Ademais, frações da sociedade civil têm apoiado e legitimado uma perspectiva reacionária, característica da extrema-direita que tem ganhado força no Parlamento e, atualmente, tem como expoente o Executivo federal brasileiro, que declara valores perniciosos e ameaça o Estado Democrático de Direito.

Essa onda reacionária, portanto, expressa-se também nos âmbitos estaduais e municipais, que, em sua maioria, mostram-se contrários ao segmento LGBT e a outras minorias sociais. Caracteriza-se como uma ofensiva anti-LGBT, antigênero, antinegro etc. Nessa conjuntura, contudo, essa lógica é um dos fatores de inviabilização da PNSI-LGBT. Verificam-

se, por esse viés conservador e fascista, os discursos de ódio, marcados por preconceitos de caráter homofóbico, racista, sexista e autoritário e, portanto, avessos à democracia como instrumento de garantia de direitos de grupos não hegemônicos.

Os desafios impostos para a efetivação da PNSI-LGBT são muitos, mas um aspecto que é fundamental destacar é a questão do financiamento dessa política. De acordo com Mello *et al.* (2011), “os recursos orçamentários para essas ações ainda são escassos e geralmente menos expressivos que os destinados tradicionalmente e há muitos anos ao combate ao HIV/AIDS e à sua prevenção” (MELLO *et al.*, 2011, p. 22).

Por fim, ainda se faz necessário lutar para que se cumpram as normativas legais e jurídicas existentes. Além disso, é preciso reafirmar a luta no âmbito dos direitos humanos, pela valorização da vida, para que todas as pessoas possam e devem ser livres e ter o direito de exercer livremente suas sexualidades e performatizar seus gêneros, sem ser discriminadas por isso.

Existem desigualdades estruturais no país, o que torna imperativo reconhecer que, em curto prazo, as ações governamentais não serão suficientes para atender às necessidades de todos os segmentos subalternizados em termos econômicos, sociais, políticos e culturais. Isso demandará do governo e dos diferentes grupos da sociedade civil uma constante negociação em torno da definição de prioridades (MELLO *et al.*, 2011, p. 24), relacionadas à formulação, à implementação, ao monitoramento e à avaliação das políticas públicas em todas as áreas, inclusive, da saúde e, particularmente, para todos os grupos e segmentos sociais a fim de que pessoas LGBT sejam reconhecidas como sujeitos de direitos.

REFERÊNCIAS

- ABERS, R.; SERAFIM L.; TABAGIBA, L. Repertórios de interação estado-sociedade em um estado heterogêneo: a experiência na era Lula. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 325-357, 2014.
- AGUIÃO, S.; VIANNA, A.; GUTTERRES, A. Limites, espaços e estratégias de participação do movimento LGBT nas políticas governamentais. *In*: LOPES, J. S. L.; HEREDIA, B. (org.). **Movimentos sociais e esfera pública: burocracias, confrontos, aprendizados inesperados**. Rio de Janeiro: CBAE, 2014. p. 239-270.
- AGUIÃO, S. **Fazer-se no “Estado”**: uma etnografia sobre o processo de constituição dos "LGBT" como sujeitos de direitos no Brasil contemporâneo. 2014. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Faculdade de Ciências Sociais, Unicamp, Campinas, 2014.
- _____. “Não somos um simples conjunto de letrinhas” disputas internas e (re)arranjos da política “LGBT”. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 46, p. 279-310, 2016. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8645824>. Acesso em: 29 de abril de 2020.
- ALBUQUERQUE, M. R. T. C.; BOTELHO, N.M.; RODRIGUES, C. C. P. Atenção integral à saúde da população LGBT: experiência de educação em saúde com agentes comunitários na atenção básica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 14, p. 1-11, 2019.
- ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 23-36, 2002. Supl.
- ALMEIDA, G. S. de. 'Homens trans': novos matizes na aquarela das masculinidades? **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 513-523, 2012.
- _____. **Da invisibilidade à vulnerabilidade: percursos do “corpo lésbico” na cena pública face à possibilidade de infecção por DST e aids**. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- _____.; MURTA, D. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 380-407, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872013000200017. Acesso em: 10 jan. 2020.
- ALMEIDA, M. G.; BARBOSA, D. R. M.; PEDROSA, J. I. S. Trilha da iniquidade: saúde de povos ciganos e políticas públicas no Brasil. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 4, n. 3, p. 1116-1129, 2013.
- ALONSO, A. As teorias dos movimentos sociais. **Lua Nova**, [s. l.], n. 76, p. 49-86, 2009.
- ARÁN, M.; MURTA, D.; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1141-1149, 2009. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 nov. 2019.

ARENDDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

ASSIS, M. M. A; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelos de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-75, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.

AVELAR, B. R. de; MAROJA, D. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 289-312, maio/ago., 2012.

AVRITZER, L. Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização à legitimidade da ação. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 3, p. 443-464, 2007.

AYRES, J. R. de C. M. Raça como conceito emancipador e vulnerabilidade como norte para políticas de equidade em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2007.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000300004. Acesso em: 19 jul. 2021.

_____. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Rev. Bras Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, 2002. Supl.1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbepid/v5s1/05.pdf>. Acesso em: 22 set. 2019.

_____. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003. p. 117-139

_____. et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. **Am. j. public health**, Washington, v. 96, n. 6, p.1001-1006, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470608>. Acesso em: 25 nov. 2019.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000100005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 nov. 2019.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set.-dez., 2004.

_____. Organização das ações de atenção em saúde: modelos e práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 11-23, 2009. Supl. 2.

BAGRICHEVSKY, M. et al. Desigualdades sociais em saúde e práticas corporais: um exercício singular de análise. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 497-510, 2013.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

_____.; BOSCHETTI, I. S. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2007. p. 147-164.

BENEDETTI, M. R. **Toda feita: o corpo e o gênero das travestis**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BEZERRA, L. C. A. et al. Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 883-900, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a11.pdf>. Acessado em 17 set. 2019

BOBBIO, N; BOVERO, M. **Sociedade e Estado na filosofia política moderna**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BORRILLO, D. **Homofobia: história e crítica de um preconceito**. Belo Horizonte: Autêntica Ed., 2010.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*. Belo Horizonte, v.5, n. 11, p. 121-136 · maio-ago. 2011 · ISSN 1980-5756. Disponível em: . Acesso em: 1 outubro 2021

BRAGA, I. F. A sociedade civil e as Políticas de Saúde no Brasil dos anos 80 à primeira década do século XXI. In: MOROSINI, M. V. (org.). **Sociedade, estado e direito à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. Lei nº 13.844, de 18 de junho de 2019. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, p. 4, 18 de junho de 2019a.

_____. Decreto Federal nº 9.759, de 11 de abril de 2019. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, p. 5, Edição Extra, 11 de abril de 2019b.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Resolução CIT nº 26, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017- 2019) da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, p. 90-91, 27 out. 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2017b.

_____. Lei Nº 13.365, de 29 de novembro de 2016. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, p. 1, 30 de novembro de 2016b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 598**, de 21 de maio de 2015. Aprova o Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no SUS**. Brasília: MS, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.055**, de 13 de outubro de 2014. Habilita estabelecimento de saúde para realização do Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidades ambulatorial e hospitalar. Brasília: MS, 2014b.

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Guia orientador para a criação de conselhos estaduais/municipais de direitos da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília: SEDH/PR, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: MS, 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 20 abr. 2019.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria de Direitos Humanos. **Sistema Nacional de Enfrentamento à Violência LGBT e Promoção dos Direitos**. Brasília: SEDH, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.803**, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no SUS. Brasília: MS, 2013d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.807**. Institui incentivo financeiro de custeio para Estados e Distrito Federal para qualificação da gestão no SUS, especialmente para implementação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (Participa SUS). Brasília: MS, 2013e.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.579**, de 31 de julho de 2013. Brasília: MS, 2013f

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria SAS/MS nº 859**, de 30 de julho de 2013. Brasília: MS, 2013g.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite (CIT). **Resolução CIT nº 02**, de 6 de dezembro de 2011. Estabelece estratégias e ações que orientam o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2011a.

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: SEDH/PR, 2011b.

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Texto Base da II Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: SEDH/PR, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.837**, de 01 de dezembro de 2011. Redefine o Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: MS, 2011d.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, p. 35, 2 dez. 2011e.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.979**, de 15 de dezembro de 2011f.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria de Direitos Humanos. Decreto nº 7.388, de 09 de dezembro de 2010. Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional de Combate à Discriminação – CNCD. Brasília, 2010. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, p. 2, 10 de dezembro de 2010.

_____. Decreto Federal nº 7.037, de 21 de dezembro de 2009. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, p. 17, 22 dez. 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.820**, de 13 de agosto de 2009. Institui a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Brasília: MS, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 410**, de 12 de fevereiro de 2009. Institui a Comissão Intersetorial de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis – CISPLGBT. Brasília: MS, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.944**, 27 de agosto de 2009. Brasília: MS, 2009d

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT**. Brasília: SEDH/MJ, 2009d. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/homofobia/planolgbt.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2019.

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Relatório Final da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: SEDH/PR, 2008a.

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Texto Base da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: SEDH/PR, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da XIII Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento**. Brasília: MS, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria SAS nº 457**, de 19 de agosto de 2008. Regulamentação do Processo Transsexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: MS, 2008c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.707**, de 18 de agosto de 2008. Brasília: MS, 2008d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa**. Brasília; MS, 2008d.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Vigilância em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007a.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos – SPI. **Relatório de Avaliação do Plano Plurianual 2004-2007: exercício 2008 - ano base 2007**. Brasília: MPOG, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caminhos do Direito à Saúde no Brasil**. Brasília: MS, 2007c.

_____. Decreto Nº 5.841, de 13 de julho de 2006. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, p. 7, 14 de julho de 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 971**, de 3 de maio de 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 675**, de 30 de março de 2006c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.201**, de 14 de setembro de 2006d

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 2.227**, de 14 de outubro de 2004. Dispõe sobre a criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta da política nacional de saúde da população de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais - GLTB. Brasília: MS, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 880**, de 13 de maio de 2004. Dispõe sobre a criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta da política nacional de saúde da população de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais - GLTB. Brasília: MS, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil sem homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual**. Brasília: CNCD, 2004c.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, 29 dez. 1990a.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 19 set. 1990b.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final** da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS, 1986. Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 20 jan. 2019. BRAVEMAN, P. Health disparities and health equity. **Annual Rev Public Health**, [s. l.], n. 27, p. 167-194, 2006.

BRAVO, M. I. de S. et al. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 6–23, 2018.

BRAVO, M. I. S.; DACRI, V.; MARTINS, J. B. (org.). **Movimentos sociais, saúde e trabalho**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2010.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 126-150, 2012.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et. al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; Brasília: MS, OPAS, OMS, ABEPSS, 2006.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. et al. (org.) **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 2004.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001

BRAZ, C. et al. Saindo de caixas, gavetas e pastas: uma experiência de articulação entre militância, arquivologia e ciências sociais na produção de memórias LGBT em Goiás. **Caderno Espaço Feminino**, Uberlândia, v. 26, n. 2, p. 4-29, jul./dez. 2013.

BREILH, J. Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: NOGUEIRA, R. P. (org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2010. p. 87-125.

BUTLER, J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In: Louro, G. L. (org.). **O corpo educado - pedagogias da sexualidade**. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2013. p. 110-25.

_____. **Undoing Gender**. New York: Routledge, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre equidade em saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, 2006.

CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 32, n. 3, p. 552-63, ago. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000300003>.

CARRARA, S. Discriminação, políticas e direitos sexuais no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 184-189, jan. 2012.

_____. Políticas e direitos sexuais no Brasil contemporâneo. **Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades**, Natal, v. 4, n. 05, p. 131-147, nov. 2010.

CARVALHO, G. Financiamento da saúde pública no Brasil no pós-constitucional de 88. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 39-51, jul./dez. 2008.

CARVALHO, M. C.; SÍVORI, H. F. Ensino religioso, gênero e sexualidade na política educacional brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 50, p. e-175017, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/18094449201700500017>>. Acesso em: 21 jun. 2021.

CARVALHO, M. F. L. **Que mulher é essa?** Identidade e política de saúde no movimento de travestis e transexuais. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 2001.

CENSO 2010: número de católicos cai e aumenta o de evangélicos, espíritas e sem religião. **Agência IBGE Notícias**, Rio de Janeiro, 29 jun. 2012. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/14244-asi-censo-2010-numero-de-catolicos-cai-e-aumenta-o-de-evangelicos-espíritas-e-sem-religiaoURL>>. Acesso em: 14 mar. 2021.

CHOO, H. Y.; FERREE, M. M. Practicing intersectionality in sociological research: a critical analysis of inclusions interactions and institutions in the study of inequalities. **Sociological Theory**, [s. l.], v. 28, n. 2, p. 129-149, 2010.

CICONELLO, A. **Os avanços e contradições da política de direitos humanos no governo Lula**. “Nunca antes na história desse país”...?: um balanço das políticas do governo Lula. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll, 2011.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; FIOCRUZ, 2006. p. 231-258.

COHN, A.; ELIAS, P. E. M. Equidade e reformas na saúde nos anos 90. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 173-180, 2002.

CONDE, M. C. F. **O movimento homossexual brasileiro, sua trajetória e seu papel na ampliação do exercício da cidadania**. 173f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Faculdade de Ciências Humanas e Filosofia, UFG, Goiás, 2004.

CONNELL R. **Gênero em termos reais**. São Paulo: Versons, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Parecer nº 8/13**, do Processo de Consulta CFM nº 32/12. Brasília: CFM, 2013. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2013/8>. Acesso em 03 mai. 2021.

CORRÊA, S. O percurso dos direitos sexuais: entre margens e centros. **Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades**, Natal, v. 3, n. 04, p. 17-42, nov. 2009.

CORTINA, A. **Alianza y Contrato: política, ética y religión**. Madrid: Ed. Trotta, 2005.

CORNWALL, A. JOLLY, S. (org.) **Questões de sexualidade: ensaios transculturais**. Rio de Janeiro: ABIA, 2008.

COSTA, A. M. Promoção de equidade em saúde para a população negra. **Boletim do Instituto de Saúde**, [s. l.] v. 13, n. 2, p. 100-106, 2011.

COSTA, A. A. A. O movimento feminista no Brasil: dinâmicas de uma intervenção política. **Cadernos de Gênero**, v. 5, n. 2, p. 9-35, 2005.

COSTA, A. M.; LIONÇO, T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade na saúde? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 47-55, 2006

COUTINHO, C. N. **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político**. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

_____. **Marxismo e política: a dualidade de poderes e outros ensaios**. São Paulo: Cortez, 1994.

CRENSHAW, K. W. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, jan. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>

CRUZ, I. C. F. Que falta faz uma área técnica de saúde da população negra no Ministério da Saúde. **Revista ABPN**, [s. l.], v. 5, n. 9, p. 163-171, 2013.

DANILIAUSKAS, M. **Relações de gênero, diversidade sexual e políticas públicas de educação: uma análise do Programa Brasil Sem Homofobia**. 2011. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, USP, São Paulo, 2011.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ASSESSORIA PARLAMENTAR – DIAP. Eleições 2018: bancada evangélica cresce na Câmara e no Senado. **Boletim do DIAP**, 18 out. 2018. Disponível em: <https://www.diap.org.br/index.php/noticias/noticias/88900-eleicoes-2018-bancada-evangelica-cresce-na-camara-e-no-senado>. Acesso em 12 jul. 2021.

DUARTE, M. J. O. Violência, saúde e direitos LGBT: Análise crítica sobre itinerários e percursos. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 16., 2016, Vitória. **Anais [...]**. Vitória: ABEPSS, 2018.

_____. Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania LGBT em cena. **Temporalis**. Brasília, a. 14, n. 27, jan./jun. 2014a.

_____. Cuidado de si e diversidade sexual: capturas, rupturas e resistências na produção de políticas e direitos LGBT no campo da saúde. In: RODRIGUES, A. et al. (org.). **Transposições: lugares e fronteiras em sexualidade e educação**. Vitória: EdUFES, 2014b.

_____. Saúde, cuidado e diversidade sexual: A temática da transexualidade na atenção básica em saúde. In: COELHO, M. T. A. D.; SAMPAIO, L. L. P. (org.). **Transexualidades: um olhar multidisciplinar**. Salvador: EdUFBA, 2014c.

_____. Diversidade sexual e política nacional de saúde mental: contribuições pertinentes dos sujeitos insistentes. **Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 28, p. 83–115, dez. 2011.

DURIGUETTO, M. L. **Sociedade civil e Democracia: um debate necessário**. São Paulo: Cortez, 2007.

ELIAS, P. E. A utilização da noção de equidade na alocação de recursos em tempos de pensamento (neo) liberal: anotações para o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 289-292, 2005.

ESCOREL, S. Equidade em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equasau.html>. Acesso em: 12 jun. 2014.

_____. **Os dilemas da equidade em saúde**: aspectos conceituais. Brasília: OPAS, 2001. Disponível em: <http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-83-2013-os-dilemas-da-equidade-em-saude-aspectos-conceituais.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2014.

FACCHINI, R. Histórico da luta de LGBT no Brasil. **Universo**, São Paulo, n. 61, 2016. Disponível em: <http://pre.univesp.br/historico-da-luta-lgbt-no-brasil#.WwwKo0gvzIV>. Acesso em: 13 mai. 2019.

_____. Histórico de luta LGBT no Brasil. In: CONSELHO Regional de Psicologia da 6. Região (org.). **Psicologia e diversidade sexual**. São Paulo: CRPSP, 2011.

_____. Entre compassos e descompassos: um olhar para o “campo” e para a “arena” do movimento LGBT brasileiro. **Bagoas**, Natal, v. 4, p.131-158, 2009.

_____. **Sopa de letrinhas?** Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

FACCHINI, R.; FRANÇA, I. L. De cores e matizes: sujeitos, conexões e desafios no Movimento LGBT brasileiro. **Sexualidad, Salud y Sociedad** – Revista Latinoamericana, Rio de Janeiro, n. 3, p. 54-81, 2009.

FACCHINI, R.; DANILIAUSKAS, M.; PILLON, A. C. Políticas sexuais e produção de conhecimento no Brasil: situando estudos sobre sexualidade e suas conexões. **Revista de Ciências Sociais**. Fortaleza, v. 44, n. 1, p. 161-193, jan./jun. 2013.

_____. Movimento Homossexual no Brasil: recompondo um histórico. **Cadernos AEL**, Campinas, v. 10, n. 18/19, p. 81-125, 2003.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 47-71, 2004.

FLEURY, S. Direitos sociais e restrições financeiras: escolhas trágicas sobre universalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2686-2688, jun., 2011.

_____. Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

_____. **Estado sem cidadãos**: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

FORTES, P. A. C. Reflexões sobre o princípio ético da justiça distributiva aplicado aos sistemas de saúde. In: FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. (org.). **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Edições Loyola, 2003. p. 35-47.

_____. **O dilema bioético de selecionar quem deve viver**: um estudo de microalocação de recursos escassos em saúde, 2000. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. Os princípios do Sistema Único de Saúde: potencializando a inclusão social na atenção saúde. **O mundo da saúde**, [s. l.], v. 29, n. 1, p. 20-25, 2005.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica** São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

_____. **História da sexualidade – A vontade de saber**. São Paulo: Graal, 1988.

FRANÇA, I. L. Na ponta do pé: quando o black, o samba e o GLS se cruzam em São Paulo. In: BENÍTEZ, M. E. D.; FIGARI, C. E. (org.). **Prazeres dissidentes**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

_____. **Cercas e pontes**: o movimento LGBT e o mercado GLS na cidade de São Paulo. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

FROEMMING, C. N.; NAVAS, K.; IRINEU, B. A. Diversidade sexual e políticas públicas em tempos de neoliberalismo. In: **Anais da IV Jornada Internacional de Políticas Públicas: Neoliberalismo e Lutas Sociais - perspectiva para as políticas públicas**. São Luís: UFMA, 2009.

FROEMMING, C. N. O sujeito de direitos fora da heterossexualidade: diversidade sexual e política de assistência social. 2008. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, PUC-RS, Porto Alegre, 2008.

FRY, P.; MACRAE, E. **O que é homossexualidade**. Editora Brasiliense, São Paulo. 1993.

GARRAFA, V.; OSELKA, G.; DINIZ, D. Saúde pública, bioética e equidade. **Revista de Bioética**, Brasília, v. 5, n. 1, p. 1-6, 2009. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/361/462. Acesso em: 4 jun. 2014.

GIDDENS, A. **A transformação da intimidade**: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: Editora da UNESP, 1992.

GIRONDI, J. B. R. et al. Risco, vulnerabilidade e incapacidade: reflexões com um grupo de enfermeiras. **Rev. Eletrônica Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 20-27, 2010.

GOHN, M. G. **Teorias dos movimentos sociais**: paradigmas clássicos e contemporâneos. 11.ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

GOMES, F. B. C. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 6-17, 2014.

GOMES, S. M.; SOUSA, L. M. P. de; VASCONCELOS, T. M. O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 1120-1133, out./dez. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000401120.

GONZALEZ, R. S. A política de promoção aos direitos humanos no governo Lula. **Revista Debates**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 107-135, jul.-dez. 2010.

GRANJA, G. F.; ZOBOLI, E. L. C. P.; FRACOLLI, L. A. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3759-3764, 2013.

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

GREEN, J.; QUINALHA, R. (org.). **Ditadura e homossexualidades**: repressão, resistência e a busca da verdade. São Carlos: Ed. UFSCar, 2014

GROSS, J.; CARLOS, P. P. Da construção da sexualidade aos direitos LGBT: uma lenta conquista. **Revista Direito e Política**, Itajaí, v. 10, n. 2, p. 747-761, 2015.

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 - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, n. 11, v. 1, p. 121-139, jul., 2017.

HARAWAY, D. “Gênero”, para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra. **Cadernos Pagu**, São Paulo, n. 22, p. 201-246, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n22/n22a09.pdf>.

HEILBORN, M. L. **Sexualidade**: olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça – interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Revista Tempo Social**, São Paulo, v. 26, n. 1, p.61-73, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702014000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20/3/2019.

HOBBS, T. **Leviathan**. São Paulo: Nova Cultural, 1997.

hooks, B. **Ensinando a transgredir**: a educação como prática da liberdade. São Paulo: Ed. São Paulo, 2013.

HOWLETT, M.; GOETZ, K. H. Introduction: time, temporality and timescapes in administration and policy. **International Review of Administrative Sciences**, [s. l.], v. 80, n. 3, p. 477-492, 2014.

IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. **Revista Temporalis**, Brasília, v. 2, n. 3, jan./jul., 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de informações básicas estaduais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Avanços e desafios da transversalidade nas políticas públicas federais voltadas para as minorias. IPEA. **Brasil em desenvolvimento**: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: IPEA, 2009. v. 3. p. 779-797.

INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION (IPPF). **Direitos sexuais**: uma declaração da IPPF. Londres: IPPF, 2008. Disponível em: http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2021/ippf_sexual_rights_declaration_portuguese_0.pdf. Acesso em: 14 dez. 2020.

IRINEU, B. A. 10 anos do programa Brasil Sem Homofobia: notas críticas. **Temporalis**, Brasília, ano 14, n. 28, p. 193-220, jul./dez., 2014.

_____. **A política de previdência social e os direitos LGBT no Brasil**. 2009. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Faculdade de Sociologia, UFG, Goiânia, 2009.

JILLSON, I. A.; EISENSTEIN, E. Direitos à saúde e questões éticas durante a adolescência: desafios atuais! **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 53-60, maio 2013. (Supl. 2)

KULICK, D. **Travesti**: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo**: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LAURELL, A.C. **La reforma contra la salud y la seguridad social**. Mexico DF: ERA, 1997.

LAURENTINO, A. C. N. **Políticas públicas de saúde para população LGBT**: da criação do SUS à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT. 92f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. (org.). **O discurso do sujeito coletivo**: uma nova abordagem metodológica na pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LEITE JUNIOR, Jorge. **"Nossos corpos também mudam"**: sexo, gênero e a invenção das categorias "travesti" e "transexual" no discurso científico. 230f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Faculdade em Ciências Sociais, PUC-SP, São Paulo, 2008.

LÊNIN, V. I. **O Estado e a revolução**. Rio de Janeiro: Editorial Vitória, 1961.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos Saúde Família**, Brasília, v. 1, p. 3-8, 1996.

LINDBLOM, C. E. **O processo de decisão política**. Brasília: Editora UNB, 1981.

LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no processo transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis: Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000100004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 jun. 2019.

_____. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 11-21, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200003. Acesso em: 25 abr. 2020.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2ª reimp., Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011, p. 89-119.

LORIA, G. B. et al. Saúde da população LGBT+ no contexto da atenção primária em saúde: relato de oficina realizada no internato integrado de Medicina de Família e Comunidade/Saúde Mental em uma universidade pública. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, 2019. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1807](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1807).

LOURO, G. L. **Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

_____. Gênero, sexualidade e educação: das afinidades políticas às tensões teórico-metodológicas. In: **Reunião Anual da ANPED**, 29., 2006, Caxambu. Anais [...]. MG: [s.n.], 2006. p. 15-18.

_____. Teoria queer - uma política pós-identitária para a educação. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 541- 553, 2001a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v9n2/8639.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2019.

_____. (org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2001b.

_____. Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis: Vozes, 1997.

LUCCHESI, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.

LUIZ, O. C. Direitos e equidade: princípios éticos para a saúde. **Arquivos Médicos do ABC**, Santo André, v. 30, n. 2, p. 69-75, 2005.

MACHADO, L. M. de O. **Controle social da política de assistência social: Caminhos e escaminhos.** Porto Alegre: EDPUCRS, 2012.

MAJONE, G.; WILDAVSKY, A. L. La implementación como evolución. In: PRESSMAN, J. L.; WILDAVSKY, A., (orgs.). **Implementación: como grandes expectativas concebidas en Washington se frustran in Oakland.** México: Fondo de Cultura Económica, 1998. p. 263-277.

MANDEL, Ernest. **O capitalismo tardio.** 2. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985

MARCONSIN, C.; CAETANO, M. L. M. Movimentos sociais, saúde e trabalho. In: BRAVO, M. I. de S.; D'ACRI, V.; MARTINS, J. B. (org.). **Neoliberalismo, reestruturação produtiva e exploração do trabalho.** Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2010, p. 9-237.

MARTUCELLI, D. As contradições políticas do multiculturalismo. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 2, maio/ago., 1996.

MARX, K.; ENGELS, F. A ideologia Alemã. São Paulo, Boitempo, 2007.

MELLO, L. et al. _____. et. al. Por onde andam as políticas públicas para população LGBT no Brasil. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 289-312, mai./ago. 2012.

_____. et. al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 9, p. 7-28, dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-64872011000400002>. Acesso em: 25 abr. 2018.

_____. et al. **Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: um mapeamento crítico preliminar.** Relatório de pesquisa: Goiânia: UFG, 2010.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>>. Acesso em: 12 jan. 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 4.ed. São Paulo: Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1996.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1996. 269p

_____. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MISKOLCI, R.; CAMPANA, M. “Ideologia de gênero”: notas para a genealogia de um pânico moral contemporâneo. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 32, n. 03, p. 725-748, 2017.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0102-69922017.3203008>>. Acesso em: 23 jun. 2021.

MISKOLCI, R. Pânicos morais e controle social: reflexões sobre o casamento gay. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 28, p. 101-128, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-83332007000100006>>. Acesso em: 24 jun. 2021.

MONTAÑO, C.; DURIGUETTO, M. L. **Estado, classe social e movimento social**. São Paulo: Ed. Cortez, 2011.

Morais, N. A., Raffaelli, M. & Koller, S. H. (2012). Adolescentes em situação de vulnerabilidade social e o continuum risco-proteção. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(1), 118-136.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, set./dez. 2006.

NEGREIROS, F. R. N. de et al. Saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: da formação médica à atuação profissional. **Rev. Bras. Educação Médica**, Brasília, v. 43, n. 1, p. 23-31, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1rb20180075>.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2007

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2001.

NOGUEIRA, M. A. **As possibilidades da política**. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

NOGUEIRA, V. M. R. Estado de bem-estar social – origens e desenvolvimento. **Katálisis**, Florianópolis, n. 5, p. 89-103, jan. 2001.

NUNES, A. et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

OLIVEIRA, C. de. **Gastos públicos com saúde cresceram de 2007 a 2009, aponta IBGE**. São Paulo: IBGE, 2012. Disponível em: <http://www.redebrasilatual.com.br/saude/2012/01/gastos-publicos-com-bens-e-servicos-de-saude-cresceram-entre-2007-e-2009-aponta-ibge>. Acesso em: 21 jan. 2016.

OLIVEIRA, S. E. G. **Alteração de nome e sexo e cidadania de transexuais: uma análise de situações do CR LGBT Capital**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, UERJ, Rio de Janeiro, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Nascidos livres e iguais: orientação sexual e identidade de gênero no regime internacional de direitos humanos**. Brasília: UNAIDS, 2013. Disponível em: http://www.unaids.org.br/primeira_pagina/nascidos_livres.asp. Acesso em: jun. de 2019.

ONU. **Princípios de Yogyakarta: princípios sobre a aplicação da legislação internacional de Direitos Humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero**, 2006. SPW, Rio de

Janeiro, julho de 2007. Disponível em:

http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/gays/principios_de_yogyakarta.pdf. Acesso em: 14 dez. 2020.

ONU MULHER. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher**, Pequim, 1995. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf. Acesso em: 14 dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID – 10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS - Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 2, agosto, 2010.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. *In*: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (org.). **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 91-122.

_____. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, 2006.

_____. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, Londres, n. 1, p. 11–31, 2011. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.

PASTORINI, A. Quem mexe os fios das políticas sociais? Avanços e limites da categoria concessão-conquista. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 53, 1997.

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

PELEGRINI, M. L. M.; CASTRO, J. D.; DRACCHER, M. L. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do estado do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 275-286, 2005.

PELÚCIO, L. **Nos nervos, na carne, na pele**: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de AIDS. 2007. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Faculdade em Ciências Sociais, UFSC, São Carlos, 2007. Disponível em: http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/pdf/publicacoes_dst_aids/Larissa_Pelucio_travesti.pdf. Acesso em: 7 mar. 2020.

PEREIRA, C. F. Notas sobre a trajetória das políticas públicas de direitos humanos LGBT no Brasil. **RIDH**, Bauru, v. 4, n. 1, p. 115-137, 2016.

PEREIRA, E. O. et al. Unidades básicas de saúde em Teresina-PI e o acesso da população LGBT: o que pensam os médicos? **Tempus**, Brasília, v.11, n. 1, p. 51-67, 2017. Disponível

em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1812>. Acesso em: 10 jan. 2018.

PEREIRA, L. B. C.; CHAZAN, A. C. S. O Acesso das pessoas transexuais e travestis à atenção primária em saúde: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, [s. l.], v. 14, n. 41, 2019. Disponível em: [http://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1795](http://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1795).

PEREIRA, L. C.; GRAU, N. C. Entre o Estado e o mercado: o público não estatal. *In*: BRESSER-PEREIRA, L. C.; GRAU, N. C. **O público não-estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999. p. 15-48.

PEREIRA, M. M. Da Saúde Pública à homofobia: spillover e as transformações nas reivindicações do movimento LGBT em interações do movimento LGBT com o Estado. **Psicologia Política**, [s. l.], v. 17, n. 38, p. 141-165, 2017.

PEREIRA, P. A. P. **Política social: temas & questões**. São Paulo: Cortez, 2011.

PERILO, M.; BRAZ, C. A. de. Políticas de saúde para lésbicas, gay, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade integralidade e equidade. **Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 09, p. 07-28, 2011.

PINHEIRO, M. C.; WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 449-458, mar./abr. 2005.

PIOLA, S. F. **Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)**. Texto para discussão. Brasília: CEPAL, 2009.

_____.; et al. **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo**. Texto para discussão. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Aplicada, 2013. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf. Acesso em: 12 jun. 2014.

PIOVESAN, F. Os direitos humanos da mulher na ordem internacional. *In*: PIOVESAN, F. **Temas de Direitos Humanos**, 2. ed., São Paulo: Max Limonad, 2006.

PISCITELLI, A. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. **Sociedade e Cultura**, [s. l.], v. 11, n. 2, p. 263-74. jul./dez. 2008.

POULANTZAS, N. **Poder político e classes sociais**. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

PRADO, E. A. J; SOUZA, M. F. Políticas públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa. **Tempus - actas de saúde coletiva**, Brasília, n. 11, v. 1, p. 69-80, mar, 2017

PRECIADO, P. B. **Manifesto contrassexual**. São Paulo: N-1 edições, 2014.

PREUSS, L. T.; MARTINS, D. A. B. Reflexões acerca da política nacional de saúde integral LGBT nas regiões de fronteiras. **Interações**, Campo Grande, v. 20, n. 3, p. 933-946, jul./set. 2019.

RAGO, M. Os feminismos no Brasil: dos “anos de chumbo” à era global. **Revista Feminista Digital Labrys**, [s. l.], n. 3, jul. 2005.

RAICHELIS, R. O trabalho do assistente social na esfera estatal. In: CFESS; ABEPSS. **Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. (org.). **Gestão social: uma questão em debate**. São Paulo: EDUC; IEE, 1999.

RAMOS, M. M. et. al. (org.). **Gênero, sexualidade e direito: uma introdução**. Belo Horizonte: Initia Via, 2016.

RAWLS, J. **Justiça como equidade: uma reformulação**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

REINAUDO, F.; BACELLAR, L. **O mercado GLS**. São Paulo: Editora Ideia & Ação, 2008.

RIBAS, L. S.; MACHADO, L. B. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: uma revisão integrativa. **Revista Sexualidade e Política**, [s. l.], v. 1, n. 1, jan./jun. 2019.

RIOS, R. R. **Em defesa dos direitos sexuais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2007.

ROSSI, J. A. **Avanços e limites da política de combate à homofobia: uma análise do processo de implementação das ações para a educação do programa Brasil sem Homofobia**. 2010. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24151/000744758.pdf?sequence=1>> Acesso em: 15 mar. 2019.

RUBIN, G. Pensando sobre sexo: notas para uma teoria radical da política da sexualidade. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 21, p. 1-88, 2003a. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/1582>. Acesso em: 13 ago. 2018.

RUBIN, G. O tráfico de mulheres: notas sobre a “economia política” do sexo. **Cadernos Pagu**, n. 21, p. 1-64, 2003b.

SABATIER, P. A. An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning therein. **Policy Sciences**, [s. l.], n. 21, p. 129-168, 1988.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, B. S. Dilemas de nosso tempo: globalização, multiculturalismo e conhecimento. **Currículo sem Fronteiras**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 5-23, 2003.

Santos, Gustavo Gomes da Costa **Diversidade sexual, partidos políticos e eleições no Brasil contemporâneo**. Revista Brasileira de Ciência Política [online]. 2016, n. 21 [Acessado 9 Outubro 2021], pp. 147-186. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-335220162105>>. Epub Sep-Dec 2016. ISSN 2178-4884. <https://doi.org/10.1590/0103-335220162105>.

SANTOS, W. G. dos. Mitologias institucionais brasileiras: do Leviatã paralisado ao estado de natureza. **Estudos Avançados**, São Paulo, n. 7, v. 17, p. 101-16, 1993.

_____. **Crise e castigo**: partidos e generais na vida política brasileira. São Paulo: Vértice; Rio de Janeiro: IUPERJ, 1987.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995.

SEN, A. Por qué la equidade en salud? **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 11, n. 5-6, p. 302-309, 2002.

SENA, A. G. N., SOUTO, K. M. B. Avanços e desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. **Tempus – Actas De Saúde Coletiva**, n. 11, v. 1, p. 09-28, 2017.

SENN, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o programa saúde da família. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 203-211, 2002. (Supl.)

SILVA, A. X. Reforma sanitária, hegemonia e a efetividade do controle social. In: DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L. M. (orgs.). **Seguridade social e saúde**: tendências e desafios. 2. ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 117-146. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/zw25x/pdf/davi-9788578791933.pdf>.

SILVA, J. B.; BARROS, M. B. A. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 12, n. 6, p. 375, 2002.

SILVA, L. M. V.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. S217-S226, 2009. (Supl.2) Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001400004&script=sci_arttext. Acesso em: 22 jul. 2015.

SIQUEIRA, S. A. V. de et al. Universalidade, integralidade e equidade no SUS. **BIS - Bol. Inst. Saúde**, [s. l.], v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010.

SIMÕES, J. A., FACCHINI, R. **Na trilha do arco-íris**: do movimento homossexual ao movimento LGBT. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2009.

SOARES, A.; SANTOS, N. R. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, 2014.

SOUSA, E. L. de. Sexualidade(s) e direitos humanos: “casos difíceis” e respostas (corretas?) do judiciário. In: **Anais do Encontro Nacional do CONPEDI**, 19, Fortaleza: UFC, 2010. p. 4905-4917.

SOUZA, A. C. J. de. **Análise sobre acesso e qualidade da atenção integral à saúde de mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis na Atenção Básica de Saúde na Cidade do Recife, Brasil**. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

SOUZA FILHO, R. **Gestão pública e democracia**: a burocracia em questão. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

_____.; GURGEL, C. **Gestão democrática e serviço social**: princípios e propostas para a intervenção crítica. São Paulo: Cortez, 2016.

SOUZA, S. D. (org.). **Fundamentalismos religiosos contemporâneos**. São Paulo: Fonte Editorial, 2013.

SOUZA, S. B. **Lésbicas, entendidas, mulheres viados, ladies**: as várias identidades sexuais e de gênero que reiteram e subvertem a heteronorma em uma unidade prisional feminina da Bahia. 309f. Tese (Doutorado em Cultura e Sociedade) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

SOARES, L. T. R. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. São Paulo: Cortez. 2000.

STARFIELD, B. Improving equity in health: a research agenda. **International Journal of Health Services**, Westport, v. 31, n. 3, p. 545- 566, 2001.

TEIXEIRA, J. B. Formulação, administração e execução de políticas públicas. *In*: **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. *In*: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2ª reimp., Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. p. 183-206.

TREVISAN, S. **Devassos no paraíso**: a homossexualidade no Brasil, da colônia a atualidade. São Paulo: Editora Max Limonad, 1986.

VANCE, C. S. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. **Physis**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 7-32, 1995. [on line]

VASCONCELLOS, L. C. F. de. Saúde, trabalho e direito no SUS: por uma agenda de movimentos. *In*: BRAVO, M. I. S.; DACRI, V.; MARTINS, J. B. (org.). **Movimentos sociais, saúde e trabalho**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2010.

VENTURA, M. **A transexualidade no tribunal**: saúde e cidadania. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2010.

_____. (org.). **Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos**: síntese para gestores e operadores do direito. Rio de Janeiro: Advocacy, 2003.

VIANNA, A. R. B.; CARRARA, S. L. Os direitos sexuais e reprodutivos no Brasil a partir da “Constituição Cidadã”. *In*: OLIVEN, R. et al. (org.). **A constituição de 1988 na vida brasileira**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Eds., 2008.

_____.; LACERDA, P. **Direitos e políticas sexuais no Brasil**: mapeamento e diagnóstico. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004.

VIANA, A. L. A.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. Política de saúde e equidade. **Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003.

WALT, G; GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. **Health Policy and Planning**, Londres, n. 9., v. 4, p. 353-370, 1994.

WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, G. L. (org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 35-82.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. **International Journal of Health Services**, [s. l.], v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

WILLIAMS, J. **Pós-estruturalismo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

WOODWARD, K. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: SILVA, T. (org.). **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis: Editora Vozes, 2011. p. 7-72.

YAZBEK, M. C. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. **Temporalis**, Brasília, v. 2, n. 3, p. 33-40, jan./jul., 2001.