

A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos

Construction of LGBT health policies in Brazil:
a historical perspective and contemporary challenges

Breno de Oliveira Ferreira (<https://orcid.org/0000-0002-0979-3911>)¹

Marcos Nascimento (<https://orcid.org/0000-0002-3363-4232>)²

Abstract *This essay presents a timeline of the construction of health policies for lesbians, gays, bisexuals, transvestites and transsexuals (LGBT) in Brazil drawing on the concepts of sexual politics. Beginning with the creation of the Unified Health System, we outline the first health care policies developed in response to the AIDS epidemic in the 1990s. We then go on to show how, the fruit of dialogue between the government and the gay rights movement, LGBT health became the object of public policies focusing on human rights, comprehensive care, and strengthening the citizenship for people who deviate from hetero-cis-normativity. Against the backdrop of the rising tide of conservatism and dismantling of progress on LGBT rights, we highlight current challenges for achieving comprehensive health care that takes into account sexual and gender diversity.*

Key words *LGBT, Comprehensive health care, Public policy, Sexual politics, Diversity*

Resumo *Este ensaio procura produzir memórias sobre os percursos da construção de políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) no Brasil, a partir da noção de política sexual. Com base na construção de uma linha do tempo que tem por ponto de partida a criação do Sistema Único de Saúde, o artigo apresenta: as primeiras produções de cuidados em saúde a partir da epidemia de Aids nos anos 1990; como a saúde se torna objeto de políticas públicas, fruto do diálogo governamental com o movimento social organizado, tendo como referência a perspectiva dos direitos humanos e da produção de cidadanização para pessoas dissidentes da cisheteronorma; e por fim, a abordagem de saúde integral como premissa da política de saúde LGBT. Em um momento de avanços de forças conservadoras e de desmonte de direitos, são apontados os desafios atuais para a construção do cuidado integral em saúde que leve em consideração a diversidade sexual e de gênero.*

Palavras-chave *LGBT, Saúde integral, Políticas públicas, Política sexual, Diversidade*

¹ Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas. Av. Anderson de Menezes, Setor Sul, Coroado. 69080-900. Manaus AM Brasil. breno.oli@hotmail.com

² Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

Este artigo, em formato de ensaio, busca articular reflexões sobre o campo da saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT). Estudos brasileiros vêm mostrando que as populações LGBT têm sofrido discriminações, negações, interdições, constrangimentos e violências nos serviços de saúde em razão de sua orientação sexual e identidade de gênero não-normativa¹.

Nesse sentido, o conceito de política sexual nos ajuda a compreender as dinâmicas sociais, culturais e políticas que atravessam esse campo. Política sexual pode ser definida como intervenções que se utilizam de leis, resoluções, campanhas, ações e programas realizados pelo Estado a fim de regular a sexualidade das pessoas². Por meio de sistemas de poder, dadas suas práticas, desejos, identidades e expressões, algumas populações são recompensadas, em detrimento de outras que são punidas, discriminadas e marginalizadas. Como um produto de negociações e pactuações, comumente permeadas por interesses distintos – posicionamentos ideológicos, crenças religiosas, valores culturais, evidências científicas –, a política sexual traduz “verdades” e “moralidades”, circunscrevendo as pessoas em linhas de forças regulatórias e criando repertórios a partir de uma matriz cisheteronormativa³.

Dessa forma, a política sexual e as formas de regulação moral tendem a delinear as vidas dos “outros”, já que suas expressões, práticas e desejos são ora discriminados, ora convocados como sujeitos de direitos. Um exemplo é a instituição, em 2011, da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ganhos oriundos dessa e de outras políticas são resultados de uma trajetória de lutas protagonizadas pelos mais de 40 anos de movimento social LGBT.

A inclusão social como tema da agenda política nas democracias modernas, principalmente em países latino-americanos, tem sido uma pauta controversa quando falamos em questões de gênero e sexualidade. Pesquisadores, profissionais e formuladores de políticas têm tentado desenvolver e implementar políticas e programas que dialoguem com a saúde das populações LGBT. Contudo, a efetiva concretização dessas políticas enfrenta múltiplas barreiras⁴.

Neste artigo, apresentamos uma linha histórica de programas, ações e intervenções voltados para a saúde das populações LGBT no Brasil e reflexões específicas sobre os dez anos da Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

Marcos históricos no debate da saúde LGBT

Estudos que analisaram a efetividade de planos, programas e conferências produzidos e realizados pelo governo federal no processo de construção de políticas públicas para as populações LGBT identificaram que, em meio às tentativas de combate à epidemia de Aids que chegara ao país em 1982, algumas ações em saúde foram tomadas por sua estrita associação com as sociabilidades LGBT⁵. Naquele momento, a Aids começou a ser chamada de GRID (*Gay Related Immuno Deficiency*) nos espaços científicos e de “câncer gay” nas mídias e dispositivos de opinião pública⁶.

Foi com o aumento dos números de casos de Aids, e sem uma resposta célere para a questão pública e moral instaurada, que o governo passou a implantar políticas públicas de enfrentamento baseando-se em experiências internacionais. Mas vale destacar as iniciativas não governamentais que foram fundamentais para o enfrentamento da epidemia como a criação, em 1985, do Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (GAPA), em São Paulo, a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia), em 1986, e o Grupo pela Vida, em 1989, ambas no Rio de Janeiro.

Na esfera governamental, em 1987, foi elaborado o Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, vinculado ao Ministério da Saúde. E foi a partir dele que começaram as discussões sobre questões éticas relacionadas à Aids, prevenções, terapias convencionais e alternativas, vacinas e medicamentos, aconselhamento, sexualidade e soropositividade⁵⁻⁷.

Durante esse período, o país viveu um intenso movimento político de democratização da saúde. Questionava-se a influência dos determinantes sociais no campo da saúde e a necessidade de políticas e projetos sociais que democratizassem o Estado com seus aparelhos e assegurassem a descentralização do poder respeitando a participação social e o valor ético na promoção de mudanças na sociedade⁸.

A Constituição Federal de 1988⁹, em seu artigo 196, definiu saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e assegure o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Esse notável progresso esteve pautado junto aos movimentos sociais e às organizações da sociedade civil a favor de um direito comum: a saúde universal, integral e equânime.

Na década de 1990, houve um fortalecimento dos movimentos LGBT, caracterizado por iniciativas de organização e mobilização que, além da luta pela garantia de direitos, passaram a se organizar junto aos órgãos federais, estaduais e municipais para desenvolver ações voltadas para o combate e a prevenção da Aids. Esse período foi marcado por algumas ações de saúde: em 1991, houve a inclusão dos procedimentos para o tratamento da Aids no SUS e o início do credenciamento de hospitais para o acompanhamento de pessoas vivendo com HIV; as notificações para controle dos novos casos começaram a ser sistematizadas a partir de 1993 pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); a partir de 1997, houve a implantação da Rede Nacional de Laboratórios para o monitoramento de pacientes vivendo com HIV em terapia com antirretroviral; e o lançamento dos programas nacionais de DST e Aids no decorrer dos anos 1990 culminou, em 1998, na determinação do Ministério da Saúde de que o usuário do SUS, por lei, teria direito ao recebimento de medicação gratuita na rede de saúde¹⁰. A partir dessas iniciativas, os serviços de saúde também passaram a ser um espaço privilegiado de acesso para as populações LGBT, em contrapartida, numa quase que centralidade na prevenção e tratamento da Aids.

Em 1996, o Brasil adotou o Programa Nacional de Direitos Humanos I, sendo um dos primeiros países do mundo a cumprir a recomendação específica da Conferência Mundial de Direitos Humanos, atribuindo ineditamente aos direitos humanos o *status* de política pública governamental. No ano seguinte, houve a criação da Secretaria Nacional de Direitos Humanos, dentro da estrutura do Ministério da Justiça, passando a ser chamada, em 1999, de Secretaria de Estado de Direitos Humanos, depois obtendo o reconhecimento de ministério. Em 2002 foi aprovado o II Plano Nacional de Direitos Humanos (PNDH 2), no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, que tinha uma pauta neoliberal mas produziu alguns avanços nos projetos relacionados às populações LGBT. No que diz respeito à saúde, apresentou na proposta 248 a possibilidade de promover campanhas junto aos profissionais da saúde e do direito para a ampliação de conceitos científicos e éticos relacionados às populações LGBT¹¹.

Durante o governo do presidente Lula, em 2003, a Secretaria Especial de Direitos Humanos teve mais investimentos e fortalecimento de sua estrutura organizacional. A partir desse período, a agenda pautada em demandas das populações

LGBT começou a ser gestada na política de direitos humanos¹². O primeiro mandato presidencial de Lula, entre 2003 e 2006, foi marcado por diálogos intensos com os movimentos sociais LGBT. Em 2004 foi lançado o Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra a população GLTB e de Promoção da Cidadania de Homossexuais, intitulado “Brasil Sem Homofobia”, que consolidou um forte diálogo entre sociedade civil e o Estado pela garantia de direitos LGBT. O programa foi constituído por ações distribuídas em diferentes áreas: articulação da política de promoção dos direitos dos homossexuais; legislação e justiça; cooperação internacional; direito à segurança; direito à educação; *direito à saúde*; direito ao trabalho; direito à cultura; política para a juventude; *política para as mulheres*; *política contra o racismo e a homofobia*¹³. A participação conjunta de grupos do movimento LGBT na elaboração do documento pode ser percebida principalmente pelo letramento utilizado nesse documento, com narrativas vivas de populações LGBT, explicações sobre terminologias utilizadas pelo grupo, bem como a definição de ações a curto, médio e longo prazos em vários setores da sociedade, incluindo o financiamento para criação de centros de referência LGBT com execução de organizações não governamentais.

O projeto de sociedade “sem” sexismo, machismo e LGBTfobia que o programa Brasil Sem Homofobia desenha, aponta para a inclusão social de pessoas com orientação sexual e identidade de gênero dissidentes, mas também apresenta suas próprias contradições, sendo uma delas a possibilidade de uma descaracterização ou (des) integração das variadas expressões de gênero das populações LGBT. Como aponta Facchini¹⁴, a “sopa de letrinhas” não representa um grupo homogêneo. Apesar de vários pontos comuns, possuem também inúmeras especificidades e singularidades, o que sugere uma desnaturalização de imagens estáveis do que é ser L, G, B ou T.

Na construção da política sexual, é importante que haja articulação, mobilização e ativação de mudanças sociais e culturais^{4,12}. Na tentativa de promover diálogos com os diferentes atores da implantação do programa Brasil Sem Homofobia, e especialmente entre as ações relacionadas ao direito à saúde, instituiu-se também a formalização de um comitê técnico, posteriormente formalizado por meio da Portaria nº 2.227, de 2004, e composto por representantes dos coletivos LGBT e de áreas técnicas do Ministério da Saúde, com o objetivo de estruturar uma política de atenção integral à saúde das populações LGBT¹³.

Nesse mesmo ano, o governo federal lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, fruto de parcerias com diversos setores da sociedade civil, a fim de que as mulheres avançassem em suas conquistas e perspectivas de saúde como direito à cidadania. A partir dessa discussão, a Política propôs melhorias na atenção obstétrica, enfrentamento à violência sexual e doméstica, ações de prevenção e promoção da saúde feminina e promoveu ações para grupos em situação de maior vulnerabilidade, como as mulheres lésbicas¹⁵.

Nessa linha cronológica de elaboração de programas e políticas de saúde, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) foi criada em 2006, formada por diferentes especialistas da vida cultural, econômica, política e científica do Brasil, conforme recomendações de um processo maior desencadeado pela OMS, que havia estabelecido uma Comissão Global ainda em março de 2005. Com relação aos determinantes sociais de saúde priorizados pela CNDSS, foram destacadas três linhas de pesquisa: 1) desigualdades sociais, regionais, étnico-raciais e *de gênero* da morbimortalidade e dos fatores de risco; 2) desigualdade no acesso e na qualidade dos serviços de saúde e intervenções sociais; e 3) aspectos metodológicos dos estudos sobre os determinantes sociais da saúde¹⁶.

Ainda em 2006, os coletivos LGBT tiveram um assento no Conselho Nacional de Saúde (CNS), consolidando um lugar na agenda social e no engendramento de decisões políticas e sociais das minorias sexuais e de gênero no campo da saúde⁵. Desde então, as iniciativas de fortalecimento do diálogo entre os diferentes atores têm tentado incorporar as populações LGBT como sujeitos de direitos, inclusive na saúde. Prova disso é a Portaria GM nº 675, de 30 de março de 2006, que aprova a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde¹⁷, a qual se baseia em seis princípios de cidadania, sendo que o terceiro afirma que “[...] todo cidadão tem direito a um tratamento humanizado e sem discriminação”.

A carta¹⁷ fala que os usuários do SUS devem receber assistência livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em razão de sua orientação sexual e/ou identidade de gênero dissidente da cisheteronorma. O documento traz a legitimação de um projeto de humanização do SUS, e não de “consumo de saúde”. Os serviços da rede não devem ser entendidos como uma mera “cesta de serviços”, nem como um “produto a ser consumido”, mas como um projeto de sistema de saúde alinhado aos próprios direitos humanos, à

qualidade na oferta e principalmente, à universalidade, à integralidade e à equidade.

Nesse bojo, destacamos a 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, cujo relatório final traz discussões e deliberações que tratam especificamente das populações LGBT, a saber: acesso equânime, respeitoso e de qualidade ao SUS; sensibilização dos profissionais de saúde a respeito dos direitos desse público e da implantação de grupos de promoção à saúde dos próprios; direito à intimidade e à individualidade; protocolo de atenção contra a violência; recomendação explícita de revogação da portaria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária que proibia LGBT de doarem sangue; e inclusive o apoio para a aprovação do PL 122/06, que criminaliza a LGBTfobia¹⁸.

Em 2008, o Ministério da Saúde lançou o “Programa Mais Saúde: Direito de Todos”, incluído na política de desenvolvimento do governo à época. O programa delimitava diretrizes e estratégias que norteavam os eixos de intervenções, as medidas adotadas, as metas-síntese e os investimentos em saúde; com destaque para o Eixo I – Promoção da Saúde, que apresentava ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde para grupos de pessoas negras, quilombolas, LGBT, ciganas, em situação de rua e outras, tendo como meta formar 5 mil lideranças de movimentos sociais e apoiar 27 equipes estaduais em todos os municípios acima de 100 mil habitantes para o planejamento e a execução de ações de enfrentamento às iniquidades de saúde¹⁹.

No mesmo ano, houve a I Conferência Nacional GLBT (expressão utilizada na ocasião), em Brasília, com destacada presença do presidente Lula – que também foi um marco histórico na luta pelos direitos LGBT no Brasil –, em que se reuniram representantes da sociedade civil e do governo na discussão de temas diversos, entre eles a saúde LGBT. Debateu-se sobre o reconhecimento das identidades de gênero nos serviços de saúde, incluindo o anúncio do ministro da Saúde à época, José Gomes Temporão, acerca da publicação da Portaria nº 457, de 19 de agosto, que permitia a realização de cirurgia de redesignação sexual dentro dos serviços públicos de saúde em algumas capitais. Também tiveram mobilizações para mudar a terminologia utilizada na conferência, passando de GLBT para LGBT. O evento culminou com a aprovação da Carta de Brasília, trazendo esperança e mobilização política para o país²⁰.

Em 2009, a II Conferência Nacional LGBT teve o tema “Por um país livre da pobreza e da

discriminação: promovendo a cidadania de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais”, em que também se buscou propor diretrizes para a implementação de políticas públicas voltadas ao combate à discriminação, bem como avaliar a implementação e execução do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT, fortalecer estratégias de visibilidade e propor diretrizes para a implementação de políticas públicas de erradicação da pobreza e combate à discriminação das populações LGBT²¹.

Naquele momento, o cuidado em saúde sexual e reprodutiva era uma das áreas de atuação prioritária da atenção básica. Na perspectiva de enfrentamento das desigualdades de gênero, ações vinham sendo desenvolvidas no sentido de buscar concretizar o próprio princípio da equidade do SUS. Em 2010, por exemplo, o *Caderno nº 26 – saúde sexual e saúde reprodutiva* foi elaborado como material orientativo e técnico para os profissionais da atenção básica. No material, existem discussões específicas para o cuidado à saúde das populações LGBT²².

Apenas em 2015, durante o governo da presidenta Dilma Rousseff, houve a inclusão na Ficha de Notificação, Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências, integrante do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de questões relativas à orientação sexual e identidade de gênero, a fim de garantir o registro da violência no atendimento às populações LGBT na rede de saúde²³.

A partir desses processos políticos e arranjos organizacionais que foram sendo introduzidos no SUS, o Ministério da Saúde, em parceria com os representantes do movimento LGBT, formulou o documento da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, com o objetivo de promover a saúde integral das populações LGBT, tendo entre seus objetivos eliminar a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuir para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo²⁴. A política foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2009, publicada por meio da Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, e assinada durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde. No mesmo dia do evento, também foi assinada a Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 2, de 6 de dezembro de 2011, que aprovou seu Plano Operativo.

Dez anos de política nacional de saúde LGBT

O lançamento, em 2011, da primeira política de caráter amplo e integral no campo da saúde das populações LGBT – a Política Nacional de Saúde Integral LGBT – foi um marco histórico no país. Para entender o “garimpo” na/da política, nos inspiramos no referencial de Baptista e Mattos²⁵, que apresentam as fases do ciclo de uma política pública: 1) entrada na agenda; 2) formulação da política; 3) tomada de decisão; 4) implementação da política; e 5) avaliação da política.

Nossas primeiras questões foram: como a saúde das populações LGBT entrou na agenda das políticas de saúde? Quais foram os grupos de interesse nessa organização? Quem foram os principais atores? Para iniciar esse debate, vamos lembrar que a orientação sexual e a identidade de gênero dos que escapam aos padrões cisheteronormativos são marcadores que agem na dinâmica da determinação em saúde, provocando constrangimentos, discriminações e violências nos serviços de saúde, produzindo inúmeras vulnerabilidades para as populações LGBT^{26,27}.

Esses marcadores sexuais e de gênero se localizam nas raízes do conceito de vulnerabilidade. Foi a partir dos anos 1990 que tal conceito passou a ser usado no campo da saúde pública, especialmente nas discussões que abordavam a epidemia de Aids em diferentes países do mundo^{6,10}. Localizar a inscrição do conceito de vulnerabilidade no campo da saúde a partir das discussões sobre a Aids no parece um analisador importante dessa temática na agenda de saúde.

A compreensão da vulnerabilidade proposta desde o Programa Brasil Sem Homofobia, passando pelas políticas de saúde já mencionadas, e nas vozes do movimento LGBT, fizeram com que a saúde dessas populações entrasse na pauta de equidade do SUS. Vale destacar que essas discussões estiveram reforçadas em várias conferências de saúde e de direitos humanos ao longo de anos, desde a Constituição Federal de 1988.

Mas quem foram os “fazedores dessa política”? Já apontamos que em 2004 houve a criação de um comitê técnico que contou com a participação de profissionais de saúde, gestores, usuários, movimentos LGBT e outros. Esses foram os principais agentes da discussão e elaboração da Política. Contudo, o autor que aparece no documento oficial da Política é o *Brasil*, assim como na maioria dos documentos governamentais, principalmente nas políticas de saúde. Sabemos que havia um comitê por trás desse debate, mas

quem de fato compôs a materialidade dessa produção? Quais suas formações? Seus diálogos? Como nos aponta Gomes²⁸, há um intenso labor de personagens anônimos para a concretude de uma política como essa.

Essas disputas também estiveram postas em meio à aprovação da Política, já que houve um árduo processo de barganhas, interrupções e silêncios em sua tramitação. Após a sua aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde em 2009, houve um processo conflituoso e demorado entre a apreciação pelo ministro da Saúde e a sua pactuação na CIT²⁷. O pano de fundo foram as eleições presidenciais de 2010, que colocaram as questões de diversidade sexual e de gênero em linha de guerra pela bancada evangélica entre deputados e senadores. Foi apenas no primeiro semestre de 2011, com a posse do ministro Alexandre Padilha (2011-2014), que o texto da Política foi aprovado integralmente e encaminhado para entrar na agenda da CIT, em forma de Plano Operativo, para assim ser pactuado entre os três entes da gestão (governo federal, estadual/distrital e municipal) e se tornar uma política pública efetiva. O Plano Operativo foi de fundamental importância, por ser um desenho articulado entre o extinto DAGEP, conselheiros de saúde, o Comitê Técnico e alguns representantes do CONASS e CONASEMS²⁸.

Esse Plano Operativo (organização da tomada de decisões) encontra-se estruturado em quatro eixos estratégicos e inclui ações que incidem sobre os diferentes condicionantes e determinantes sociais da saúde das populações LGBT, são eles: *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; Eixo 4: Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT*²⁴. Ao longo de dez anos, tivemos muitos avanços, especialmente no que se refere à implantação de comitês estaduais de saúde LGBT e equidade em saúde. Destacam-se as políticas estaduais de saúde LGBT, coordenações estaduais, hospitais habilitados para o processo transexualizador e outras experiências exitosas²³.

Por outro lado, os processos parecem emudecer face à gestão presidencial, estadual/distrital e municipal. Ao pontuarmos o fator ideológico acoplado ao alvará de gestão, pode-se notar como a sexualidade tem sido estruturada em um quadro social “punitivo” nas sociedades ocidentais, e como as relações de poder estão entranhadas em sua construção^{2,3}. Há uma necessidade de ruptura com o modelo de “hierarquização do sexo”, em que existe uma tendência de os dispositivos

de controle social classificarem a sexualidade em “sexualidade boa ou má”³. Essas concepções podem colocar todo um projeto de direitos humanos em risco em função da orquestração de grupos conservadores que se articulam em uma ofensiva antigênero e contra os direitos de populações LGBT como uma política de Estado²⁹.

Se mesmo com os esforços dos governos federais anteriores observa-se uma escassez de políticas de saúde regionalizadas no campo das populações LGBT, como elaborar, desenvolver, implantar e acompanhar os resultados de políticas públicas de saúde que levem em consideração elementos sociais, econômicos e culturais dentro do atual contexto político brasileiro?

As desigualdades socioeconômicas e culturais do Brasil, por si só, já são desafios para a aplicação de qualquer política pública social. Como um país repleto de heterogeneidades territoriais⁸. O dilema da desigualdade social, a ausência de capacitação técnica especializada na gestão local e as vicissitudes dos municípios brasileiros são dificuldades encontradas para a descentralização das diversas políticas de saúde¹². Muito além de determinações estruturais político-administrativas, há uma necessidade de ampliarmos também o olhar para o território, considerando-o como um espaço de produções coletivas, permeado por materialidade histórica e social, em que se tecem configurações espaciais e singulares¹⁶.

Portanto, a criação da Política Nacional de Saúde LGBT²⁴ não garante a sua implementação e execução, já que frequentemente um emaranhado de forças de poder entra em cena na sua dinâmica social e política. Outro fator importante na governabilidade da política se refere aos recursos financeiros. Para que os objetivos da política sejam alcançados, é preciso que existam recursos financeiros suficientes para desenvolvimento, estruturação e manutenção de ações e serviços. Os investimentos em saúde também possuem, em certo grau, relação com a qualidade da assistência ofertada às populações LGBT, e essa qualidade pode ainda nos revelar qual a compreensão dos profissionais de saúde e dos gestores do SUS sobre a diversidade sexual e de gênero²⁶.

Para termos profissionais de saúde qualificados para atuarem nas instâncias do SUS, é inevitável a associação feita com a sua formação nas respectivas instituições de ensino. Tal fato chama atenção para a necessidade de mudanças curriculares nos projetos pedagógicos dos cursos de saúde, levando em consideração questões de gênero e sexualidade ainda na graduação, para que posteriormente possam ser ativadores de mudanças

em seus espaços de trabalho. A inclusão desse debate pode ser o início de uma caminhada que ainda está por vir, seja nas instituições de ensino ou nos serviços de saúde^{1,23,27}.

Outro ponto importante no campo formativo de configuração da Política Nacional de Saúde Integral LGBT diz respeito às estratégias de educação permanente em saúde. Buscam propiciar a reflexão coletiva sobre o trabalho, oferecer instrumental para sua transformação e desenvolver capacitações para lideranças sociais, gestores estaduais e municipais, profissionais da rede, integrantes de diversos conselhos e outros grupos^{24,27}.

Reconhecendo as fragilidades nesse campo, foi elaborado o curso a distância “Política Nacional de Saúde Integral LGBT”, promovido pelo Ministério da Saúde, integrando a Rede UNA-SUS e desenvolvido de forma intersetorial e participativa a partir de uma parceria entre a extinta 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 colaboração do Comitê Técnico de Saúde LGBT. O curso buscou capacitar estudantes, gestores, profissionais e outros interessados na temática. Desde abril de 2019, a parceria interinstitucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Instituto Federal do Rio Grande do Sul, com o apoio da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, da Universidade Federal do Paraná e do Ministério da Saúde, trouxe a elaboração de outro curso a distância sobre saúde das populações LGBT. Nos moldes do curso já ofertado pela UNA-SUS, é realizado em uma plataforma específica de educação a distância, com videoaulas e certificação. Apesar do sucesso na oferta desses cursos de qualidade, o uso e a oferta dessas tecnologias ainda são escassos no Brasil^{23,27,30}.

Além dos processos formativos, é necessário dialogar com lideranças e gestores de saúde dentro do processo de implantação da Política. É preciso se utilizar de estratégias diferenciadas para promover a adesão de secretários estaduais e municipais de saúde na implementação da Política em níveis local e regional, além da necessidade de aproximar o Ministério da Saúde e os atores apoiadores do CONASS e CONASEMS²⁷.

No âmbito social e político, destacamos a importância de se fortalecer as relações entre os diferentes grupos sociais, para que juntos possamos fazer frente ao conservadorismo retrógrado que tem tentado dominar o Congresso brasileiro, que sob a alcunha da defesa da “família” e da “moral” tem tentado negar o reconhecimento das

populações LGBT enquanto sujeitos de direitos. A laicidade se tornou uma categoria em disputa, tanto pelos setores religiosos quanto pelos movimentos sociais LGBT^{4,29}.

Um fato importante que se dá com mais ênfase nesse contexto recente é o surgimento do cibervivismo LGBT. Entre as pautas, a saúde LGBT e o ativismo de HIV/Aids têm sido uma constante. Até meados de 2010, os movimentos sociais LGBT eram praticamente formados por uma base de membros com uma trajetória mais longa entre as instituições, além de um perfil de baixa escolaridade. Eram pessoas que se mobilizavam por meio de uma atuação política mais centrada em fóruns, comissões, conferências e conselhos, considerando que o bom andamento da luta coletiva dependia de análises mais aprofundadas das políticas *in loco*. Por outro lado, a juventude ativista tem se comunicado de forma mais atrativa em meio ao movimento, e, sob uma nova rede de militância, tem acompanhado o andamento das políticas por meio de plataformas digitais³¹.

A eleição presidencial de 2018 foi um marco nas disputas, ativismos e enfrentamentos das populações LGBT. Em 11 de abril de 2019, foi assinado o Decreto 9.759/2019, que determinou a extinção de vários conselhos, comitês, comissões, grupos e outros tipos de colegiados ligados à administração pública federal, incluindo diversos dispositivos de articulação com as populações LGBT, como o Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos LGBT. Várias instâncias têm perdido lugar de disputa junto aos órgãos governamentais, reforçando a importância da união de diferentes setores dos movimentos sociais organizados.

Destaca-se um passo importante da luta pelos direitos humanos em 2019, a criminalização da LGBTfobia pelo STF, equiparando-a ao racismo. Contudo, frente às várias complexidades sociais e culturais acopladas à criminalização, *per se* ela não resolverá as inúmeras questões de saúde das populações LGBT.

Ao longo de mais de três décadas de epidemia de HIV/Aids, também não conseguimos olhar para os processos de determinações sociais, econômicas, culturais e de gênero das populações LGBT. Ao passo que avançamos na produção medicamentosa, poucos investimentos se detiveram em traçar iniciativas pedagógicas de prevenção, especialmente aquelas de base comunitária e popular³².

Nesses dez anos de Política, as estratégias de PEP e PrEP se tornaram importantes métodos de prevenção combinada, mas que têm encontrado

desafios para chegar de fato até as populações mais vulneráveis. A precarização da vida e os problemas de acesso aos bens e serviços vividos por populações LGBT – em suas dimensões geográficas, financeiras, simbólicas e organizacionais – fazem parte desse roteiro de lutas e disputas de agenda na saúde pública^{6,10,32}.

Vale pontuar também que as dificuldades de implantação da Política estão relacionadas à aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou os investimentos em saúde por 20 anos, gerando perdas no financiamento e, perversamente, deixando as ações de saúde LGBT emudecidas⁸.

A emergência sanitária global da COVID-19 deixou rastros imensuráveis à saúde das pessoas. As populações LGBT – marcadas pelas relações de gênero, raça, classe, etnia, território, geração – têm sofrido LGBTfobia, falta de proteção institucionalizada, violência familiar imposta pela medidas de isolamento social, adoecimento mental, além de dificuldades para acessar os serviços de saúde e dar continuidade aos cuidados. Essa conjuntura impôs ainda mais fragilizações e vulnerabilidades às populações LGBT³³.

A pandemia tem agudizado as profundas desigualdades sociais em diversos níveis no Brasil, sobretudo porque estamos imersos em um contexto de governança pública marcado pela égide neoliberal, com forte negligência do Estado, negacionismo das evidências científicas e uma ampla veiculação de notícias falsas.

Considerações finais

O percurso histórico pôde nos mostrar como as políticas e os direitos das populações LGBT têm alavancado discussões atinentes, marcando for-

tes rupturas na forma de olhar para as questões sexuais e de gênero no campo da saúde. Essas inflexões têm sido fruto de um intenso diálogo entre movimentos sociais, formuladores de políticas públicas, profissionais de saúde e outros que tentaram produzir uma nova política sexual. Contudo, essa caminhada também apresenta ambiguidades, silêncios e lacunas.

Chama ainda atenção os deslocamentos para a uma gama de necessidades em saúde para além da prevenção e tratamento do HIV, respeitando as singularidades de cada uma das identidades e como marco da cidadanização das minorias sexuais e de gênero.

Para a implantação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, exige-se principalmente o enfrentamento de distorções estruturais próprias do SUS, que tem como desafio a superação de inúmeras desigualdades em saúde no Brasil. A proposta dessa política deve ser acoplada a uma transformação ampla do modelo de desenvolvimento e de sociedade, em que se possa aliar fortalecimento de valores democráticos e avanços sociais.

Nesse bojo, as políticas, programas e ações para a saúde das populações LGBT se tornaram também um exercício de resistência nesses tempos de inúmeros ataques. Ainda que a luta para implantar a Política esteja apenas começando, olhar para esse aparato macropolítico e macroinstitucional de conquistas LGBT nos faz ter novas esperanças para o futuro do SUS. Conjuguar o verbo esperar deve ser uma das maiores bandeiras na saúde, isto é, aprender com o passado, refletir sobre o presente e esperar um amanhã de muita resistência. Buscamos, por fim, desenhar arranjos organizacionais, morais, políticos e geográficos diversos e criativos para construir outros modos de produzir saúde para as populações LGBT.

Colaboradores

BO Ferreira e M Nascimento contribuíram em todas as etapas de construção do artigo.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

Referências

1. Ferreira BO, Bonan C. Abrindo os armários do acesso e da qualidade: uma revisão integrativa sobre assistência à saúde das populações LGBTT. *Cien Saude Colet* 2020; 25(5):1765-1778.
2. Weeks J. *Sexuality and its discontents: meanings, myths and modern sexualities*. London: Routledge and Kegan Paul; 1986.
3. Rubin G. Thinking sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. In: Rubin G, editor. *Culture, society and sexuality: a reader*. London: UCL Press; 1999.
4. Carrara S. Moralidades, racionalidades e políticas sexuais no Brasil contemporâneo. *Rev Mana* 2015; 21(2):323-345.
5. Mello L, Avelar RB, Maroja D. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. *Soci Estado* 2012; 27(2):289-312.
6. Terto Jr V. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. *Horiz Antropol* 2002; 8(17):147-158.
7. Parker R. Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/Aids no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/Aids, 1982-1996. *Saude Debate* 2003; 27:8-49.
8. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1723-1728.
9. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988.
10. Bezerra V. Cenários políticos brasileiros, conquistas e desafios para as políticas públicas de saúde no contexto da prevenção e tratamento do HIV/AIDS e IST's. *O Social em Questão* 2019; 22(45):13-34.
11. Brasil. Ministério da Justiça (MJ). *Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH 2*. Brasília: MJ; 2002.
12. Pereira CF. Notas sobre a trajetória das políticas públicas de Direitos Humanos LGBT no Brasil. *RIDH* 2016; 4(1):115-137.
13. Brasil. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. *Brasil Sem Homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
14. Facchini R. *Sopa de letrinhas?* Rio de Janeiro: Garamond; 2005.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Políticas atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: MS; 2004.
16. Buss PM, Pellegrini-Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* 2007; 17(1):77-93.
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM nº 675, de 30 de março de 2006. Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o país. Brasília: MS; 2006.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: saúde e qualidade de vida - políticas de estado e desenvolvimento*. Brasília: MS; 2008.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. *Mais saúde: direito de todos*. Brasília: MS; 2008.

20. Observatório de segurança pública (2008). [acessado 2022 jan 10]. Disponível em: <http://www.observatoriodeseguranca.org/boas+praticas/brasil/conferencia>
21. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. *Relatório Final da II Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos LGBT*. Brasília; 2010.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica, nº 26 – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva*. Brasília: MS; 2010.
23. Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Cien Saude Colet* 2017; 22(5):1509-1520.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: MS, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa; 2013.
25. Mattos RA. Ciência, metodologia e trabalho científico (ou tentando escapar dos horrores metodológicos). In: Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ENSP/ FIOCRUZ-EPSJV/FIOCRUZ; 2011.
26. Oliveira QBM, Nascimento, M. Violências contra pessoas LGBT: novos desafios para a saúde. In: Minayo MCS, Assis SG, organizadoras. *Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde*; 2017. p. 417-425.
27. Laurentino ACN. *Políticas públicas de saúde para população LGBT: da criação do SUS à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
28. Gomes M. *Corpos que contam: uma etnografia sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT* [tese]. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2017.
29. Prado MAM, Correa S. Retratos transnacionais e nacionais das cruzadas antigênero. *Rev Psicol Polit* 2018; 18(43):444-448.
30. Canavese D, Motta I, Marinho MMA, Rodrigues JB, Benício LA, Signorelli MC, Moretti-Pires RO, Santos MB, Polidoro M. Health and sexual rights: design, development, and assessment of the massive open online course on lesbian, gay, bisexual, transgender, and intersex health promotion in Brazil. *Telemed J E Health* 2020; 26(10):1271-1277.
31. Bulgarelli L. Um impeachment, algumas tretas e muitos textões: notas sobre o movimento LGBT brasileiro pós-2010. In: Green J, Quinalha R, Caetano M, Fernandes M, organizadores. *História do movimento LGBT no Brasil*. São Paulo: Alameda; 2018.
32. Agostini R, Rocha F, Melo E, Maksud I. A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise. *Cien Saude Colet* 2019; 24(12):4599-4604.
33. Kauss B, Polidoro M, Costa A, Canaves D. “Semente para Luta”: ativismos, direito à saúde e enfrentamentos de pessoas LGBTI na pandemia da covid-19. *Saude Soci* 2021; 30(3):e201026.

Artigo apresentado em 22/04/2022

Aprovado em 25/04/2022

Versão final apresentada em 27/04/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva