

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Arnaldo Cezar Nogueira Laurentino

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBT:
da criação do SUS à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT

Rio de Janeiro

2015

Arnaldo Cezar Nogueira Laurentino

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBT:
da criação do SUS à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta

Rio de Janeiro

2015

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

L383p Laurentino, Arnaldo Cezar Nogueira
 Políticas públicas de saúde para população
 LGBT: da criação do SUS à implementação da
 Política Nacional de Saúde Integral de LGBT /
 Arnaldo Cezar noqueira Laurentino. - Rio de
 Janeiro, 2015.
 92 f.

Orientador: Gustavo Corrêa Matta

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,
2015.

1. Política Nacional de Saúde Integral LGBT.
2. Política Social. 3. Políticas Públicas de Saúde.
- I. Matta, Gustavo Corrêa. II. Título.

CDD 362.10425

Arnaldo Cezar Nogueira Laurentino

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBT:
da criação do SUS à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT


Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovado em 27 / 05 / 2015

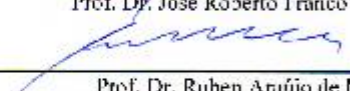
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Gustavo Correa de Matta – EPSJV/Fiocruz (Orientador)



Prof. Dr. José Roberto Franco Reis – EPSJV/Fiocruz



Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos – IMS/UERJ

Prof.ª. Dra. Arlinda Barbosa Moreno – EPSJV/Fiocruz (Suplente)

Prof. Dr. Veriano de Souza Terto Junior – IESC/UFRRJ (Suplente)

Dedico este trabalho a todos aqueles e aquelas que lutaram e lutam, cotidianamente, por uma sociedade mais justa e garantidora de direitos iguais para homens e mulheres, independente de sua origem, raça, sexo, cor, idade, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, crença e etc, etc, etc.

AGRADECIMENTOS

Agradecer sempre é uma tarefa difícil. Lembrar-se de todos que contribuíram para que se chegue a determinado lugar ou se conquiste alguma coisa não é tarefa das mais fáceis, sempre nos esquecemos de alguém, ou acabamos não conseguindo atribuir a devida importância. Porém esta tarefa deve ser feita. Desde já, peço desculpas aqueles que não forem aqui nominados, mas ressalto a importância de todos para que este trabalho tenha deixado de ser verbo e tenha se tornado carne. Assim agradeço a Deus, e em nome dele, agradeço aqueles que não estão mais conosco, mas continuam presentes comigo dia após dia.

Agradeço a minha Mãe, e em nome dela a todos da minha família, que mesmo de longe tem acompanhado este meu caminho, e assim puderam ver que sim, é possível ousar e vencer. Agradeço ao amigo e companheiro dos últimos anos, Bruno Sergio, que mais do que amigo e companheiro foi também minha ancora e me fez ficar firme mesmo diante do mar revolto que sou eu mesmo. Aproveito e agradeço ao Movimento LGBT, à SECULT e à SESP pela oportunidade de conviver e me incomodar com as demandas do coletivo social.

Agradeço a dois anjos colocados em meu caminho, que receberam aquele desconhecido paraense que veio ao Rio apenas com a vontade e o sonho. A vocês Regina Bueno e Dona Marta Dias, meus mais sinceros agradecimentos. Agradeço ao grande amigo Sidclei Queiroga, fundador da Embaixada Carioca em Brasília, que me recebeu no DF durante a minha pesquisa de campo. *Obrigado Sidclei!* E em nome dele agradeço a todos os amigos e amigas que fiz na Cidade Maravilhosa, o Rio de Janeiro.

Agradeço a Marina Marinho e, em nome dela, a todos que tão bem me receberam e concederam as entrevistas para este trabalho no Ministério da Saúde, na SDH e na SPM. Obrigado Marina por me abrir as portas e fazer tão mais tranquila a coleta de dados *in loco*. Nesta oportunidade agradeço em especial a Lurdinha Rodrigues, da LBL e SPM, que tão gentilmente me recebeu em seu local de trabalho, mesmo fora de seu horário. Infelizmente ela não pode estar conosco para ver este trabalho pronto.

Agradeço, e muito, ao meu Orientador, Prof. Gustavo Matta, por aceitar o desafio de orientar um tema tão polemico, e por ter me conduzido com liberdade e confiança. Em seu nome, agradeço a todos os professores e professoras da EPSJV/Fiocruz, do IMS/UERJ, e do IESC/UFRJ com os quais tive a grata oportunidade de aprender e que somaram na contribuição já dada pelos docentes do IFPA e UFPA para a minha formação profissional.

Por fim, agradeço a FIOTEC que financiou minha Bolsa de Mestrado, e me deu a oportunidade de ser melhor do que eu poderia ser.

Nem menos, nem mais. Direitos iguais!

(Movimento LGBT)

RESUMO

A comunidade de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais veio vivenciando a escassez de ações específicas, o descaso e o fortalecimento de preconceitos na área da saúde. No âmbito das ciências sociais, a política social é entendida como modalidade de política pública, importante e necessária para o desenvolvimento de todos. Neste contexto, há a necessidade de se ampliar o debate sobre a cidadania LGBT, compreendendo a demanda da comunidade como uma necessidade e luta pelo reconhecimento. Através de revisão bibliográfica, análise de documentos oficiais, e entrevistas com servidores públicos federais diretamente envolvidos com a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, analisou-se o processo de como esta política se relaciona com a camada populacional LGBT, que esteve ao longo das últimas décadas relegada às políticas parciais de combate ao HIV e a disseminação da Aids. A Política Nacional de Saúde Integral LGBT reconhece os efeitos perversos da discriminação e da exclusão, e devolve aos LGBT o reconhecimento de sua cidadania. A criação, e posterior implementação, desta política decorre de um processo de amadurecimento e conquista de espaços, que é cotidiano.

Palavras-chaves: Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Estado e Cidadania. Análise de Políticas.

ABSTRACT

The Lesbian, Gay, Bisexual, Travesty and Transgender community has been experiencing a scarcity of specific actions, and also the negligence and strengthening of prejudices in the health area. In the scope of social sciences, the social policy is understood as a modality of public policy, which is important and necessary to the development of all. In this context, there is the necessity of amplifying the debate about LGBT citizenship, realizing the community demand as a need and struggle for recognition. Through a literature review, analysis of official documents and interviews with federal civil servants directly involved with the implementation of the National Integral LGBT Health Policy, it was analyzed the process of how this policy is related to the LGBT population layer, which has been over the last decades relegated to the partial anti-HIV policies and the fight against the dissemination of AIDS. The National Integral LGBT Health Policy recognizes the perverse effects of discrimination and exclusion, and gives back to the LGBT community the acknowledgment of their citizenship. The creation, and posterior implementation, of this policy derive of a process of ripening and conquest of space, that is everyday.

Key-words: National Policy of LGBT Integral Health. State and Citizenship. Policy Analysis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Entrevistas realizadas	23
Tabela 2: Profissionais com Especialização	44
Tabela 3: Profissionais com Mestrado	44
Tabela 4: Áreas de Experiência Profissional / Citação.....	46
Tabela 5: Experiência Profissional na área da Saúde / Citação.....	46
Tabela 6: Áreas de Atuação no Movimento Social / Citação.....	47
Tabela 7: Relação dos Profissionais Entrevistados com a PNSI LGBT.....	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Comitês Técnicos de Saúde para promoção e implementação da PNSI LGBT	18
Quadro 2: Composição do Comitê Técnico LGBT	21
Quadro 3: Representação no GTI e Comitê Técnico LGBT (CT)	22
Quadro 4: Relação dos Serviços com expertise, habilitados para a realização dos procedimentos do Processo Transexualizador em 2008.....	37
Quadro 5: Relação dos Serviços habilitados para a realização dos procedimentos do Processo Transexualizador em 2015.....	49

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Linha histórica da política pública de Saúde para a comunidade LGBT	42
Gráfico 1: Formação dos servidores entrevistados.....	43
Gráfico 2: Vinculo funcional dos servidores entrevistados.....	44
Gráfico 3: Experiências anteriores dos servidores entrevistados	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABA – Associação Brasileira de Antropologia
- ABGLT – Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
- ABL – Articulação Brasileira de Lésbicas
- ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
- Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- Anpocs – Associação Nacional de Pós-Graduandos em Ciências Sociais
- ANTRA – Articulação Nacional de Travestis, Transexuais e Transgêneros
- ASTRAL – Associação das Travestis e Liberados do Rio de Janeiro
- ATPS – Analistas Técnicos de Políticas Sociais
- C&T – Ciência e Tecnologia
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CFM – Conselho Federal de Medicina
- CFP – Conselho Federal de Psicologia
- CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
- CISPLGBT – Comissão Intersetorial de Saúde da População LGBT
- CIT – Comissão Intergestora Tripartite
- CNCD-LGBT - Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
- CONJURE – Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde
- CPM – Código Penal Militar
- CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
- CRM – Conselho Regional de Medicina
- CT ou Comitê Técnico LGBT – Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT
- DAE – Departamento de Atenção Especializada
- DAET – Departamento de Atenção Especializada e Temática
- DAGEP – Departamento de Apoio a Gestão Participativa
- DAPES – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
- DECIT – Departamento de Ciência e Tecnologia
- DIAP – Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar

DOGES - Departamento de Ouvidoria Geral do SUS

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

FONGES/LGBT – Fórum Nacional das Gestoras e Gestores Estaduais e Municipais das Políticas Públicas para a População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

FUNAI – Fundação Nacional do Índio

Galf – Grupo de Ação Lesbo-feminista

GGB – Grupo Gay da Bahia

GTI – Grupo de Trabalho Intraministerial de Saúde LGBT/MS

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH – Homens que fazem sexo com outros homens

LBL – Liga Brasileira de Lésbicas

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

MHB – Movimento Homossexual Brasileiro

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

ParticipaSUS – Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS

PL – Projeto de Lei

PNSI LGBT – Política Nacional de Saúde Integral de LGBT

SAS – Secretaria de Atenção a Saúde

SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SDH – Secretaria de Direitos Humanos (com status de Ministério)

SEPPIR – Secretaria de Promoção da Igualdade Racial (com status de Ministério)

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPM – Secretaria de Políticas para as Mulheres (com status de Ministério)

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretária de Vigilância em Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Trans – Travestis e Transexuais

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 JUSTIFICATIVA	17
1.2 METODOLOGIA.....	19
2 O MOVIMENTO DE SAÚDE LGBT NO BRASIL	25
2.1. RESGATE HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DO MOVIMENTO	25
2.2 A LUTA PELA CIDADANIA	29
2.3 SAUDE LGBT PARA ALÉM DA AIDS	32
3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A POPULAÇÃO LGBT	35
3.1 LINHA HISTÓRICA DE DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE LGBT	35
3.2 CONTEXTOS INTERNOS DO COTIDIANO DA POLÍTICA.....	43
3.2.1 Perfil profissional dos entrevistados.....	43
3.2.2 Contexto de preparação e construção da PNSI LGBT	50
3.2.3 O período de aprovação da PNSI LGBT	58
3.2.4 Levantamento a respeito da implementação da PNSI LGBT.....	63
3.2.5 Contribuição dos entrevistados.....	73
3.2.6 Contribuições para o debate	76
4 CONCLUSÃO	80
REFERÊNCIAS	84
ANEXO 1 – Roteiro de Entrevista	88
ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	89
ANEXO 3 – Parecer Consubstanciado do CEP	90

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história contemporânea o Movimento Social, em especial o Sanitarista, foi precursor dos debates e formulações das políticas sociais brasileiras. As ações encampadas pelo protagonismo dos diversos segmentos do Movimento Social foram relevantes para os rumos do desenvolvimento social brasileiro. Assim foi com a campanha “O Petróleo é Nosso” que culminou com a criação da Petrobrás ainda na década de 1950; com as ações de embate a Ditadura Civil-Militar, mobilizadas por diversos setores e tendências da sociedade, possibilitando a conscientização nacional e a busca pela retomada da democracia; nas lutas e embates pela Reforma Sanitária, e na construção política e social da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, fornecendo o suporte necessário à reformulação das bases do Sistema de Saúde brasileiro, e a conseqüente criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Constituição de 1988; foi assim com a luta contra a Aids, que possibilitou transformar o Brasil no país modelo do tratamento e da prevenção da doença.

É na herança desse histórico popular que os movimentos de promoção da Saúde e Educação Popular se inserem. Este empenho e compromisso, de auxiliar e conduzir as mudanças que a sociedade brasileira perpassa, diferenciam o protagonismo dos movimentos de saúde dos demais movimentos sociais, e ao mesmo tempo objetivam os mesmo ideais: uma sociedade mais justa, igualitária, e de respeito às diferenças, onde todos e todas consigam ter educação de qualidade, segurança digna e políticas de saúde realmente eficazes e de direito.

É importante frisarmos que as demandas atuais reorganizam o coletivo dos movimentos sociais. Refletem um acúmulo da compreensão da perspectiva de cuidado, e da percepção do momento da atual crise pela qual passa as práticas de saúde contemporâneas, que encontram “sérias limitações para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações” (AYRES, 2004, p. 16).

As políticas públicas, tecnologias, ações e programas voltados à comunidade¹ de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) no Brasil se fazem com base no reconhecimento, por parte do Poder Executivo, em todos os níveis (Federal, Estadual, e Municipal), da carência e necessidade de políticas públicas voltadas ao combate ao preconceito, à discriminação e à exclusão que atinge essa parcela da população. Em contraponto, a ausência de uma política de promoção da saúde voltada à comunidade LGBT, dentro das secretarias de saúde e, até pouco tempo, dentro do próprio Ministério da Saúde, fez

¹ O termo “comunidade” é utilizado neste trabalho para designar um grupo populacional que compartilha características em comum, no caso a homossexualidade e a discriminação homofóbica.

com que esta comunidade vivenciasse a escassez de ações específicas, o descaso e o fortalecimento de preconceitos, tanto na área da saúde quanto nas demais áreas sociais.

Lidar com as dinâmicas sociais e levar o conhecimento construtivo aos diversos atores que constroem essa sociedade no dia a dia são desafios presentes. São com esses desafios que os movimentos atuais estão lidando. Para isso temos de compreender que o cenário atual não nós é favorável, porém também não é de todo desesperador. O que observamos hoje é uma mudança qualitativa nas discussões a respeito das políticas de saúde e no seu papel para o desenvolvimento social. Essas limitações são ao mesmo tempo um processo autoalimentado onde, ao se responder as necessidades, criam-se novas questões que impõem novos limites.

Parte deste cenário a percepção da necessidade da permeabilidade do técnico ao não técnico, no que concerne a humanização nos serviços de saúde e no cuidado² (AYRES, 2004). A crise apontada por Ayres estaria então, também, relacionada ao atual modelo de prática de atenção e cuidado dos indivíduos e sociedades, em constante desafio e conflito, devido a sua diversidade de percepções e resistências. Coloca-se assim a necessidade da convergência de horizontes, como a definição de modelo de atenção e cuidado, sendo este norteados a partir da reflexão do princípio da integralidade.

Constantemente em movimento, as tecnologias no cuidado e atenção à saúde também possuem um conflito constante entre seu alcance, limites, sinergias e tensões. Esses conflitos possibilitam requalificações, adaptações e diversificações em seu uso, o que acaba por levar a novas técnicas e novos conceitos a partir das experiências vivenciadas pelos anteriores, resultando em novos arranjos tecnológicos para sua operação (AYRES, 2009).

Mello e colaboradores (2012) ressaltam a importância de políticas públicas expressadas através de ações e programas do Poder Executivo voltadas à comunidade LGBT, particularmente em um cenário de total ausência de qualquer Lei que assegure diretamente direitos civis e sociais à população LGBT, aprovadas pelo Poder Legislativo Federal, e que o acesso ao Poder Judiciário ainda é restrito. Com relação ao enfrentamento do desafio da garantia de direitos (de cidadania e humanos) Mello, Brito, e Maroja reconhecem que os LGBT “ainda são vistas por muitas pessoas como sujeitos não legítimos para reivindicar direitos na arena política ou até mesmo como não humanos o suficiente para terem sua integridade física, autonomia moral e liberdade existencial protegidas pelo Estado.” (MELLO et al, 2012, p. 410).

² O termo Cuidado é adotado nos textos analisados como “designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (AYRES, 2004, p. 22).

Sistematicamente, a humanidade dessas pessoas [os LGBT] é questionada ou mesmo negada, a partir de crenças e tradições heteronormativas, naturalizantes e religiosas, incompatíveis com os princípios de respeito a dignidade, de garantia de autonomia e de proteção da liberdade, que a princípio caracterizam as sociedades democráticas e os Estados laicos. (MELLO et al, 2012, p. 412), grifo nosso.

Essa pluralidade social que, para Conde (2004), “extrapola a origem de classe, evidenciou-se em novos movimentos sociais, que passaram a apresentar demandas e insatisfações de mulheres, de índios, de negros e de homossexuais que exigem ser respeitados como sujeitos, como cidadãos” (p. 81), e que anteriormente estavam subalternos e invisibilizados nos debates nacionais.

O início do movimento homossexual no Brasil, ao final dos anos 70 e em meio a Ditadura Civil-Militar, contou com a participação majoritária de homossexuais masculinos, com a escassa presença e invisibilidade de lésbicas e sem consenso a respeito da unificação de uma luta conjunta com travestis e transexuais. Porém, mesmo sendo vários os personagens, as identidades e as demandas deste movimento, o mesmo pretendeu amparar, sob um mesmo guarda-chuva, homossexuais (Gays e Lésbicas), travestis, transexuais masculinos e femininos, e os bissexuais (CONDE, 2004), passando todos a compor uma mesma luta, o chamado Movimento Homossexual.

Embora a palavra homossexual, cunhada em 1869 pelo médico húngaro Karoly Maria Benkert³, já possuísse em sua origem um cunho pejorativo por ter a intenção de descrever uma patologia que, segundo Benkert, decorre de “falhas da natureza que, ao dotar, por nascimento, certos indivíduos masculinos e femininos de um impulso sexual direcionado a iguais biológicos, torna esses indivíduos física e psiquicamente incapazes” (CONDE, 2004, p. 44), ao mesmo tempo, esse mesmo conceito foi utilizado por Benkert para defender os homossexuais de uma lei anti-sodomia prussiana, que previa a pena de morte por considerar a prática um crime. A intenção de Benkert era definir a homossexualidade como natural e inata ao indivíduo, e não adquirida ou aprendida, porém o termo foi posteriormente abarcado pela psiquiatria e assim tornado uma enfermidade passível então de tratamento.

Identificada como desvio e transtorno sexual, pela Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), da Organização Mundial da Saúde (OMS), somente a partir da década de 1970, Associações de psiquiatria e psicologia em diferentes partes do mundo deixaram de considerar a homossexualidade como uma doença. No Brasil, em 1984, a homossexualidade deixou de ser considerada como doença a partir de resolução da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e, em 1985, dos Conselhos Federais

³ Segundo Mott apud Almeida Neto (1999:31), chamava-se Karol Maria Kertbeny e não era médico, mas advogado e jornalista (CONDE, 2004).

de Medicina (CFM) e Psicologia (CFP), passando a integrar uma das outras circunstâncias psicossociais, como o desemprego e as tensões psicológicas.

Apenas em 1990 a OMS retirou a homossexualidade⁴ do CID, deixando assim de ser classificada internacionalmente como doença e possibilitando conseqüentemente, em 1999, a Resolução 001/99 do CFP, que visou coibir que psicólogos colaborem com eventos e serviços que se propusessem ao tratamento de homossexuais, visando uma readequação social à heterossexualidade (CONDE, 2004).

Os pesquisadores do Sertão (Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero e Sexualidade) da Universidade Federal de Goiás, apresentam quatro situações diferentes no estudo realizado pelos pesquisadores Mello, Brito, e Maroja (2012, p. 423), identificadas através de entrevistas com gestores e ativistas do movimento LGBT, apontadas por esses como problemas-chaves para a implementação de políticas públicas de combate à homofobia e de promoção da cidadania da população LGBT, que são:

- ausência de arcabouço jurídico explícito, que legitime a formulação e a implementação de políticas públicas voltadas à garantia da cidadania da população LGBT;
- constatação de que os documentos que prevêm ações e programas direcionados à população LGBT, nos três níveis de governo, geralmente assumem a forma de atos normativos secundários, oriundos do Poder Executivo (decretos, portarias, resoluções, recomendações e instruções);
- 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.

Esses problemas-chaves fortalecem uma instabilidade não só jurídica, mas também social e abalam a confiança de que ações pontuais, por mais abrangentes que sejam, possam realmente perpassar o tempo efêmero de um ou dois mandatos, além de terem de enfrentar o jogo político “competente” de bancadas evangélicas e conservadoras nas Câmaras, Assembleias e Senado, que frequentemente usam seu peso/voto como moeda de troca para o freio ou a retirada de políticas sinalizadas para a comunidade LGBT, impedindo assim que estas se efetivem e se transformem em Lei.

Essas bancadas também propõem políticas cerceadoras e restritivas que visam garantir ou explicitar que determinados direitos civis sejam garantidos exclusivamente a cidadãos heterossexuais em detrimento dos demais, como é o caso do Projeto de Lei (PL) nº 1.865, de julho de 2011, que prevê em seu art. 3º que o Casamento Civil somente será aceito entre uma

⁴ “Travestismo e Transexualismo” ainda são classificados pelo CID-10 como doenças, encontrando-se na categoria de “Transtornos da identidade sexual”.

pessoa do sexo masculino e outra do sexo feminino, levando-se em consideração o sexo determinado no Registro de Nascimento.

O mesmo PL (atualmente⁵ em tramitação na Câmara) ainda prevê explicitamente a revogação das uniões estáveis e casamentos civis já registrados em cartórios, mesmo após decisão favorável do Supremo Tribunal Federal (STF), e a proibição da adoção de crianças de qualquer idade por “casais” homoafetivos; além do Projeto de Decreto Parlamentar (PDL 234/2011) que visa autorizar o tratamento psicológico de “cura gay”, derrubando a resolução do CFP de 1999 e retrocedendo à concepção de que a homossexualidade é uma patologia, concepção esta já abandonada pelas organizações e associações mundialmente, como a Associação Americana de Psiquiatria - em 1973, Associação Americana de Psicologia - em 1975, e a OMS - em 1990.

Há, ainda, inúmeros outros Projetos de Lei que visam assegurar a legalidade de condutas de ódio e discriminação sobre a ausência da proteção da família ou do direito a liberdade religiosa e de expressão. Pontualmente algumas ações⁶ vieram desenhando a necessidade da criação de um marco regulatório para a implantação no Sistema Único de Saúde (SUS) de uma política pública específica para a saúde desta comunidade, o que resultou na criação conjunta, Ministério da Saúde e Sociedade Civil, da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT (PNSI LGBT).

Vianna (2002, p. 1) ressalta que “no âmbito das ciências sociais, a política social é entendida como modalidade de política pública e, pois, como ação de governo com objetivos específicos”, neste sentido, pode-se dizer que a ausência de uma política social clara e efetiva é um potencial agravante para a saúde na comunidade LGBT. Porém é necessário termos em mente que as políticas públicas inserem-se em determinado tempo, espaço, contexto, cultura e interesse, e que se articulam com a natureza de determinado Estado e seus interesses.

Apesar da preservação dos traços de autoritarismo, houve uma considerável ampliação dos processos de socialização da participação política no Brasil, que é considerado por alguns pesquisadores como um caso de “Ocidente” periférico e tardio (PORTANTEIRO, 1983; COUTINHO, 1999; NEVES, 2005). Entretanto, segundo Wood, “a separação entre Estado e sociedade civil no Ocidente certamente gerou novas formas de liberdade e igualdade, mas também criou novos modos de dominação e coerção” (WOOD, 2003, p. 217).

⁵ Março de 2015;

⁶ Ver Figura 1, pág. 44

1.1 JUSTIFICATIVA

Robert Dahl (2001, p. 175), ao analisar a democracia e a relação com a economia de mercado, concluiu que “cidadãos economicamente desiguais, tem grande probabilidade de ser também politicamente desiguais”. Seguindo o raciocínio semelhante, podemos intuir que indivíduos desiguais no reconhecimento de seus direitos civis, constitucionalmente constituídos, também são desiguais na garantia de políticas sociais para si e seus pares, na comparação com demais membros da sociedade. O direito a saúde integral é um reflexo dessa desigualdade, refletindo assim “de que modo os conflitos sociais são cuidadosamente reprimidos na ‘teoria emocional da ação’ ainda dominante entre nós” (SOUZA, 2011, p. 59).

O contexto social, político e econômico no qual se encontrava o Brasil na primeira década do século XXI, acumulado pela estabilização da última década do século anterior, contribuiu para a consolidação e ampliação das políticas sociais e de equidade, mas, assim como apontado por Vianna (2002, p. 5-6), sobre os sistemas de bem-estar,

é sobretudo pela ótica política que se explica o sucesso dessa concepção de proteção social. As instituições de representação – os partidos políticos, os sistemas eleitorais, o parlamento – se tornaram mais inclusivas; novos espaços de negociação surgiram (...); a democracia, enfim, expandiu-se. Por sua vez, a organização política dos atores sociais se fortaleceu.

A política atual de promoção da saúde da comunidade homossexual brasileira ainda está aquém do desejado pelo poder público e pelos pesquisadores e militantes do tema. “A despeito dos avanços recentes nas iniciativas governamentais, o que se observa é que nunca se teve tanto e o que há é praticamente nada” (MELLO et al, 2012, p. 425), mesmo constatando-se que a comunidade LGBT conseguiu sair do estigma da Aids e da invisibilidade da ausência de políticas, para um patamar onde há políticas, mesmo que efêmeras, mas que carecem de sustentação jurídica e legislativa para sua manutenção.

A falta de ações para a comunidade LGBT agrava-se ainda mais dentro das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde (SMS) que não possuem espaços como os Comitês a seguir apresentados (Quadro 1), em virtude do preconceito institucionalizado, aquele infringido pelos órgãos governamentais ao não adotarem ações e políticas que reconheçam as peculiaridades e especificidades da comunidade LGBT. O que acaba por permitir, pela omissão, práticas de exclusão e discriminação, interferindo na realização de ações de promoção da saúde ou no atendimento das pessoas LGBT, relegando, quando muito, apenas o atendimento para os casos de pessoas HIV positivas, devido à ausência de um espaço de discussão, promoção e defesa desta população.

Atualmente, este cenário vem apresentando mudanças, principalmente em um contexto onde cada vez mais Secretarias Estaduais de Saúde, embasadas pelas iniciativas do Governo Federal, e amparadas pela PNSI LGBT, vem criando espaços de debate e promoção de políticas de saúde locais para a população LGBT e/ou promoção da equidade em saúde, conforme quadro abaixo.

Quadro 1: Comitês Técnicos de Saúde para promoção e implementação da PNSI LGBT

Comitês Estaduais	Tipo de comitê	Estado	Ano	Mês	Portaria de criação
Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral de LGBT	saúde LGBT	PE	2012	ago	445/SES PE
Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT	saúde LGBT	GO	2012	nov	381/SES GO
Comitê Estadual de Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT	saúde LGBT	PB	2012	nov	567/SES PB
Comitê Técnico de trabalho para a implementação do ambulatório para atendimento das pessoas LGBT	ambulatório LGBT	PR	2012	dez	733/SESA PR
Comitê Técnico de Promoção da Equidade em Saúde	equidade	RN	2013	ago	293/ SES RN
Comitê Técnico de Saúde Integral da População LGBT	saúde LGBT	MS	2013	ago	04/CEDS SES MS
Comitê Técnico Estadual de Promoção da Equidade e Educação Popular em Saúde	equidade	SE	2013	set	260/SES CE
Comitê Estadual de Promoção da Equidade	equidade	PI	2013	out	1253/ SESAPI
Comitê Técnico de Equidade	equidade	ES	2013	nov	276/ SES ES
Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral da População LGBT	saúde LGBT	SP	2013	nov	124/ SES SP
Comitê Técnico de Saúde da População LGBT	saúde LGBT	RS	2013	dez	592/ SES RS
Comitê Técnico de Saúde da população LGBT	saúde LGBT	RJ	2014	mai	918/ SES RJ
Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral da População LGBT	saúde LGBT	BA	2014	jul	919/ SES BA

Fonte: DAGEP/SEGEP/MS.

A falta de eficácia nas ações dos profissionais de saúde e a ausência de uma mobilização social efetiva são potenciais agravantes para a saúde na comunidade LGBT. Outro fator que auxilia na constante ocorrência e nos altos índices dos agravos é a formação dos profissionais de saúde para lidarem com os diferentes perfis populacionais, por conta de sofrerem influências regionais, locais, políticas, culturais e até mesmo religiosas.

Vários fatores levam a esta deficiência, desde insuficiência de recursos públicos à falta de reformulação nos currículos acadêmicos, até mesmo a escassa implementação de programas formativos dos profissionais em atuação nos estabelecimentos públicos de saúde, conforme a necessidade de cada local.

Em vista disso, a luta LGBT se configura como uma luta pela democratização da democracia e do conceito de cidadania. O Ministério da Saúde e a comunidade LGBT esperam ultrapassar esta barreira com a nova política. Porém, a correlação saúde LGBT e prevenção ao HIV/Aids, que foi propagada pelas políticas do Ministério da Saúde, antes mesmo da criação do SUS em 1988, causou, e ainda causa, efeitos negativos na imagem das pessoas LGBT.

A Política LGBT tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas a redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais. (Ministério da Saúde, 2010, p. 4).

Dessa forma, a pesquisa deste trabalho pretendeu analisar o processo de criação e emergência da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSI LGBT) como modalidade de política pública de saúde, proposta pelo Governo Federal. Buscando identificar as políticas públicas LGBT que compõem o processo emergente da PNSI LGBT, assim como, identificar os atores, movimentos e contextos que estão presentes na emergência da criação da PNSI LGBT no Governo Federal.

1.2 METODOLOGIA

Este estudo orientou-se segundo um desenho descritivo, numa vertente qualitativa e construcionista da análise de políticas públicas, visando identificar as janelas de oportunidades que propiciaram o desenvolvimento das políticas de saúde voltadas a comunidade LGBT, compreendendo a dinâmica do ciclo de políticas e buscando identificar suas fases e atores envolvidos, tanto na promoção quanto na resistência a PNSI LGBT. O projeto de pesquisa deste trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, integrante do Sistema CEP/CONEP da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Para isso realizamos uma revisão bibliográfica de textos oficiais e análises utilizadas por diferentes autores a respeito das macropolíticas de saúde propostas pelo Ministério da Saúde desde a criação do SUS, em 1988, que possuíam relação direta com a atenção a saúde da população LGBT, coletiva ou individualmente. Para complementar este estudo, optamos por incluir a realização de entrevistas com servidores públicos do Governo Federal, diretamente envolvidos com a implementação da PNSI LGBT, visando identificar lacunas de

informação que são subjetivas e, muitas vezes, não estão presentes na bibliografia disponível, compreendendo assim o que chamamos de contextos subjetivos da política.

As entrevistas foram realizadas em setembro de 2014 em Brasília, Distrito Federal, nos locais de trabalho dos entrevistados, que foram selecionados por serem: servidores públicos integrantes do Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde; e/ou do Grupo de Trabalho Intraministerial de Saúde LGBT (GTI), também do Ministério da Saúde; e/ou do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT (Comitê Técnico LGBT), instituído pela Portaria nº 2.837, de 1ª de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde.

No DAGEP, departamento do Ministério da Saúde responsável pela implementação das políticas de equidade em saúde, entre elas a PNSI LGBT, priorizou-se os servidores que fazem parte da equipe técnica diretamente ligada à implementação da PNSI LGBT, sendo esta equipe composta por quatro técnicos e coordenados pela Diretoria do DAGEP, totalizando cinco servidores.

Os contatos de todos os entrevistados foram fornecidos a partir de articulação realizada com uma integrante do DAGEP. Essa articulação resultou na sugestão de incorporação, a essa pesquisa, de entrevistas com os profissionais integrantes do GTI, por se tratar de um grupo interno com participação de profissionais representantes de diferentes áreas do Ministério da Saúde, algumas inclusive componentes do Comitê Técnico LGBT, com o objetivo de garantia da intersetorialidade da PNSI LGBT.

O Comitê Técnico LGBT é formado por 28 membros, sendo 15 destes representantes de alguma esfera ou área governamental (nove representantes de oito áreas do Ministério da Saúde; um da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República; um da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; um da Secretaria de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República; um do CONASS; um do CONASEMS; e um FONGES/LGBT), e os demais, representantes da Sociedade Civil, conforme Quadro 2 na página seguinte.

Quadro 2: Composição do Comitê Técnico LGBT

O Comitê Técnico LGBT é composto de 28 (vinte e oito) integrantes, assim distribuídos: 25 de acordo com a Portaria nº 2.837 do Ministério da Saúde, e três convidados permanentes definidos posteriormente em reunião ordinária do Comitê.	
Quant.	Área de Representação
2	representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS), prioritariamente das áreas de apoio à gestão participativa e de articulação interfederativa;
4	representantes da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), prioritariamente das áreas relativas à saúde da mulher, saúde do homem, atenção básica e média e alta complexidade;
1	representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS), prioritariamente da área de ciência e tecnologia;
1	representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS), prioritariamente da área de gestão da educação na saúde;
1	representante da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), prioritariamente da área relativa às DST/AIDS e Hepatites Virais;
1	representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);
1	representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS);
2	representantes do Conselho Nacional de Saúde (CNS), prioritariamente do segmento LGBT;
1	representante do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD-LGBT/SDH/PR), prioritariamente do segmento LGBT;
1	representante da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR);
1	representante da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR);
1	representante da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (SEPPIR/PR);
1	representante do Fórum Nacional das Gestoras e Gestores Estaduais e Municipais das Políticas Públicas para a População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (FONGES-LGBT);
7	representantes da sociedade civil de notório saber, com conhecimento e atuação na saúde de LGBT.
3	convidados permanentes

Fonte: Portaria nº 2.837 do Ministério da Saúde e DAGEP/SGEP/MS.

Das 15 áreas do Ministério da Saúde que compõem o GTI, oito também compõem o Comitê Técnico LGBT, conforme quadro abaixo, representando o Ministério da Saúde, nem sempre com o mesmo representante.

Quadro 3: Representação no GTI e Comitê Técnico LGBT (CT)

Área do Ministério da Saúde		Composição
1	Departamento de Apoio à Gestão Participativa/SGEP	GTI / CT
2	Saúde Mental/DAPES	GTI
3	Saúde do Homem/DAPES	GTI / CT
4	Saúde da Mulher/DAPES	GTI / CT
5	Saúde do Adolescente/DAPES	GTI
6	Área Técnica de Saúde Prisional/DAPES	GTI
7	Saúde do Idoso/DAPES	GTI
8	Depto DST/AIDS e Hep. Virais - SVS	GTI / CT
9	Coordenação de Média e Alta Complexidade - Departamento de Atenção Especializada - DARAS/SAS	GTI / CT
10	Departamento de Atenção Básica/SAS	GTI / CT
11	Departamento de Ciência e Tecnologia - DECIT/SCTIE	GTI / CT
12	Departamento de Gestão da Educação na Saúde - DEGES/SGTES	GTI / CT
13	Departamento de Análise de Situação de Saúde - Área Técnica de Prevenção de Violências e Acidentes - Coordenação Geral de Agravos e Doenças não Transmissíveis - DASIS/SVS	GTI
14	Departamento de Ouvidoria Geral do SUS - DOGES	GTI
15	Departamento de Articulação Interfederativa - DAI	GTI

Fonte: DAGEP, com adaptação.

Os 15 representantes governamentais do Comitê Técnico LGBT, os representantes das 15 áreas do Ministério da Saúde que compõem o GTI, e os cinco servidores do DAGEP com atuação direta com a PNSI LGBT foram convidados para participar das entrevistas a partir de contato prévio realizado via e-mail. Deste total, de aproximadamente 35 indivíduos, 11 aceitaram participar da entrevista, e um dos entrevistados (da SDH) recomendou que a Coordenadora Geral da Ouvidoria de Direitos Humanos/SDH também fosse entrevistada, devido ter integrado a Comissão Intersetorial de Saúde da População LGBT (CISPLGBT) do CNS e o Comitê Técnico LGBT anteriormente (2011), e por isso possuir informações consideradas relevantes para este trabalho, sugestão que prontamente foi aceita.

Foram ao todo 12 entrevistas realizadas (Tabela 1), sendo cinco do DAGEP e sete do Comitê Técnico LGBT e/ou GTI, e 13 servidores entrevistados. Uma das entrevistas foi realizada com dois servidores simultaneamente, devido ambos fazerem parte do GTI representando a mesma Área Técnica do Ministério da Saúde. Desta forma, temos a seguinte descrição dos entrevistados:

Tabela 1: Entrevistas realizadas

Entrevista nº	Local de Trabalho	Integrante
Entrevista 01	DAGEP/SGEP/MS	DAGEP / GTI
Entrevista 02	DAGEP/SGEP/MS	DAGEP / GTI/ CT
Entrevista 03	DAGEP/SGEP/MS	DAGEP / GTI
Entrevista 04	DAE/SAS/MS	CT
Entrevista 05	DECIT/SCTIE/MS	CT
Entrevista 06	CONASEMS	CT
Entrevista 07	DAGEP/SGEP/MS	DAGEP / GTI
Entrevista 08	DAGEP/SGEP/MS	DAGEP / GTI
Entrevista 09	SDH	CT
Entrevista 10 e 10.1	Saúde Mental/DAET/SAS/MS	GTI
Entrevista 11	CGO/SDH	Ex-integrante do CISPLGBT/ CNS; Ex-integrante do CT
Entrevista 12	SPM	CT

Foi construído um roteiro de entrevista semi-estruturado (Anexo 1) com o objetivo de averiguar e levantar informações *in loco* relativas à construção da PNSI LGBT que não se encontravam em registros oficiais ou bibliográficos, e que fazem parte de contextos internos do cotidiano da Política, sendo assim de fundamental importância para sua compreensão. O roteiro foi composto de 10 questões e duas subquestões, possibilitando identificar as percepções dos profissionais diretamente envolvidos com a implementação da PNSI LGBT.

A 1ª, 2ª e 3ª questão do roteiro de entrevistas visavam uma aproximação inicial com os entrevistados e identificar suas formações e trajetórias, assim como suas funções no DAGEP, no Comitê Técnico LGBT, ou no GTI, e suas relações com a PNSI LGBT, ou seja, traçar um perfil profissional dos entrevistados. A 4ª e 5ª questão, e a subquestão 5.1, visavam identificar as informações que os entrevistados possuíam relativas ao contexto de preparação e construção da PNSI LGBT, anterior a sua chegada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), objetivando identificar os acontecimentos deste período, compreendido entre 2004 e 2009.

Já a 6ª e a 7ª questão estavam direcionadas ao contexto que envolvia o período de aprovação da PNSI LGBT no CNS, em 2009, e a pactuação de seu Plano Operativo na Comissão Intergestora Tripartite (CIT), em 2011. A 8ª e a 9ª questão, assim como a subquestão 8.1, objetivavam realizar um levantamento a respeito da implementação da PNSI LGBT desde sua publicação em formato de portaria em dezembro de 2011, as ações realizadas, e os recursos disponíveis para sua realização e implementação, assim como seus ganhos e entraves. A 10ª questão visava possibilitar aos entrevistados contribuir com qualquer informação que julgasse relevante e que não tivesse sido abordada nas questões anteriores.

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio utilizando o gravador Sony IC Recorder modelo ICD-PX240, com a anuência dos entrevistados, após os mesmos tomarem ciência dos objetivos desta pesquisa, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Anexo 2), e assinarem o respectivo documento em duas vias de igual teor, sendo uma entregue aos entrevistados e a outra arquivada para os devidos fins.

As entrevistas gravadas foram transcritas utilizando o programa FFTranscriber, versão 1.0, disponível gratuitamente para download na rede mundial de computadores, e armazenados posteriormente em arquivo de texto no formato docx. Os dados contidos nas entrevistas foram levantados visando identificar as percepções e contextos que envolveram a proposição, formulação e o atual estágio de implementação da PNSI LGBT, tabulados e organizados em planilhas do programa Microsoft Excel, a partir das quais foram elaboradas tabelas, quadros, gráficos que sustentam e embasam as análises deste trabalho. Como opção metodológica, os dados das entrevistas são apresentados textual e numericamente, e não em formato percentual, uma vez que a apresentação neste formato poderia refletir uma ideia de totalidade não presente nas análises.

2 O MOVIMENTO DE SAÚDE LGBT NO BRASIL

2.1 RESGATE HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DO MOVIMENTO

Historicamente as políticas públicas no Brasil refletem as relações de gênero, principalmente da preponderância do gênero masculino em relação ao feminino. As conquistas de políticas públicas voltadas para as mulheres refletem um avanço, em especial das três últimas décadas, e apresentaram relevante destaque no setor saúde onde, após a criação do Sistema Único de Saúde, tiveram avanços significativos.

O mesmo ocorreu com relação às políticas públicas voltadas a diferentes etnias e grupos sociais nacionais. Com a criação do SUS, no que compete a políticas de saúde, passamos a reconhecer abertamente que temos sim diferenças étnicas e sociais, e que essas diferenças se refletem nos agravos à saúde de cada grupo social. Porém, as ações propostas para o enfrentamento desses agravos nem sempre ocorreram conforme a necessidade.

O reconhecimento de que nossa sociedade é formada por homens e mulheres e por diferentes etnias, refletiu um avanço expressivo para a saúde, assim como a necessidade interna do “sistema” de refletir e enfrentar as resistências inerentes de quem faz efetivamente o sistema, as pessoas. Estas, embora na teoria e no papel tenham diretrizes e protocolos, em sua maioria claros e objetivos, ainda repercutem suas concepções e preconceitos pessoais no atendimento à população.

Os primeiros passos do que foi considerado o início do movimento homossexual no Brasil deu-se em meio à abertura política iniciada no final da Ditadura Civil-Militar, ocorrida entre 1964 e 1985 no país. A partir do final da década de 1970, houve a proliferação de jornais que se tornaram porta-vozes dos diferentes movimentos de oposição ao regime militar. Nesse contexto, segundo a pesquisa de Conde (2004), diversos autores, entre eles Mac Rae (1990), Almeida Neto (1999), Green (2000), Trevisan (2000), e Câmara (2002) concordam que o início do movimento homossexual no Brasil ocorreu com a publicação em abril de 1978 do jornal *Lampião da Esquina* (1978-1981), na cidade do Rio de Janeiro, que tinha como proposta tratar de forma unificada de temas relativos a mulheres, negros e negras, ecologia e homossexuais.

Entre os idealizadores do *Lampião* encontravam-se diferentes atores sociais como o antropólogo Peter Fry, o crítico de cinema e cineasta Jean-Claude Bernadet, o jornalista João Antônio Mascarenhas, o também jornalista e autor de novelas Aguinaldo Silva, o pintor e escultor Darci Penteado, e o escritor João Silvério Trevisan (Mac Rae, 1990; Green, 2000b,

apud CONDE, 2004), incentivados pela visita do editor americano da revista Gay Sunshine em 1977, Winston Layland, que esteve no Brasil para promover uma antologia da literatura gay latino-americana. De acordo com Conde, “nesse período, o movimento homossexual passou a usar o slogan ‘O privado é político’, e discussões até então consideradas da esfera privada surgiram na arena política” (CONDE, 2004, p. 81).

Além das dificuldades financeiras, não havia acordo entre os idealizadores do jornal *Lampião de Esquina*, quanto à conveniência ou não de estabelecer vínculos entre o jornal e o movimento homossexual, o qual, na visão de alguns membros da editoria, se encontrava cada vez mais atrelado a organizações político-partidárias de esquerda, o que acabava por diluir a questão homossexual, tornando-a sem importância diante das *causas maiores* – a luta de classes e a revolução socialista. O dilema comportava ainda outras sutilezas, pois, ao postular uma política eminentemente reivindicatória da normalidade homossexual, o movimento, na concepção de setores do jornal, minava a capacidade questionadora e a atitude contestadora implícitas no ato de assumir a identidade homossexual, e tornava o movimento um *mendigo da normalidade* (CONDE, 2004, p. 83).

Também em 1978 começou a articular-se em São Paulo um grupo de discussões homossexual (gays e lésbicas) que buscava fugir ao modelo tradicional da militância de esquerda do Brasil e do mundo, e denunciavam a homofobia internalizada na militância esquerdista. Esse grupo de discussões tinha como foco as experiências dos homossexuais e a construção de uma identidade homossexual enquanto grupo social. Em contrapartida, a esquerda tradicional acusava os militantes dos diferentes movimentos sociais emergentes na época de serem divisionistas e de retirarem o foco do que eram consideradas as lutas principais da sociedade, a luta de classes e a luta contra a ditadura militar (CONDE, 2004).

Inicialmente o grupo recebeu o nome de *Núcleo de Ação pelos Direitos dos Homossexuais* (Green, 2000; Mac Rae, 1990). Ao final de 1978, houve um debate acerca da denominação do grupo, foram rejeitados nomes que contivessem o termo inglês *gay*, pois se pretendia forjar um movimento brasileiro *único* (Green, 2000). O grupo adotou o nome *Somos: Grupo de Afirmação Homossexual*. O grupo buscava atrair cada indivíduo para assumir a responsabilidade de atuar sobre a realidade. Trevisan (2000), um dos fundadores do grupo, assinala: “estávamos preocupados em não mais separar as esferas pública e privada, o crescimento da consciência individual e a transformação social (...). Queríamos ser plenamente responsáveis por nossa sexualidade, sem ninguém falando em nosso nome” (p. 340-341 apud CONDE, 2004, p. 83).

A partir destes primeiros passos, no final da década de 1970, começaram a surgir publicações favoráveis por parte de psiquiatras, sexólogos e acadêmicos, passando a demonstrar um outro olhar sobre as relações homoeróticas na imprensa e revistas especializadas. Seguindo os passos do *Lampião* e do *Somos*, começaram a surgir novos grupos de defesa homossexual, o que possibilitou em dezembro de 1979 a realização do 1º Encontro Nacional do Povo Gay, realizado na sede da Associação Brasileira de Imprensa, no Rio de Janeiro, contando com a presença de cerca de 60 pessoas.

Os participantes deste encontro representaram

grupos homossexuais de São Paulo (*Eros, Libertos, Lésbico-Feminista, o grupo Somos*, tanto da capital como de Sorocaba), do Rio de Janeiro (*Somos e Auê*, da capital, e *Grupo de Atuação e Afirmação Gay*, de Caxias) e de Brasília-DF (*Beijo Livre*), além de contar com a presença de observadores de Belo Horizonte-MG, Salvador-BA, Fortaleza-CE e Recife-PE, que depois viriam a criar seus próprios grupos. (CONDE, 2004, p. 84-85).

Nesse primeiro encontro, que pode ser considerado como o início do Movimento Homossexual Brasileiro (MHB), decidiu-se pela realização, em abril de 1980 em São Paulo, de um encontro de grupos homossexuais que estavam organizados em suas cidades. Conde (2004) a partir do estudo de Mac Rae (1990) destaca que o *Primeiro Encontro Nacional de Grupos Homossexuais Organizados* ocorreu em dois momentos. No primeiro momento, que foi realizado no Centro Acadêmico da Faculdade de Medicina da USP, com a participação restrita aos grupos organizados e seus convidados contando com cerca de duzentas pessoas, ocorreu a discussão de temas como a questão lésbica, o machismo entre homossexuais, os papéis sexuais, michês, travestis e a repressão policial. Após este debate inicial, foi realizado no Teatro Ruth Escobar o segundo momento do encontro, um debate aberto ao público com a participação de aproximadamente mil pessoas (CONDE, 2004).

Esse episódio evidenciou as divergências entre militantes que queriam atrelar o movimento homossexual à *causa maior*, corrente representada notadamente por integrantes da Convergência Socialista que se abrigaram no grupo *Somos* de São Paulo, e os *autonomistas*, que julgavam inconveniente essa vinculação. Outro debate acalorado girava em torno da discriminação de que se sentiam vítimas as lésbicas no interior do próprio movimento. Elas postulavam que suas demandas eram mais específicas e que, portanto, deveriam criar grupos exclusivamente femininos. Segundo Mac Rae (1990), um levantamento feito no encontro demonstrou que os grupos eram compostos majoritariamente por homens (CONDE, 2004, p. 85).

As cisões e diferentes opiniões internas existentes no *Somos-SP* possibilitaram a criação de outros grupos como o *Galf* (Grupo de Ação Lesbo-feminista) por lésbicas que se sentiam duplamente discriminadas por serem mulheres e por serem lésbicas; o grupo *Outra Coisa* criado por militantes que recusavam alinhar-se a Convergência Socialista representantes da política esquerdista tradicional, e que tinham como interesse discutir a sexualidade e a luta contra a discriminação sexual; e por fim a criação da *Facção Gay* da Convergência Socialista, criadas por integrantes que se alinhavam à militância esquerdista tradicional (CONDE, 2004).

Em 1980, com a iniciativa do antropólogo Luiz Mott, surgiu na capital baiana o GGB (Grupo Gay da Bahia), primeiro no Brasil a ser registrado como Sociedade Civil Sem Fins Lucrativos em 1983, e declarado de utilidade pública em 1987 pela Câmara Municipal de Salvador-BA.

O GGB protagonizou a luta pela exclusão da homossexualidade do rol de doenças pelo CFM em 1985 contando com o apoio de diversas entidades como a SBPC (Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência), a ABA (Associação Brasileira de Antropologia), a Anpocs (Associação Nacional de Pós-Graduandos em Ciências Sociais), além de parlamentares e diversas personalidades.

O GGB ainda destacou-se sendo o primeiro grupo homossexual a encampar a luta contra a Aids já em 1982, com a distribuição de material informativo sobre os riscos da doença. Em 1988 o GGB passou a integrar a Comissão Nacional de Combate a Aids, criada pelo Ministério da Saúde. Desta forma, com sua militância, o GGB ganhou projeção e respeito nacional e internacional (CONDE, 2004).

A década de 1980 foi frutífera para as demandas do MHB que, após a união no final da década de 1970 e início da década de 80 para o combate à violência policial, o movimento voltaria a se unir entorno de uma crescente demanda, agora por uma questão maior que a identidade, a sua própria sobrevivência. Tachados pela Aids, que retirava a vida de milhares de homossexuais, e em seu surgimento era considerada a “peste gay”, os homossexuais viram-se assombrados por um lado obscuro das relações familiares.

Vários homossexuais que foram rejeitados pela família, na *saúde e na doença*, que trilharam suas vidas à margem desta tão honrada instituição, estabeleceram duradouros relacionamentos, e eram amparados exclusivamente pela *comunidade homossexual* e por seus companheiros, ao morrerem tinham seus parceiros alijados do processo sucessório, excluídos de sua história. Os meios de comunicação noticiavam casos de demandas judiciais entre as famílias e os parceiros, que muitas vezes eram impedidos de voltar a entrar no lar em que viveram, mesmo para retirar os próprios pertences. A homossexualidade deixou de ser apenas *caso de polícia*, para passar a ser também *caso de saúde e caso de justiça* (CONDE, 2004, p. 99).

As lutas entorno da garantia dos direitos individuais possibilitaram uma importante interlocução do poder legislativo com os militantes defensores das demandas das minorias sociais, no período constituinte de 1988. Nesse contexto, o MHB (representado por grupos como o GGB, o carioca Triângulo Rosa, e o paulista Lambda) conseguiu inserir na discussão do texto constitucional o debate entorno da discriminação homossexual, buscando garantir o direito dos homossexuais não mais sofrerem discriminação, em virtude de sua orientação sexual (CONDE, 2004). Porém, diferente das mulheres, negros e negras e dos religiosos, os homossexuais não tiveram sua demanda atendida.

A discórdia quanto à vinculação a partidos políticos ou à autonomia do movimento tornou a acirrar-se em 1993, [...] nos trabalhos de revisão constitucional que ocorreu naquele ano. Como os partidos de esquerda, notadamente o PT, que abriga grande parte de militantes homossexuais, havia se posicionado contrariamente à revisão, o grupo alinhado ao PT, majoritário no encontro, decidiu que o movimento não deveria incluir a expressão *orientação sexual* na constituição que se elaborava [revisava]. (CONDE, 2004, p. 98), grifo nosso.

Quando relacionamos as questões de gênero com o atendimento à saúde da população, vemos uma dificuldade em separar o que é política de gênero do que é política para mulheres ou homens. A falta de compreensão da diferença entre esses conceitos reflete na exclusão do atendimento a certa parcela da população, representada pelas Travestis e Transexuais, que por conta do preconceito institucionalizado deixaram, durante muito tempo, de ser atendidas e beneficiadas dentro das políticas públicas de saúde para gênero, e ainda hoje sofrem restrições em determinadas políticas voltadas para o gênero feminino.

Dentro deste debate, já na década de 1990, ocorreu o surgimento de outras instituições de representação LGBT. Entre outras entidades importantes, podemos citar a fundação, em 1993 no Rio de Janeiro, da ASTRAL (Associação das Travestis e Liberados do Rio de Janeiro), e em 1995 da ABGLT (Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) organização que aglutina instituições de representação dos homossexuais no Brasil.

Em 2000 foi fundada a Articulação Nacional de Transgêneros, que posteriormente passou a denominar-se Articulação Nacional de Travestis, Transexuais e Transgêneros (ANTRA), e em 2003 durante o Fórum Social Mundial, em Porto Alegre, foi criada a Liga Brasileira de Lésbicas (LBL), e em 2004 a Articulação Brasileira de Lésbicas (ABL), organizações estratégicas para a luta em defesa da diversidade e de políticas públicas para grupos invisibilizados e marginalizados da comunidade LGBT.

2.2 A LUTA PELA CIDADANIA

Neste contexto, emerge a reflexão sobre a necessidade de se ampliar o debate sobre a cidadania LGBT, pois, no caso do Brasil, apenas lhes é garantido o direito político, em detrimento dos demais direitos, que são amplamente garantidos aos cidadãos heterossexuais, mas restritos aos homossexuais⁷ (no caso dos direitos civis e sociais), quando comparados, demonstrando a discrepância entre o ‘país legal’ e o ‘país real’. Mesmo a garantia do direito político acaba por não se efetivar perante as barreiras sociais e culturais de nossa sociedade.

Conde (2004) ressalta que, ao menos no Brasil, dos três estigmas incorporados à homossexualidade (pecado, crime, doença), ela se livrou completamente do terceiro e

⁷ Os números dos direitos negados aos homossexuais na comparação com os heterossexuais variam de 37, como publicado pela Revista Superinteressante, edição 202, de julho de 2004, a 78, como demonstrado em 2006 pela Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transgênicos (ABGLT) e, a 112, como levantado pelo GGB (Grupo Gay da Bahia), em julho de 2011.

parcialmente do segundo, que em circunstâncias especiais, ainda persiste como no caso do Código Penal Militar (CPM), porém estamos longe de nos livrarmos completamente do primeiro estigma.

Para além do universo excepcional de estruturas familiares, educacional, partidárias ou religiosas mais acolhedoras da ideia de diversidade, hoje vivemos um momento em que a dogmática sexual ainda esta constitutivamente associada a um tripé formado pela defesa: a) da associação entre sexualidade, conjugalidade e reprodução; b) do casal exclusivo e o mais homogâmico possível em termos raciais, classistas, religiosos, educacionais, etc.; e c) de normas de gênero que cartesianamente impõem fenotipia e (auto)representação masculina para homens e feminina para mulheres, respectivamente. Claro que os limites dessa dogmática têm sido sistematicamente redefinidos ao longo da história, estando a sexualidade envolta em complexas lógicas de mercado, disputas políticas e embates morais. (MELLO et al, 2012, p. 413).

O debate em torno da saúde LGBT ganhou destaque a partir de um acúmulo de debates anteriores (saúde, gênero e diversidade) e do fortalecimento de organizações voltadas a evidenciar a cidadania, a saúde e a segurança de pessoas LGBT ante a inobservância do Estado.

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).

Apesar das políticas sociais estarem ligadas e terem um mesmo objetivo final, a melhoria da saúde da comunidade LGBT possui caminhos diferentes.

Já não se admite sem discussão na esquerda que a batalha decisiva pela emancipação humana vai ocorrer no campo “econômico”, o terreno da luta de classes. Para muitas pessoas, a ênfase se transferiu para o que denomino bens extra-econômicos – emancipação de gênero, igualdade racial, paz, saúde ecológica, cidadania democrática. [...] Mas esses compromissos não resolvem as questões cruciais relativas a agentes e modalidade de luta, e certamente não resolvem a questão da política de classes (WOOD, 2003, p. 227).

Porém, para mim, a ênfase nos bens extra-econômicos semeia o campo para que o compromisso da emancipação humana possa prosperar. Assim, estudar o impacto das mudanças nas políticas públicas de saúde desta comunidade resulta na ampliação da compreensão do papel social do Estado, e seus deveres para com a promoção do bem-estar de todo o coletivo social. É nesse contexto de disputa que se colocam as políticas de saúde LGBT, compreendendo a demanda da comunidade LGBT como uma necessidade e luta pelo reconhecimento (por ser reconhecida enquanto comunidade e enquanto indivíduos) por parte

do Estado, buscando usufruir da mesma cidadania que os demais indivíduos, emergindo nos chamados “novos movimentos sociais”.

Só recentemente, a partir dos anos 1980, um movimento moderno dos direitos humanos vem buscando estabelecer uma relação diferenciada entre o campo da saúde pública e da própria medicina e do direito, especialmente sobre o impacto da pandemia de HIV/Aids (França e Ayres, 2003). 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).

Destaca-se um processo de deslocamento dos movimentos sociais anteriores, o que dá maior viabilidade as organizações não-governamentais da área política, na defesa de seus interesses, anteriormente colocadas à margem do debate, enquanto que “as associações científicas e profissionais gradativamente retraíram-se para defesa de seus interesses específicos, abandonando sua participação nos grandes debates nacionais” (NEVES, 2005, p. 92), e permitindo com isso que debates antes invisibilizados pudessem emergir neste novo contexto de sociedade.

Nacy Fraser (2001) destaca as demandas por reconhecimento das diferenças, como alimento das lutas de diferentes grupos motivados pela nacionalidade, etnicidade, raça, gênero e sexualidade. Caillé (2008, p. 158) coloca que respeitar uma pessoa é “frisar que ela foge a esfera do desprezo, do opróbrio ou do desdém e que ela soube acessar a esfera da visibilidade comum ou que ela está mais visível aos olhos de todos os que importam”.

As demandas por reconhecimento e por respeito colocam as políticas de saúde LGBT como uma questão maior, englobada pelo tema dos 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 tem 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).

Honneth (2009, p. 216) ao caracterizar os tipos de desrespeito, coloca as experiências de rebaixamento que afetam ao auto-respeito moral como sendo os “modos de desrespeito pessoal, infligidos a um sujeito pelo fato de ele permanecer estruturalmente excluído da posse de determinados direitos no interior de uma sociedade”. Podemos dizer que, no que se refere à saúde da população LGBT, mesmo após a constituinte de 1988, que igualou os cidadãos brasileiros e estendeu o direito à saúde a todos da população, as pessoas LGBT permaneceram desrespeitadas e excluídas, em certa medida, de seus direitos sociais e humanos.

Antes da criação do SUS (em 1988), a saúde não era considerada um direito social. O modelo de saúde adotado até então dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde

pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada); e os que não possuíam direito algum. Assim, o SUS foi criado para oferecer atendimento igualitário e cuidar e promover a saúde de toda a população. (portal Ministério da Saúde, 2010 apud LAURENTINO, 2010).

“A degradação valorativa de determinados padrões de auto-realização tem para seus portadores a consequência de eles não poderem se referir à condução de sua vida como a algo a que caberia um significado positivo no interior de uma coletividade” (HONNETH, 2009, p. 217-218), no que, para a saúde LGBT, veio se refletindo em sua segregação restrita à periferia do SUS, refletindo como um dos motivos da proliferação das organizações de defesa LGBT, na busca de ampliar seu reconhecimento e viabilizar suas demandas.

[...] a saúde teve um papel fundamental na estrutura, na estruturação, na formação de ativistas, na capacitação, na formação de organizações não governamentais né, a saúde ela teve esse papel fundamental. Então obviamente que seria a saúde a devolver pra população LGBT o primeiro, vamos dizer assim, a primeira política a ser devolvida de forma estruturada e organizada pra população LGBT [...]. Então a saúde ela foi fundamental pra formação do Movimento, e conseqüentemente, fundamental pro reconhecimento da cidadania. Eu acho que a primeira política setorial que reconhece o cidadão LGBT como cidadão, porque devolve a ele uma política ampla, integral, com atendimento as pessoas travestis, transexuais, lésbicas, enfim, gays e conseqüentemente a toda a população. (Entrevista 11).

2.3 SAÚDE LGBT PARA ALÉM DA AIDS

Apesar do direito a saúde a toda população brasileira estar garantido na Constituição de 1988, somente a partir de 2004 a parcela populacional de LGBT começa a ser observada como integrante e detentora do direito integral a saúde, por parte das políticas governamentais de garantia do direito à saúde da população no Brasil. Esta camada populacional esteve ao longo das últimas três décadas anteriores relegada, no âmbito da saúde (e não apenas nela), às políticas parciais e paliativas relacionadas ao contágio pelo HIV e a disseminação da Aids.

Ao longo dos últimos governos, a comunidade LGBT conseguiu avanços significativos nas políticas públicas implementadas nas diversas áreas sociais, principalmente na área da saúde.

Os efeitos positivos de políticas de saúde que buscam atender, de forma mais efetiva, determinados segmentos mais vulneráveis da população, como as pessoas negras, mulheres, homossexuais e transexuais, não só favorecem acesso as ações de saúde, como também estimulam esses segmentos a buscarem outros direitos de cidadania que lhes proporcionem completo bem-estar. (VENTURA, 2010, p. 37).

Porém, mesmo com os avanços na área da saúde, e em virtude da falta de um marco regulatório no legislativo federal, do preconceito institucionalizado, da falta de profissionais engajados com o tema LGBT, entre outros, esta comunidade sofreu de ações específicas,

sendo, quando muito, atendidas nas ações voltadas às pessoas que vivem com HIV/Aids. Ou seja, falava-se na saúde sobre gays, lésbicas, e travestis quando se falava de Aids, dessa forma não se falava sobre os indivíduos e suas demandas e sim sobre a doença e suas vítimas.

Apenas a partir de 2004, com a criação do Comitê Técnico LGBT, isso começou a se modificar.

Ainda que o movimento LGBT tenha críticas consistentes à atuação do Ministério da Saúde, e em particular ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, no tocante as 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).

A carência de políticas de saúde específicas para a comunidade LGBT resulta, por vezes, na baixa procura por atendimento nos postos e unidades de saúde, ampliando a ocorrência dos agravos sofridos, seja em virtude de fatores ambientais, sanitários, econômicos ou sociais. Como colocado por Honneth, “a experiência de desrespeito está sempre acompanhada de sentimentos afetivos que em princípio podem revelar ao indivíduo que determinadas formas de reconhecimento lhe são socialmente denegadas” (HONNETH, 2009, p. 220), causando-lhes assim vergonha ou repulsa em procurar o amparo do sistema de saúde, pois, “o sujeito, que se envergonha de si mesmo na experiência do rechaço de sua ação, sabe-se [compreende-se] como alguém de valor social menor do que havia suposto previamente”. (HONNETH, 2009, p. 223) grifo nosso.

Muitos desses agravos são intensificados pelo desconhecimento, negligência ou ignorância de grande parcela da população LGBT sobre as ações e informações para o combate de vetores de doenças, higiene pessoal e sanitária, e da influência destas na efetivação das políticas públicas de prevenção, combate e promoção da saúde, além do descaso por parte do governo em se realizar ações efetivas voltadas a esta comunidade.

Ignora-se assim, a subjetividade social desta comunidade e a cultura marginalizada, muitas vezes imposta pela sociedade heteronormativa, onde as normas de convívio social são ditadas pelo estereótipo heterossexual de homem e de mulher, e de seus respectivos papéis na sociedade, o que acaba por invisibilizar os riscos e agravos aos quais as pessoas LGBT estão submetidas e que são potencializados por suas práticas sociais e sexuais, onde o gueto é visto por estes como o espaço de seu pertencimento, mas que para as políticas de saúde esteve fora de sua abrangência de atuação.

No dia 06 de maio de 2010, mesmo mês em que se comemora o Dia Internacional de Combate a Homofobia (17 de maio⁸), o Governo Federal tornou pública sua política para o atendimento integral da saúde da comunidade LGBT, aprovada em 2009 pelo Conselho Nacional de Saúde, após ter sido disponibilizada para consulta pública em 2008, devendo ser esta uma estratégia imprescindível para a promoção, proteção, recuperação da saúde e prevenção das doenças, com a realização integrada das atividades preventivas e assistenciais para consolidação do Sistema Único de Saúde junto a esta população.

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT), é assinada e publicada em forma de Portaria Ministerial em 01 de dezembro⁹ de 2011, durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde, mesmo dia e mês em que o mundo se une entorno da luta contra a Aids, que na década de 80 também foi conhecida como “câncer gay”. Um mês antes, o Ministério da Saúde pactuou na Comissão Intergestora Tripartite (CIT), o Plano Operativo da PNSI LGBT para os anos 2012-2015 onde reforça o discurso de que a Política

apresenta os esforços das três esferas de governo e da sociedade civil organizada na promoção da saúde, na atenção e no cuidado em saúde, priorizando a redução das desigualdades por orientação sexual e identidade de gênero, assim como o combate à homofobia, lesbofobia e transfobia, e a discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde. É constituída por um conjunto de princípios éticos e políticos expressos em uma marca que reconhece os efeitos perversos sobre a saúde dos processos de discriminação e de exclusão. Suas diretrizes e objetivos estão, portanto, voltados para a promoção da equidade em saúde (Ministério da Saúde, 2011, p. 2-3).

⁸ O dia 17 de maio foi escolhido como Dia Internacional de Combate a Homofobia, pois neste mesmo dia em 1990 a Organização Mundial da Saúde retirou a homossexualidade da Classificação Internacional de Doenças (CID).

⁹ O dia 01 de dezembro foi transformado em Dia Mundial de Luta contra a Aids, pela Assembleia Mundial da Saúde, com o apoio da Organização das Nações Unidas.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A POPULAÇÃO LGBT

3.1 LINHA HISTÓRICA DE DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE LGBT

Com base nos levantamentos realizados na bibliografia de referência e nos documentos públicos disponíveis, foram mapeadas as bases e desmembramentos que possibilitaram, apenas em 2010, o lançamento da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Como já abordado anteriormente, as ações de saúde voltadas à população LGBT foram durante muito tempo relacionadas ao combate e à prevenção da epidemia de Aids. Em 1986 foi lançado o Programa Nacional de DST e Aids, hoje denominado Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (MELLO et al, 2011), programa que teve como um dos seus pontos de atuação a população homossexual, vistos como disseminadores potenciais do vírus causador da doença.

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, que garantiu a cidadania e a dignidade da pessoa humana (art. 1º), e se dispôs a promover o bem-estar de todos sem preconceitos (art. 3º), além de criar o Sistema Único de Saúde, instituindo a saúde como um direito de todos garantido pelo Estado (BRASIL, MS, 2010), vislumbrou-se que todos os cidadãos estariam protegidos e atendidos por uma política de saúde universal e integral, porém, o que se viu posteriormente foi a permanência do atrelamento da população LGBT à política de combate a Aids.

Este quadro permaneceu pelos anos seguintes até o ano de 2002, quando o Governo Federal lançou o Programa Nacional de Direitos Humanos 2, tido como um primeiro marco relativo a formulação de políticas públicas para LGBT, com cinco ações que contemplavam “orientação sexual” como uma dimensão da “garantia do direito à liberdade, opinião e expressão”, e dez ações relativas à “garantia do direito à igualdade” de LGBT. Entretanto, tais ações não chegaram a ser assumidas por nenhum órgão do poder público (MELLO et al, 2012b), recaindo a atenção a saúde LGBT mais uma vez relacionadas a política de Aids e apenas a ela.

Somente em 2004, durante o primeiro governo do Presidente Lula (2003-2006), a população LGBT passou a vislumbrar usufruir de políticas públicas para além das relacionadas à Aids. Para isso, foi instituído pelo Governo Federal um marco político, denominado Brasil Sem Homofobia – Programa de Combate a Violência e à Discriminação

contra Gays, Lésbicas, Transgêneros, e Bissexuais (GLTB¹⁰) e de Promoção da Cidadania Homossexual. Este programa é tido como o início da institucionalização das políticas públicas para a população LGBT (MELLO et al, 2012b).

Quando do advento do lançamento do Brasil Sem Homofobia, vários Ministérios, além do Departamento de Aids que na época era Programa Nacional de DST/Aids, se movimentaram pra institucionalizar de alguma forma a política LGBT. O Ministério da Saúde que já atuava muito fortemente com a questão da DST/Aids [...], ele não chegou a institucionalizar com portaria, mas ele tinha o Comitê de Saúde da população LGBT, que eu acho que antes dessa versão que se organiza dentro da DAGEP, ele era em parceria com o Departamento de Alta Complexidade, principalmente por causa das relações de cirurgia pras pessoas transexuais [...]. (Entrevista 11).

Neste mesmo ano de 2004, o Ministério da Saúde criou o Comitê Técnico de Saúde da População GLTB, com vista à construção de uma política específica para o SUS (BRASIL, 2010), além de divulgar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, reconhecendo a necessidade de atenção, no atendimento à saúde, as particularidades de diferentes segmentos de mulheres, inclusive lésbicas e mulheres bissexuais (MELLO et al, 2011).

Em 2006 o Conselho Nacional de Saúde passou a contar em sua composição com a representação LGBT (BRASIL, MS, 2010), e o Ministério da Saúde lançou a Carta do Usuário do SUS que, entre outras ações, garante o princípio do atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação e abre caminho para o uso do pré-nome social (BRASIL, MS Port. 675, 2006), ação que influi diretamente no atendimento e acolhimento dos homossexuais, em especial aos travestis e transexuais.

O desdobramento dos passos anteriores, aliado ao ainda forte estigma da Aids, fez com que em 2007 o Ministério da Saúde lançasse o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, que contempla iniciativas para mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais e o Plano de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre a população de Gays, Homens que fazem Sexo com outros Homens e Travestis (MELLO et al, 2012b). Neste mesmo ano, realizou-se o Seminário Nacional de Saúde da População GLBTT na Construção do SUS, encampado pelo Comitê Técnico de Saúde da população GLBT e pelo Movimento Social, buscando debater as questões da saúde da população LGBT.

¹⁰ É importante frisar que ao longo dos anos diversas siglas foram utilizadas para denominar a parcela homossexual da sociedade. Ao longo deste trabalho as utilizaremos conforme aparecem em cada documento, antes da formalização da utilização da sigla LGBT, tomada pela plenária final da I Conferência Nacional LGBT, em junho de 2008.

A I Conferência Nacional LGBT foi realizada em junho de 2008, em Brasília-DF, com o tema Direitos Humanos e Políticas Públicas: o caminho para garantir a cidadania de LGBT (MELLO et al, 2012b), além do fato histórico mundial que a conferência representou, um dos pontos altos foi a abertura realizada pelo então Presidente Luis Inácio Lula da Silva que, em sua fala de abertura, fez questão de frisar as recomendações contrárias que recebeu de assessores e políticos próximos a ele para que não comparecesse a Conferência. Porém, o Presidente sabia que sua presença demonstraria abertamente o envolvimento de seu governo com o tema e a necessidade de se ampliar a atuação pública para além das políticas de combate a Aids.

Em 2008, o Ministério da Saúde colocou em Consulta Pública a PNSI LGBT (BRASIL, MS, 2010), e publicou as Portarias MS nº 1.707 e 457 instituindo e regulamentando o processo transexualizador no âmbito do SUS - (MELLO et al, 2012b), visando garantir as mulheres transexuais, o tratamento adequado no sistema público de saúde para o processo transexualizador, e credenciando os hospitais com expertise ambulatorial e cirúrgica habilitados para este procedimento.

[...] na primeira portaria, a de 2008, era possível habilitar só serviço hospitalar, em hospital universitário, né. E, enfim, era uma portaria mais pra habilitar o serviço pra atendimento, não tinha uma concepção assim de, de articulação com a rede de saúde como um todo, pra que as pessoas fossem atendidas e acolhidas desde a atenção básica até a especializada, é, uma preocupação com a integralidade da atenção, não tinha isso na, na portaria de 2008. (Entrevista 04).

Quadro 4: Relação dos Serviços com expertise, habilitados para a realização dos procedimentos do Processo Transexualizador em 2008.

Hospital	Universidade	Cidade/Estado
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Porto Alegre/RS
Hospital Universitário Pedro Ernesto	Universidade Estadual do Rio de Janeiro	Rio de Janeiro/RJ
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – Instituto de Psiquiatria	Universidade de São Paulo	São Paulo/SP
Hospital das Clínicas da UFG	Universidade Federal de Goiás	Goiânia/GO

Fonte: Anexo IV Portaria 457/2008, com adaptação.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde, também realizada em novembro de 2008 em Brasília-DF, incluiu em seu relatório final a orientação sexual e a identidade de gênero na análise da determinação social da saúde (BRASIL, MS Port. 2.836, 2011b). No mesmo ano, o Ministério da Saúde lançou o Programa Mais Saúde – Direito de Todos – com o objetivo de reorientar as políticas de saúde, e promoção de ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde, inclusive para a população LGBT (BRASIL, MS, 2010).

Em 2009, o Ministério da Saúde ao instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, inclui as especificidades de homens gays, bissexuais, transexuais e travestis (BRASIL, MS Portaria 1.944, 2009) e

publica a versão preliminar do Caderno de Atenção Básica nº 26 – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, que trata do tema da orientação sexual e identidade de gênero, com o objetivo de instrumentalizar os profissionais da saúde para o atendimento da população (BRASIL, MS, 2011).

Considerando o princípio da equidade, a violência e a discriminação contra pessoas LGBT, e a proposição pelo Ministério da Saúde da PNSI LGBT, colocada em consulta pública no ano anterior pelo Ministério da Saúde, o CNS instituiu, em fevereiro de 2009, a Comissão Intersetorial de Saúde da População LGBT (CISPLGBT), e indicou para sua coordenação a Liga Brasileira de Lésbicas, que era representada pela conselheira titular Carmem Lucia Luiz, representante do segmento LGBT no CNS.

A Carmem inaugurou né, criou a Comissão Intersetorial de Saúde da população LGBT dentro do Conselho Nacional de Saúde. Então passou a ter uma comissão permanente sobre saúde LGBT dentro do Conselho Nacional de Saúde, e nesse momento né, a Comissão foi criada em fevereiro de 2009, e a principal tarefa né, a prioridade da Comissão foi colocar pra aprovação a proposta de Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, isso aconteceu em novembro de 2009 né, a Comissão apresentou a proposta de política, o Conselho debateu e aprovou, em novembro de 2009, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. (Entrevista 12).

Ainda em 2009 o Governo Brasileiro, através da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, lança o Programa Nacional de Direitos Humanos 3, que inclui ações voltadas à população LGBT (MELLO et al, 2012b). No mesmo ano, o Conselho Nacional de Saúde aprova a PNSI LGBT, abrindo espaço para sua implantação no SUS (MELLO et al, 2012b), e o Governo Federal divulga o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT, da Secretaria Especial de Direitos Humanos (MELLO et al, 2012b).

No ano seguinte, em 2010, o Ministério da Saúde publica a versão final do Caderno de Atenção Básica nº 26 – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, que trata do tema da orientação sexual e identidade de gênero, como uma ferramenta para os profissionais da saúde para o atendimento da população (BRASIL, MS, 2011). Neste mesmo ano, seguem-se diversas ações como a publicação da Portaria nº 233, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão que autoriza o uso do nome social de travestis e transexuais aos servidores públicos da União, medida já utilizada por diversos estados e municípios; a implantação do Conselho Nacional de Combate a Discriminação e Promoção dos Direitos LGBT; e a criação da Coordenadoria Nacional de Promoção dos Direitos Humanos LGBT, no âmbito da Secretária Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (MELLO et al, 2012b).

Porém, o ponto alto do ano de 2010 para a população LGBT foi a divulgação, pelo Ministério da Saúde, da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSI LGBT), aprovada no ano anterior pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, MS, 2010), mas ainda carente de pactuação na CIT e portaria específica para, assim, passar a contemplar a população LGBT para além da Aids, no cuidado e atenção a saúde, reconhecendo os anos de atraso e a necessidade em diversas frentes na área da saúde, para garantir a equidade no SUS.

Em 2011, já sobre a gerência da Presidente Dilma Rousseff, o Ministério da Saúde publicou a Portaria MS 2.979 de transferência de recursos para Estados e o Distrito Federal, com o objetivo de qualificar a Gestão do SUS, e implantar e fortalecer a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (ParticipaSUS), atendendo a necessidade de financiamento a diversas políticas de equidade, anteriormente carentes ou ausentes no que concerne ao recursos para sua implementação como indígenas, quilombolas, população de rua, LGBT, entre outros (BRASIL, MS, Portaria MS 2.979, 2011d).

Ainda em 2011, o Ministério da Saúde incluiu na Ficha de Notificação, Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências, integrante do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), quesitos sensíveis à Diversidade Sexual (BRASIL, MS, Plano Operacional, 2011) visando garantir o registro da violência no atendimento da população LGBT, além de redefinir o Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT (BRASIL, MS, Portaria MS 2.837, 2011e).

Em novembro de 2011, em meio a uma crise política e institucional que levou a queda do Ministro da Casa Civil Antônio Palocci, e visando garantir o apoio político no congresso da bancada evangélica, a Presidente Dilma Rousseff ordena o cancelamento da preparação, produção e divulgação do Kit de combate à homofobia nas escolas, realizado pelo Ministério da Educação, em parceria com a Sociedade Civil e já aprovado e elogiado pela ONU e outras organizações internacionais. Como moeda de troca para o apoio ao governo, a bancada evangélica exigiu o fim do que eles denominaram de “Kit Gay”, alegando que se tratava de um incentivo a “transformação” de crianças em homossexuais.

Em outra frente, o Ministério da Saúde divulgou o Plano Operacional da PNSI LGBT com o objetivo de apresentar as estratégias para implementação do Plano Pluri Anual na gestão federal, estadual e municipal para os anos 2012/2015, pactuado em novembro deste ano na CIT. Logo em seguida, durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde, o Ministro da Saúde assina e publica, em 01 de dezembro de 2011, a Portaria MS nº 2.836, instituindo no âmbito do SUS a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (BRASIL, MS Port. 2.836, 2011b), e redefinindo o Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT, que passou a ter entre suas

funções o acompanhamento e monitoramento da implementação da PNSI LGBT (BRASIL, MS, Portaria MS 2.837, 2011e).

Neste mesmo ano o Governo Federal realizou entre 15 e 18 de dezembro, a II Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos LGBT, com o tema: "Por um país livre da pobreza e da discriminação, promovendo a cidadania de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais" (BRASIL, SEDH, 2011c) e o Supremo Tribunal Federal aprovou por unanimidade o reconhecimento das relações homoafetivas como entidades familiares e a equiparação da união estável estendendo seu direito aos homossexuais (MELLO et al, 2012b), o que permitiu posteriormente a conversão das Uniões Estáveis homoafetivas em Casamentos Cíveis, conforme determinação do Conselho Nacional de Justiça. No âmbito internacional, a Comissão de Direitos Humanos da ONU publicou em 2011 a Resolução nº 17 intitulado "Direitos Humanos, orientação sexual e identidade de gênero" (MELLO et al, 2012b) visando ampliar os direitos civis da população LGBT no mundo.

O ano de 2012 foi um ano de organização para que as ações do Plano Operativo da PNSI LGBT pudessem ser implementadas. Foram organizadas ações de fortalecimento tanto do Movimento Social, quanto de gestões estaduais e municipais de saúde para a implementação da PNSI LGBT. Em junho de 2013, o Ministério da Saúde publicou uma nova portaria, nº 859, ampliando o acesso ao processo transexualizador no SUS e seus procedimentos, porém,

suspendeu ela no dia seguinte [...], a justificativa que a gente encontra nos registros é de que, [o Ministério da Saúde] suspendeu a portaria até que fossem elaborados e publicados, enfim, os protocolos, né, principalmente o protocolo de hormonioterapia, enfim, protocolos de atendimento. Essa é a justificativa que a gente encontra nos registros. (Entrevista 04), grifo nosso.

No mês de novembro, e após decisão judicial transitada em julgado de Ação Civil Pública que obrigou o Ministério da Saúde a cumprir integralmente os procedimentos médicos para garantir a cirurgia de transgenitalização no Processo Transexualizador no SUS, o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 2.803 que "Redefine e amplia o processo Transexualizador" no SUS, visando ampliar a rede de atendimento para travestis e transexuais; atualizar o processo de habilitação dos serviços que prestam assistência aos usuários (as) com demanda para o Processo Transexualizador; padronizar os critérios de indicação para a realização dos procedimentos previstos no Processo Transexualizador, incluindo a demanda dos transexuais masculinos; entre outros (BRASIL, MS, Portaria 2803, 2013b).

Ainda em novembro de 2013, o Ministério da Saúde publicou a portaria 2.712 que redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, que entre outras ações redefine os procedimentos de doação de sangue no Brasil, passando a garantir o acolhimento isento de manifestação de juízo de valor, demanda histórica do Movimento LGBT, conforme o §3º do Art. 2º transcrito abaixo.

§ 3º Os serviços de hemoterapia promoverão a melhoria da atenção e acolhimento aos candidatos à doação, realizando a triagem clínica com vistas à segurança do receptor, porém com isenção de manifestações de juízo de valor, preconceito e discriminação por orientação sexual, identidade de gênero, hábitos de vida, atividade profissional, condição socioeconômica, cor ou etnia, dentre outras, sem prejuízo à segurança do receptor. (BRASIL, MS, Portaria 2.712, 2013c).

Esta mesma portaria, no Art. 64, apresenta dubialidade com relação aos critérios para considerar um candidato inapto, mesmo que temporariamente, a doação de sangue caso ele tenha sido exposto, no período de 12 meses, a algumas situações, dentre elas encontram-se no “IV - homens que tiveram relações sexuais com outros homens e/ou as parceiras sexuais destes;” ou seja, este item acaba por excluir homossexuais masculinos com vida sexual ativa, mesmo que com parceiro único e fixo, além de bissexuais masculinos, e homens que fazem sexo com outros homens (HSH, porém, não são homossexuais ou bissexuais).

Ressalta-se aqui o conflito presente nesta portaria, onde em um artigo garante-se ao candidato à doação o acolhimento isento de discriminação por Orientação Sexual, e em outro artigo exclui deliberadamente homossexuais com vida sexual ativa, mesmo que este esteja em um relacionamento estável com parceiro único e fixo.

Faz-se importante frisar o caráter discriminatório do item citado, uma vez que o intuito do mesmo é evitar homossexuais masculinos com vida sexual ativa como doadores de sangue, caso contrário, o item II do mesmo artigo 64 seria suficiente, pois apresenta redação abrangente e igualitária a todas as Orientações Sexuais, ao tornar inapto temporariamente o candidato que nos últimos 12 meses “tenha feito sexo com um ou mais parceiros ocasionais ou desconhecidos ou seus respectivos parceiros sexuais”, independente deste candidato ser heterossexual, homossexual, ou bissexual.

Ainda em novembro do mesmo ano, a nova portaria do ParticipaSUS foi publicada, instituindo incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para implementação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (Brasil, MS, Portaria nº 2.807, 2013).

Os diversos momentos históricos relacionados à construção e o desenvolvimento de uma política pública voltada à comunidade LGBT estão sumarizados na figura 1.

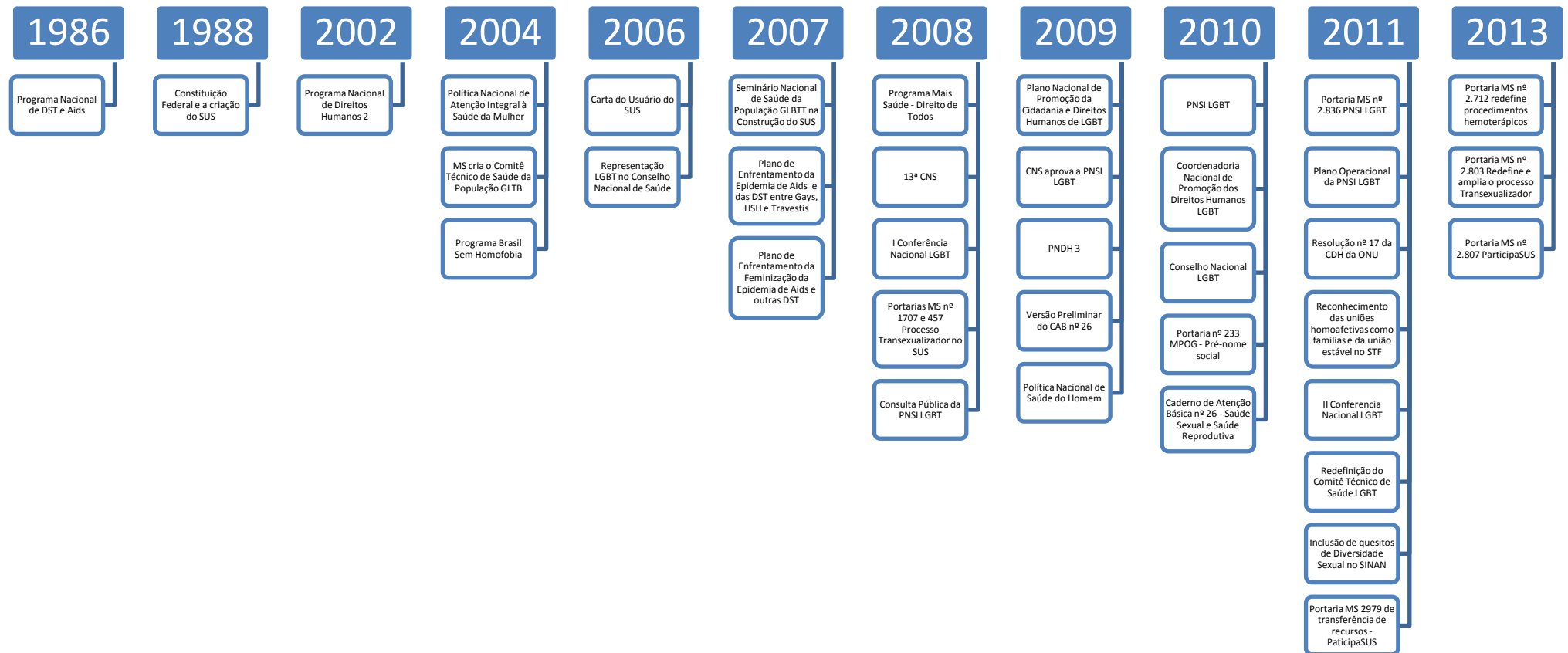


Figura 1: Linha histórica da política pública de Saúde para a comunidade LGBT.

3.2 CONTEXTOS INTERNOS DO COTIDIANO DA POLÍTICA

3.2.1 Perfil profissional dos entrevistados

Com relação à análise das respostas do Roteiro de Entrevista, observa-se que todos os servidores entrevistados possuem formação de nível superior, distribuídos em diferentes profissões (Gráfico 01). Dos 13 entrevistados, cinco possuem especialização (sendo três do DAGEP, e dois do CT/GTI); seis possuem mestrado (quatro do DAGEP, e dois do CT/GTI), e uma é doutoranda (CT/GTI, área não informada). Essas informações, quando comparadas, compreendem uma formação em diferentes áreas do campo da saúde, e ao analisá-las percebemos que a formação inicial, na graduação, é diferenciada em diversas áreas, o que demonstra uma atuação interdisciplinar, e multissetorial dos profissionais que atuam na PNSI LGBT. Entre os entrevistados encontramos as seguintes formações:

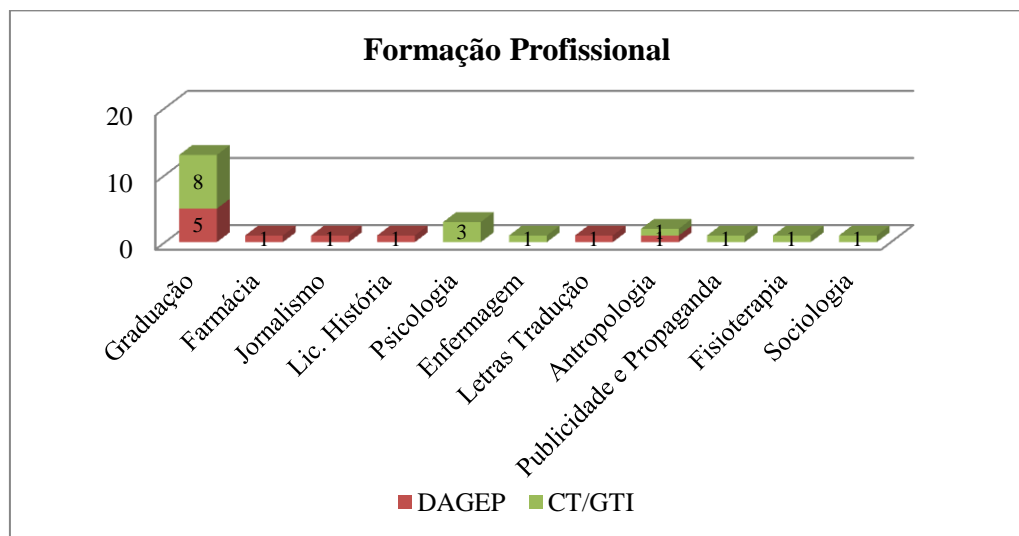


Gráfico 1: Formação dos Servidores entrevistados

Após a graduação esses profissionais vão especializando-se na área da saúde, buscando cursos de pós-graduação nesta área, seja na Especialização ou no Mestrado. As pós-graduações apresentam reforçam a percepção anterior de um afunilamento nas áreas da saúde, como demonstrado nas tabelas abaixo, onde na Tabela 2 estão apresentadas as formações em nível de Especialização, divididos em dois grupos, um grupo com servidores do DAGEP e outro com servidores do Comitê Técnico LGBT e do GTI (CT/GTI).

Tabela 2: Profissionais com Especialização.

DAGEP	Especialização	CT/GTI	Especialização
1	Bioética; e em Educação em Saúde	1	Saúde Pública; Vigilância Sanitária
1	Gestão Pública em Gênero e Raça	1	Programas e Projetos Sociais
1	Ensino de História		

Na Tabela 3, encontram-se as formações no nível de Mestrado com a mesma divisão por grupo.

Tabela 3: Profissionais com Mestrado

DAGEP	Mestrado	CT/GTI	Mestrado
1	Saúde Pública/Coletiva	1	Saúde Pública/Coletiva
1	Sociologia	1	Ciências da Saúde
1	Psicologia e Práticas Sócio Culturais		
1	Antropologia Médica e Saúde Internacional		

Com relação ao vínculo (Gráfico 2), há uma predominância de profissionais comissionados ou com assessoria técnica em cargos de Direção e Assessoramento Superior (DAS), o que indica que muitos profissionais não possuem estabilidade, e que a qualquer momento podem sair da área onde trabalham, ou por estarem em um cargo de direção (e os cargos de direção mudam conforme a demanda do gestor), ou por estarem em uma assessoria técnica em determinado setor/área que pode mudar conforme o Governo.

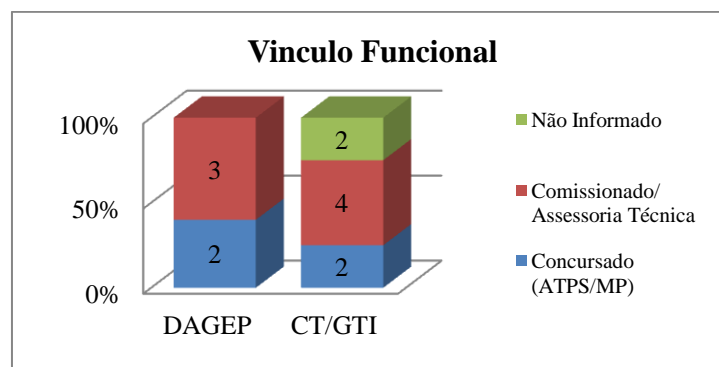


Gráfico 2: Vínculo Funcional dos Servidores Entrevistados

Mais a frente na análise das entrevistas, perceberemos que essa instabilidade refletirá um desconhecimento do histórico da PNSI LGBT. Hoje, dos quatro profissionais que são concursados, dois são do DAGEP e dois são do CT/GTI, sendo que todos esses profissionais entraram no serviço público no último concurso realizado pelo Ministério do Planejamento para o cargo de Analistas Técnicos de Políticas Sociais (ATPS), realizado no ano de 2012, com entrada em 2013.

Ou seja, os profissionais com ou sem estabilidade, que estão trabalhando com a PNSI LGBT, não trabalharam com a construção da Política no início dela, havendo uma mudança de 100% do quadro. Dos 13 profissionais entrevistados, nenhum estava presente no início da estruturação das políticas de saúde para a população LGBT em 2004, e só passaram a incorporar diretamente os debates relacionados à construção da PNSI LGBT em 2006 e 2008. Majoritariamente a partir de 2011, com a mudança de Governo, eles assumiram esses papéis que estão exercendo.

Essa falta de relação com a política provoca uma perda da memória profissional de sua construção, não havendo um registro fidedigno do histórico, o que também resultará em um desconhecimento do histórico, como poderá ser visto mais a seguir. Em outra frente, esta mesma mudança possibilitou a oxigenação das ideias e a tomada de novos caminhos, e novas parcerias, que propiciaram os desdobramentos frutíferos posteriores.

Com relação à trajetória e origem dos profissionais entrevistados, pode-se perceber uma predominância dos entrevistados que vieram do serviço público, ou seja, de experiências anteriores no serviço público. Dos 13 entrevistados, 11 passaram pelo serviço público em diferentes áreas. Com relação ao Movimento Social, três entrevistados do DAGEP passaram por essa experiência, já quatro dos oito entrevistados do CT/GTI tiveram atuação anterior no Movimento Social. Apenas três entrevistados destacaram sua origem na experiência anterior na Academia.

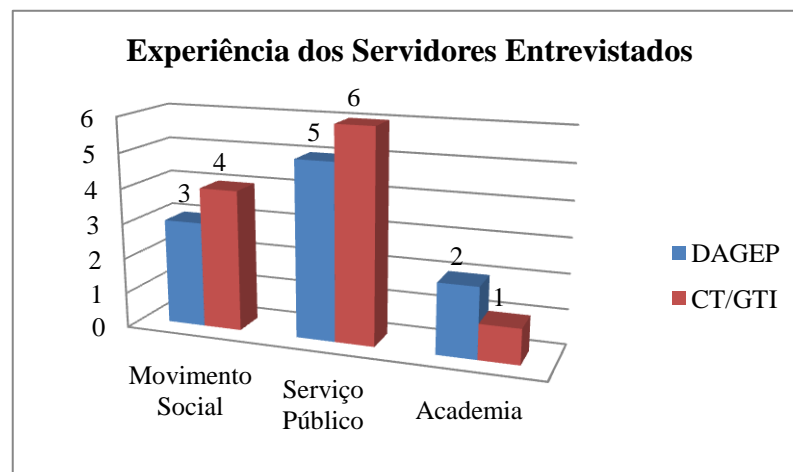


Gráfico3: Experiências anteriores dos Servidores Entrevistados.

Com relação à trajetória anterior pelo Serviço público, as citações relatadas relacionavam-se tanto às experiências profissionais no Governo Federal (Ministério da Saúde, Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria de Políticas para as Mulheres, Ministério do Desenvolvimento Social), quanto à experiência na Câmara Legislativa.

Tabela 4: Áreas de Experiência Profissional / Citação

Áreas no Serviço Público	DAGEP	CT/GTI
Governo Federal (MS, SPM, SDH, ou MDS)	3	4
Comissão DH Câmara Legislativa	1	0
Sec. Est./Dist./Mun. Saúde ¹¹	2	2
CNS/CONASS/ CONASEMS	1	2
Inkra	1	0
Educação	0	1

Com relação às experiências profissionais na área da saúde, foram citadas experiências nas Secretarias de Saúde, dos governos estaduais, Distrital e municipais, desde assistência à saúde mental, passando por hanseníase, DST/Aids, vigilância, e epidemiologia, demonstrando várias áreas relacionadas a saúde na experiência desses profissionais, como demonstrado a seguir.

Tabela 5: Experiência Profissional na área da Saúde / Citação

Sec. Est./Dist./Mun. Saúde	DAGEP	CT/GTI
Gestão	2	2
SAS	1	0
SVS	2	0
DST/Aids	3	0
Hanseníase	1	0
Saúde Mental	1	2
C&T	1	1
Assistência	0	2
Saúde do Trabalhador	0	1
Saúde da Família	0	1
Vig. Sanitária	0	1
Vig. Epidemiológica	0	1
Ed. Permanente	0	1
Saúde da Mulher	1	0
Criança e Adolescente	0	2
Pop. Tradicionais	0	1
Saúde Sist. Prisional	0	1

Com relação à Academia, apenas três entrevistados citaram sua passagem por ela, sendo um do DAGEP em cargo de direção, e dois (um do DAGEP e outro do CT/GTI) como discentes.

¹¹ A citação se referiu à Secretaria de Saúde, não à área. As citações à área estão na Tabela 5.

Sete profissionais passaram pelo Movimento Social antes de entrarem no serviço público, com atuação na PNSI LGBT, sendo três entrevistados do DAGEP, e quatro entrevistados do CT/GTI, de um total de cinco e oito entrevistados respectivamente. Entre os Movimentos Sociais que os servidores entrevistados atuaram, há a predominância nas áreas do movimento LGBT e feminista. Além desses movimentos há citação de experiências em outros, como da população negra, conferências e conselhos de saúde, criança e adolescente, movimento operário sindical, porém, todas tangenciam a atuação relacionada à saúde, feminista ou LGBT, sendo essas as três áreas detectadas predominantes.

Tabela 6: Áreas de Atuação no Movimento Social / Citação

Movimento Social	DAGEP	CT/GTI
Feminista	2	2
LGBT	2	3
Estudantil	1	0
Pop. Negra/ Quilombola	2	0
Saúde Escolar	1	0
Saúde e Violência	1	0
Conselho LGBT	0	1
GT Seg. Pública e Combate a Homofobia	0	1
Conferência de Saúde	1	1
Conselho de Saúde	2	1
Conselho da Mulher	1	0
Agroecologia	1	0
Criança e Adolescente	0	1
Indígena	0	1
Operário Sindical	0	1

No que tange a relação dos entrevistados com a PNSI LGBT, buscamos identificar quais as relações que esses profissionais possuem com a Política. As relações citadas majoritariamente pelos entrevistados oriundos do Comitê Técnico LGBT ou do GTI são diferenciadas, sendo a maioria delas relacionada com a representação da área, ou do titular da área, a qual os entrevistados estão trabalhando, onde estão exercendo sua função. Esta situação se difere com relação aos profissionais do DAGEP, que possuem uma relação mais executiva com a política, mais prática, das ações setoriais a serem executadas.

Tabela 7: Relação dos Profissionais Entrevistados com a PNSI LGBT

Relação com a PNSI-LGBT / Citação	DAGEP	CT/GTI
Participação em ações e eventos	3	0
Coordenação da Política	1	0
Ouvidoria itinerante do SUS	1	0
Mulheres lésbicas e bissexuais	1	0
Homens gays e bissexuais	1	0
Saúde Trans (travestis e transexuais)	1	3
Representação do Titular/Área (Coordenador/Diretor)	1	6
Acompanha/acompanhou a implementação da Política	1	1
Pesquisa da População LGBT	0	1
Relação com municípios	0	1

As citações dos entrevistados do DAGEP se dividem por áreas diferentes, entre elas as ações relacionadas à ouvidoria do SUS, coordenação da Política, políticas para as mulheres lésbicas e bissexuais, ações para homens gays e bissexuais, saúde Trans (envolvendo políticas para travestis e transexuais), inclusive relacionadas ao processo transexualizador, demonstrando ações para nichos diferenciados. Essa diferenciação na atuação do corpo técnico do DAGEP, como será abordado em outra questão, ainda é insuficiente para a demanda, uma vez que são cinco pessoas (uma coordenação e quatro técnicos), pra atuar nos cinco segmentos LGBT, nos 27 estados do Brasil, incluindo o Distrito Federal, e nos 5.570 municípios, evidenciando então uma demanda muito grande de ação pra um corpo funcional muito pequeno.

[...] aqui dentro do Ministério eu vejo que poderia melhorar né, ampliar, porque a gente realmente tem muita demanda, e pra dar resposta a isso a gente teria que ter uma equipe maior, e a gente vê que acaba não podendo dar o máximo da gente por tá atendendo a essas diversas demandas né. (Entrevista 07).

Já com relação às citações dos profissionais entrevistados que compõem o Comitê Técnico e/ou o GTI, identificamos que esses profissionais, por virem de diferentes áreas, em sua maioria possuem uma relação de representação com a Política, ou seja, atuam como “ponte” das demandas entre as áreas que atuam e a PNSI LGBT dentro do Comitê Técnico LGBT e/ou GTI, e dentro de suas áreas. Outra relação citada nas entrevistas diz respeito às ações de saúde relacionadas à população de travestis e transexuais, com destaque para o processo transexualizador.

Neste ponto, cabe resaltar que a construção da política de saúde direcionada para a população de travestis e transexuais foi proposta anteriormente à PNSI LGBT, e capitaneada pela portaria do processo transexualizador de 2008 (Portaria MS nº 1.707/2008), e reestruturada em 2013 (Portaria MS nº 2.803/2013), representando um avanço ao que estava

em pauta na discussão sobre saúde LGBT, principalmente no debate sobre a inclusão de travestis e transexuais na política nacional de saúde do Brasil, o SUS.

Apesar das políticas, instituídas pelas portarias do processo transexualizador e da PNSI LGBT, serem complementares, as ações de saúde para travestis e transexuais estão melhor estruturadas executivamente do que a PNSI LGBT, pois configuraram-se como uma opção para atuação das forças existentes. A diferença é que o corpo executor das ações relacionadas com a saúde Trans é muito menor que a pretensão proposta pela PNSI LGBT, que se propõe a ser uma política transversal em todo o Sistema Único de Saúde, o que significa que todos os equipamentos do SUS, os hospitais, maternidades, laboratórios, ambulatórios, saúde da família, UPAs, postos de saúde e todos os demais equipamentos que fazem parte do Sistema SUS, trabalham com a Política de Saúde LGBT, pois ela é uma política de acolhimento, de humanização, de orientação, então atinge esses equipamentos de uma forma diferenciada.

Quadro 5: Relação dos Serviços habilitados para a realização dos procedimentos do Processo Transexualizador em 2015.

Hospital	Universidade	Cidade/Estado	Ano de Habilitação ¹²
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Porto Alegre/RS	2008
Hospital Universitário Pedro Ernesto	Universidade Estadual do Rio de Janeiro	Rio de Janeiro/RJ	2008
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – Instituto de Psiquiatria	Universidade de São Paulo	São Paulo/SP	2008
Hospital das Clínicas da UFG	Universidade Federal de Goiás	Goiânia/GO	2008
Hospital das Clínicas	Universidade Federal de Pernambuco	Recife/PE	2013

Fonte: CGMAC/DAET/SAS.

Conforme levantamento dos dados fornecidos pelo DAGEP e pela Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade do Ministério da Saúde com relação aos hospitais e ambulatórios existentes hoje no Brasil, percebe-se um cenário de apenas cinco hospitais credenciados até o mês de abril de 2015, sendo quatro deles ainda pela Portaria de 2008, estando habilitados para realizar os procedimentos ambulatoriais pré e pós-operatório e os procedimentos cirúrgicos relacionados ao processo transexualizador, o que é muito pouco para a demanda existente. Existem ainda aproximadamente cinco serviços que realizam apenas os procedimentos ambulatoriais e o acompanhamento pré e pós-operatório, embora ainda não habilitados pelo Ministério da Saúde, impossibilitando assim o financiamento federal pelos serviços realizados.

¹² Os serviços habilitados no ano de 2008 ainda estão em processo de adequação à Portaria MS 2.803/2013, e tiveram prorrogados os prazos de adequação pela Portaria MS nº 2.736/2014.

[...] habilitar significa, na medida que vem o processo pra gente, que atende as normas da portaria, habilitar significa que ele pode faturar aqueles procedimentos que estão na portaria. [...] Mas, não significa que tenha que estar habilitado pra funcionar, que às vezes o próprio gestor local, financia e implanta o serviço. Então, já tem ambulatório como na Paraíba funcionando, [...] no caso de São Paulo, por exemplo, tem o Hospital das Clínicas que é habilitado, mas [...] eles tem lá um ambulatório de transexuais e travestis, dentro do CRT lá, que é o Centro de Referência de DST/Aids lá, é, que faz essa parte ambulatorial, [...] então, tem ambulatórios, sendo montados em vários lugares. Mato Grosso também, Mato Grosso do Sul também tá, se mobilizando nesse sentido, Espírito Santo também [...] tá chamando a gente pra ir lá discutir com eles a implantação do serviço lá no Hospital Universitário. [...] esses locais que, estão surgindo serviços novos, é porque também tem uma discussão, né, do movimento com a gestão local, geralmente também tem uma participação do movimento nesse sentido. (Entrevista 04).

3.2.2 Contexto de preparação e construção da PNSI LGBT

Com relação ao surgimento de um espaço institucional para debater ações de saúde voltada para a população LGBT, somos remetidos à criação do Comitê Técnico LGBT em 2004, porém, e apesar de haver a compreensão da importância que teve a criação deste Comitê, ao analisarmos o que os entrevistados saberiam informar com relação ao surgimento do primeiro Comitê Técnico LGBT, é marcante ver, através da análise das respostas dos profissionais entrevistados do grupo que compõe o Comitê Técnico LGBT e o GTI (CT/GTI), que eles majoritariamente não sabem informar como se deu a origem desse Comitê Técnico.

Dos oito entrevistados do CT/GTI, cinco “não sabem informar” sobre como se deu o surgimento deste Comitê. As demais respostas somam-se a diversidade de informações encontradas com as respostas dos entrevistados do DAGEP, o que é compreensível se levarmos em consideração que nenhum dos 13 entrevistados participou da primeira formação do Comitê Técnico LGBT em 2004.

Três entrevistados, dois do DAGEP e um do CT/GTI, informaram que o Comitê surgiu para “construir” a Política. Dois entrevistados informaram que inicialmente a Sociedade Civil não fazia parte da composição deste Comitê, informação citada por um entrevistado do DAGEP e outro do CT/GTI. Porém, o que chama atenção entre as respostas dos entrevistados é a citação por dois deles (um do DAGEP e outro do CT/GTI) da “existência do marco legal”, o Brasil Sem Homofobia, como oriundo da criação do Comitê Técnico LGBT.

É importante lembrar que o Brasil Sem Homofobia foi um documento governamental divulgado em 2004, porém, não se configura enquanto um documento legal, uma portaria, ou um documento normativo, e sim como uma carta de intenções do Governo Federal, da

Presidência propriamente dita, de qual era o desejo do Governo para a ação com relação à população LGBT.

A partir desta carta de intenções os Ministérios e as Secretarias passaram a formular ações para incorporar a população LGBT nas ações e políticas que já desenvolviam anteriormente. Até esse momento, a população LGBT era encarada como integrante do "bolo" do atendimento, ou seja, na percepção do atendimento nos serviços públicos, a população LGBT era atendida, uma vez que, dentro do quantitativo de atendidos, teoricamente existiam todos os segmentos da população.

Se algum segmento ficasse de fora desse atendimento ou é sub-atendido, essa falha não decorria do serviço, mas sim do indivíduo que não “acertou” a porta de entrada para o atendimento. Com o Brasil Sem Homofobia, os gestores federais passaram a ter a "obrigatoriedade" de quando pensarem uma ação ou política, também pensarem em como essa população será incluída.

Cinco entrevistados (três do DAGEP e dois do CT/GTI) citaram a "luta ou demanda do Movimento Social" como importante para a criação do Comitê Técnico LGBT, inclusive para se ampliar o debate da saúde LGBT para além da Aids, como citado por dois entrevistados, um do DAGEP e outro do CT/GTI.

Esse surgimento do Comitê, ele nasce de toda uma trajetória de luta, do movimento social LGBT, por conta de que, todas as demandas da saúde dessa população, estavam sempre sendo direcionadas para a política de Aids e outras DSTs. E, o movimento começou a discutir, a pautar o Ministério da Saúde, que precisava de um diálogo com outros setores do Ministério, com outros setores do SUS, com outras áreas técnicas do SUS, que a população LGBT não era apenas portadores de doenças sexualmente transmissíveis. Então, é, cria-se um grupo de trabalho que dá origem ao primeiro Comitê, Nacional de Saúde da população LGBT, que tem a função de tentar escrever essa política nacional, e depois dar continuidade a implementação dessa política. (Entrevista 03).

Apesar da importância merecida dada a luta do Movimento Social, travada durante anos, também é importante ressaltar que houve mudanças dentro do próprio governo, quando ainda no primeiro Governo Lula (2003-2006) houve a incorporação, para os quadros de gestão do governo, de lideranças e militantes do Movimento Social que assumiram cargos de gestão estratégica para a implementação de políticas públicas. Essa incorporação levou para dentro do governo demandas e bandeiras antes assumidas pela militância, o que acabou resultando em uma construção de defesa e demanda interna destas questões dentro do próprio governo.

É importante dizer que a postura da gestão naquele momento, também foi relevante para a execução das ações que levaram à PNSI LGBT e sua atuação em todo o Brasil. Apenas um entrevistado, do DAGEP, citou "o reconhecimento da demanda pelo Ministério da Saúde"

como importante para a criação do Comitê Técnico LGBT em 2004, o que merece destaque, pois, o reconhecimento por parte do Ministério da Saúde da necessidade de se atender a essa demanda e abrir essa porta de diálogo foi fundamental para os desdobramentos da Política.

Também foi citado por quatro entrevistados, dois do DAGEP e dois do CT/GTI, a importância do Comitê Técnico como "um espaço de escuta das demandas e assessoria do Ministério da Saúde", que alinhando a citação sobre o "reconhecimento" dado pelo Ministério da Saúde, teremos cinco citações relacionadas à relevância dada pelo Ministério da Saúde ao debate sobre a saúde LGBT, considerando importante e merecedora de um espaço aprimorado de escuta e assessoria para suas demandas.

[...] o Comitê surge como uma necessidade da gente discutir para além da caixinha fechada da DST/Aids né? Da gente discutir saúde como um processo de saúde como um todo e que precisa entender as especificidades de saúde e de quem usa os serviços de saúde para além da relação heteronormativa né? E para além da relação de gênero, sem reconhecer as identidades de gênero, por exemplo. E também, porque mesmo com o avanço do LGBT ter uma cadeira no Conselho de Saúde, porque ali se discute políticas mais ampliadas né, mais genéricas, e nem sempre se consegue pautar algo mais específico, daí a necessidade de um Comitê Técnico era de ter um espaço dentro do Ministério da Saúde que se conseguisse debater o acesso dessa população a todos os serviços de saúde. (Entrevista 09).

Três entrevistados, um do DAGEP e dois do CT/GTI, informaram que "por um tempo" o Comitê Técnico não funcionou, referindo-se ao período entre o ano de 2006 até sua reativação em 2011. Para compreendermos este contexto é necessário observarmos que o Comitê criado em 2004 possuía um período de dois anos para sua atividade, e posterior a este período, mesmo ainda em atividade, não houve renovação da sua portaria de criação. Neste mesmo ano de 2006, o CNS abriu espaço para a representação da População LGBT, e em 2009 a CISPLGBT foi criada, e teve como sua principal atuação a avaliação da PNSI LGBT, suprimindo dessa forma a vacância na representação anteriormente exercida pelo Comitê Técnico LGBT de 2004.

Eu não sabia que ele tinha surgido em 2004, porque ele teve desativado né? E aí quando o CNS cria né, aprova, uma cadeira pro Movimento LGBT, talvez a atuação da Conselheira no Conselho Nacional de Saúde tenha suprimido esse debate né, da Política de Saúde LGBT, dentro do Conselho Nacional de Saúde que tem, digamos, incidência no Ministério da Saúde. Então, isso aconteceu em 2006, eu não tinha conhecimento que esse Comitê, funcionava né, [...] então de 2006 até dezembro de 2011 a atuação, tanto da cadeira de Conselheiro, quanto da Comissão de Saúde LGBT que foi criada em fevereiro de 2009, ela foi fundamental pra digamos, propor, debater e pressionar pela aprovação dessa política. (Entrevista 12).

Com relação ao "Tramite da Política", que diz respeito a como o texto da PNSI LGBT se concretizou, se desenvolveu, das doze entrevistas¹³, seis não suberam informar como se deu o tramite da formulação do texto da Política até que ele chegasse ao CNS em 2009, sendo

¹³ A partir deste momento começa-se a fazer uma análise a partir das entrevistas, e não mais dos entrevistados.

três do DAGEP e três do CT/GTI. Um entrevistado do DAGEP citou o "lapso temporal", a lacuna no tempo entre a criação do Comitê Técnico LGBT em 2004 e a chegada do texto da PNSI LGBT para debate no CNS em 2009.

Várias pessoas citaram diferentes informações, sendo 17 núcleos de informações diferentes entre si, desde a criação da Comissão Intersetorial de Saúde da População LGBT (CISPLGBT) no CNS à articulação para a entrada na agenda da CIT. Não houve um consenso sobre esse tramite, mais sim várias informações diferentes, e essas informações diferenciadas podem ser usadas para se montar um esboço do tramite ocorrido. Podemos utilizar a fala da Entrevista 12 como um resumo simplificado sobre esse trâmite:

Foi uma série de iniciativas que culminaram com a aprovação da Política. Teve o Comitê de 2004, teve o Seminário Nacional em 2007, teve a inserção da representação LGBT no Conselho Nacional de Saúde em 2006, teve a criação da Comissão de Saúde LGBT em 2009, teve a reativação do Comitê Técnico em 2011 né, então, teve um conjunto de coisas né, e a própria luta do Movimento LGBT que é muito anterior a 2004. (Entrevista 12).

É possível perceber, por exemplo, na fala relatada na Entrevista 02, que havia etapas diferentes no processo de construção do texto da Política, etapas primordiais para a garantia do sucesso de uma determinada política, neste caso a LGBT, sendo a primeira etapa a superação de preconceito, a segunda etapa a importância da visibilidade política, e a terceira etapa a construção de alianças.

O processo de construção [...] ele é um processo primeiro de superar preconceitos em relação a ter uma política que reconheça sujeitos políticos, independente de ser LGBT. [...] É quase uma política de intenções. [...] Esse vai ser o grande desafio da Política, ser transversal né, ela vai fazer com que as outras políticas de saúde reconheçam esses sujeitos políticos [...]. Então num primeiro momento é quase que uma conquista de entender que uma política de saúde não precisa necessariamente ser um enfrentamento, um adoecimento, um agravo. Quando você supera esse momento, aí você entra pra um outro de qual a importância de dá visibilidade a esses sujeitos políticos que tem uma maior vulnerabilidade, no caso, pela condição de orientação sexual e identidade de gênero, e como é que você trabalha isso? [...]. Um terceiro momento, depois desse intrassetorial é o intersetorial, que é você trabalhar com outros Ministérios, em especial a Secretaria de Direitos Humanos né, por entender que o principal agravo à condição de saúde, muitas vezes psicossocial, enfim, dessa população, é reconhecê-las na sua dimensão para além de ter essa ou aquela orientação sexual, de ter essa ou aquela identidade de gênero. (Entrevista 02).

Outro relato que despertou atenção refere-se à importância do processo ocorrido no Grupo de Trabalho de Saúde LGBT da 1ª Conferência Nacional LGBT, que ocorreu em 2008, onde houve o debate sobre saúde LGBT entre os delegados representantes de todos os Estados, Distrito Federal, e diferentes cidades do Brasil presentes na Conferência. As propostas aprovadas ali serviram de base para o texto da Política Nacional de Saúde LGBT, pois foi neste grupo de debate que se organizou o Plano Nacional de Saúde LGBT que deu

origem, através da DAGEP, ao texto da Política Nacional de Saúde Integral LGBT encaminhado ao CNS.

A Política Nacional de Saúde [LGBT] foi construída a partir das propostas aprovadas na Conferência [Nacional LGBT]. [...] naquela época o Movimento ele era bem menor do que é hoje, e tudo era muito dialogado, os atores governamentais e os atores da sociedade civil viviam em constante diálogo, então, por exemplo, antes mesmo de a gente aprovar as propostas, muitos de nós que estávamos nesse Grupo de Trabalho na Conferência, a gente já tinha sentado com os representantes governamentais e pactuado quais ações que nós levaríamos pra dentro do GT, e lá nós aprovamos. Então, era tudo um processo dialogado entre Sociedade Civil e Governo pra que [...] aquelas ações que fossem apresentadas e aprovadas na 1ª Conferência Nacional LGBT, elas tivessem de certa forma [...] diálogo mesmo com a Sociedade Civil. (Entrevista 11), grifo nosso.

Essa construção se deu de forma diferenciada havendo participação do Movimento Social dentro das discussões sobre saúde que tiveram sua emergência maior nos debates do Grupo de Saúde da 1ª Conferência Nacional de Políticas Públicas para a População LGBT, convocada pelo então Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva e realizada em Brasília-DF.

A Política LGBT se fortaleceu muito com o acúmulo dos debates anteriores que ocorreram para a provação de outras políticas de equidade em saúde como Mulheres, Negros e Negras, Indígenas, etc. que já haviam sido debatidas no CNS anteriormente e que passaram, segundo alguns entrevistados, até mais tempo para serem aprovadas do que a Política LGBT, considerando-se sua chegada em 2008 e sua aprovação em 2009.

[...] a Saúde da População Negra teve um hiato muito maior entre a criação do Comitê, a elaboração da Política, a pactuação no Conselho [CNS], e a aprovação na CIT. Eu acho que a população LGBT ela entrou num caminho um pouquinho mais sedimentado. (Entrevista 06), grifo nosso.

Pode se destacar que após sua aprovação no CNS, o processo mais demorado e conflituoso, foi o processo ocorrido no tramite entre o seu encaminhamento para apreciação do Ministro da Saúde e sua pactuação na CIT, evento que abordaremos com mais detalhes mais adiante. O que se pode relatar é que, após a aprovação no CNS em 2009, a Política foi encaminhada ao gabinete do Ministro para apreciação, porém até que a Política chegue à agenda da CIT, em novembro de 2011, o caminho foi turbulento, sofrendo entraves pelo debate eleitoral ocorrido na eleição presidencial de 2010, e a mudança de gestão.

O tema LGBT foi colocado de lado em detrimento da coalizão política que estava se fazendo naquele momento, pois esse era um tema delicado para ser colocado em debate, uma vez que a coalizão política realizada envolvia setores conservadores da sociedade com expressiva representação política no parlamento. Conforme levantamento realizado pelo Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar (DIAP), a Bancada Evangélica passou

de 36 parlamentares em 2006, para 73 parlamentares em 2011 (70 Deputados e 3 Senadores), recuperando assim sua capacidade de articulação e negociação de temas de seu interesse no congresso e no governo (DIAP, 2010).

Passada a eleição e posse da Presidente Dilma, o tema saúde LGBT pode ser reativado, agora sobre outras “condições”. Já no primeiro semestre de 2011, com a posse do Ministro Alexandre Padilha (2011-2014), o texto da política LGBT foi aprovado e encaminhado para entrar na pauta de debate da CIT, em forma de Plano Operativo, para assim ser pactuado entre os três entes gestores da Saúde (Governo Federal, Estadual/Distrital, e Municipal), e se tornar política pública efetiva. O Plano Operativo foi de fundamental importância por ser um desenho articulado entre o DAGEP, os Conselheiros de Saúde, com atuação dos membros que tinham assento no Comitê Técnico LGBT, e os representantes do CONASS e CONASEMS para a pactuação na CIT.

Outro desdobramento, com relação ao tramite da política, era evidenciar as reações ao texto da política LGBT, porém, sete entrevistados “não souberam informar” se houve reações, e dois entrevistados não informaram nenhuma reação, ou seja, das doze entrevistas realizadas, nove não surtiram retorno por desconhecimento sobre o trâmite e reações ocorridas com relação ao texto da política.

As demais respostas dizem respeito a diferentes reações que vão do Movimento LGBT, por querer discutir as especificidades e dar sua contribuição para a organização do texto, até o relato de preconceito de membros dentro do próprio CNS, que não queriam discutir a Política por acharem que ela não era necessária, por preconceito, ou por medo de retaliação de suas bases de representação, e preferiam adiar o debate por algum tempo.

Uma das entrevistas que chamou a atenção é a observação de que, no tempo decorrido para a aprovação da política no CNS, entre sua chegada em 2008 e a sua aprovação em 2009, o texto da Política não teve a resistência que se verificou posteriormente. O que se observa é que, após a sua aprovação em 2009 no CNS, e sua publicação em 2011, ocorreram fortes reações de parte da sociedade que não queriam essa política como política pública integrante do Sistema Único de Saúde, repercutindo em sua organização e relação com o SUS.

[...] eu até esperava no começo, que a gente tivesse uma reação externa mais forte. Eu percebo que a gente começa a ter uma reação externa à Política Integral de Saúde meio que quando as pessoas descobrem que ela existe (risos) e que a gente enquanto Movimento começa a pautá-la. Então, há uma onda conservadora muito grande em Brasília e a nível internacional né, vide essa atual eleição [Presidencial de 2014], que nós somos o centro da pauta né? Quem apoia o LGBT é o demônio, e quem não apoia é o bonzinho né? (Entrevista 09), grifo nosso.

Esta mesma entrevista, em outro ponto, citou a dificuldade de diálogo com o Conselho Federal de Medicina com relação ao processo trans, porém o debate se pautava em como incluir as cirurgias e todo o processo do tratamento transexualizador no SUS sem que isso patologizasse ainda mais travestis e transexuais, evitando o olhar para esses indivíduos a partir do tratamento de saúde mental ou como outra patologia discriminatória ou pejorativa.

Outra citação interessante foi feita na Entrevista 06 e dizia respeito ao preconceito enfrentado dentro dos espaços de proposição, articulação, e pactuação como o CNS e a CIT, e mesmo no próprio Ministério da Saúde. Neste tema, é importante termos a noção de que estes espaços são constituídos por diferentes atores com diferentes percepções e interesses, o que naturalmente coloca o tema LGBT em uma arena de debate conflituosa.

[...] você sabe que essas coisas também sofrem influência de quem está à frente da política dentro do Ministério, porque pautar isso dentro da CIT tem muito a ver com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério, do esforço que eles fazem né, das pessoas que estão à frente do CONASS, das pessoas que estão à frente do CONASEMS né, e por que não dizer Cezar, eu não vou esconder de você aqui, que o preconceito que as pessoas têm né. "Isso aí é coisa de gay, eu não vou querer discutir isso na CIT, a gente tem mais problemas, tem problemas mais sérios do que esse!". Então tem questões pessoais que são levadas em conta né, no momento que você leva uma pauta pra uma arena de debate como é a CIT né. Então eu entendo, mesmo dentro do Conselho Nacional de Saúde, porque eu lá como observadora que sou, são raras as reuniões que eu não participo, você escuta e as pessoas falam pra você "eu não vou votar nessa política", ou "eu não vou concordar com essa pauta, porque isso é senvergonhice, porque isso é coisa de lésbica, isso é coisa de gays", entendeu?. (Entrevista 06).

Para tentar identificar alguma informação mais detalhada sobre o processo que antecedeu a formulação da Política publicada em 2011, caso o entrevistado fornecesse uma informação considerada incompleta ou insuficiente, outra questão era levantada para se indagar com relação ao processo que ocorreu entre 2009 e 2011.

Oito entrevistados não informaram ou não souberam informar sobre este processo, sendo quatro do DAGEP e quatro do CT/GTI. Daqueles que responderam há diferentes relatos desde a "pressão do Movimento Social" até a "reestruturação do DAGEP", que atuou na organização de um grupo de trabalho para articulação e organização do Plano Operacional e do diálogo com os membros da CIT para sua pactuação.

Há também citações sobre o tramite da PNSI LGBT, desde o encaminhamento para o Gabinete do Ministro, a pactuação na CIT, e a resistência na pactuação, que gerou demora e acabou por dar visibilidade à Política, pois ela culminou por ser publicada na 14ª Conferência Nacional de Saúde, dando mais visibilidade a política do que era esperado tanto pelo Governo quanto pelo próprio Movimento LGBT. Essas referências são evidenciadas no relato da Entrevista 12, transcrita a seguir.

Como tava muito difícil né, eu tava, representava o Movimento LGBT na 14ª Conferência Nacional de Saúde que tava programada pra acontecer em dezembro de 2011 né, o que quê aconteceu? O Gabinete do Ministro apreciou a política no primeiro semestre, e no segundo semestre a gente fez toda uma articulação pra entrar na Comissão Tripartite, eles nos prometeram pra agosto, pra setembro, e em outubro [...] como não entrou né, eu fiz uma reunião, no final de setembro começo de outubro, com o presidente do CONASEMS, [...] a presidenta do CONASS, [...] e com o Gabinete do Ministro, com o próprio Ministro sinalizou que eles eram favoráveis a entrar na pauta, o Narde né, não tinha certeza, o Presidente do CONASEMS, quando eu lembrei que ia ter a Conferência Nacional de Saúde no final do ano, e assim, a política podia não tá pactuada, mas isso podia gerar Moção de Repúdio, pelo fato de tá aguardando essa pactuação já há algum tempo [...] quando eu falei essa expressão "Moção de Repúdio" o presidente do CONASEMS imediatamente falou assim, "não a gente, se a presidente do CONASS tiver de acordo a gente bota na pauta da próxima reunião", que era a última antes da Conferência, e isso foi o que aconteceu, na pauta da última reunião da Comissão Tripartite antes da Conferência foi incluído a discussão do Plano Operativo da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da População LGBT. Eu falo disso eu vo ficando emocionada porque eu vou lembrando cada passo né, que a gente deu, de cada estratégia montada, e isso não tá em lugar nenhum né. Então, foi preparado né, a apresentação do Plano Operativo pelo pessoal da DAGEP né, a Kátia Souto teve uma participação muito importante nesse processo, [...] [a Denise] do CONASEMS também foi uma pessoa muito importante né, que nos ajudou muito pra que esse Plano Operativo fosse finalizado, e fosse preparado a apresentação na reunião da Tripartite. Eu fui convidada, eu fui enquanto Conselheira representante do segmento LGBT no Conselho Nacional de Saúde, não é uma coisa comum eles chamarem movimentos pra isso. Foi debatida e foi aprovado. O próximo passo pra uma política ser implementada qual é né? Ser assinada a portaria pelo Ministro, pelo presidente do CONASS, e pelo presidente do CONASEMS, como já tava às vésperas da Conferência isso foi preparado pra tá na programação da Conferência. Acabou que esse atraso, acabou dando uma visibilidade muito grande pra nossa política, [...] Teve uma, uma roda de diálogo né, uma cerimônia pública de assinatura da portaria, com transmissão ao vivo pela MTV e todo o Movimento LGBT foi convidado, tinha representação de todos os cantos, das diversas organizações na Tenda Paulo Freire [...]. Então a portaria foi assinada pelo Ministro, pelo Presidente do CONASEMS, com a minha participação enquanto Conselheira representante do segmento LGBT, e teve também a participação da Preta Gil nessa celebração, do Ziraldo, enfim, e acabou tendo muita repercussão né, porque aconteceu durante a Conferência Nacional de Saúde. (Entrevista 12).

Outros relatos referiram-se a judicialização do processo Trans, ou seja, na recorrência de processos judiciais onde os gestores de saúde eram acionados legalmente para garantirem ações de saúde para travestis e transexuais, ações posteriormente regulamentadas na portaria do processo transexualizador de 2008, e revisada em 2013. Também merece destaque a relevância adquirida pelo DAGEP internamente no Ministério da Saúde, por ser um espaço onde as políticas de equidade em saúde passaram a ser tratadas.

3.2.3 O período de aprovação da PNSI LGBT

Com relação ao apoio e resistência à PNSI LGBT no CNS e na CIT, cinco entrevistados, dois do DAGEP e três do CT/GTI, "não informaram" ou "não souberam informar" sobre a existência de apoio a Política. Mas, o que se observa é uma forte citação de apoio do Movimento LGBT, de atuação dos próprios representantes dos Movimentos Sociais que estavam presentes, destacando-se ainda o reconhecimento de atores individuais que foram estratégicos e importantes para que a Política fosse aprovada tanto no CNS quanto na CIT.

A aprovação anterior de outras políticas de equidade também foi citada por um entrevistado como importante para o apoio a Política LGBT, muito em decorrência de estabelecerem um diálogo anterior a respeito da equidade e da integralidade da saúde. Alguns atores foram citados nominalmente pelos entrevistados, como a primeira Conselheira Nacional de Saúde, representante do segmento LGBT no CNS, Carmem Lucia Luiz, e sua posterior substituta, também representante do segmento LGBT, Maria de Lurdes Rodrigues, conhecida como Lurdinha Rodrigues, passando pelo Ministro da Saúde Alexandre Padilha (2011-2014), os presidentes do CONASS e CONASEMS da época, além da assessora do CONASEMS, Denise Rinerart, que teve papel destacado como de fundamental importância tanto dentro do CONASEMS como na CIT para que o Plano Operativo fosse aprovado.

Também foram citados os diretores do CONASS, Jurandir e Enio, que tiveram papel articulador dentro do contexto de aprovação da Política, e a Diretora da DAGEP, Kátia Souto, que, com seu conhecimento dos trâmites necessários e das articulações e alianças estratégicas a serem construídas, teve um papel relevante para o encaminhamento e aprovação da Política no Ministério da Saúde e na CIT, retirando-a da inércia que se encontrava entre 2009 e 2011.

Outros nomes também foram citados, entre Conselheiros do CNS e funcionários do Ministério da Saúde, como importantes na defesa interna dos debates no CNS, Ministério da Saúde e na CIT, como Jurema Verneck, Verônica Lourenço, Simyone, Ana Costa, Antônio Alves, todos esses sendo reconhecidos como importantes neste processo de aprovação e pactuação da Política, porém, sem especificar suas atuações.

Algumas outras áreas de saúde tiveram papel importante no apoio para que a Política pudesse se desenvolver dentro do próprio Ministério, como DST/Aids, Saúde do Homem, Saúde da Mulher, Sistema Prisional entre outras. Também foram citados como importantes no processo de apoio à Política os espaços favoráveis criados para escuta e reverberação da Política, como Seminários Nacionais, Encontros e Oficinas.

Com relação à resistência, pouquíssimos entrevistados relataram alguma resistência a PNSI LGBT. Das 12 entrevistas, em nove os entrevistados "não souberam informar" ou "não informaram" resistências, sendo quatro do DAGEP e cinco do CT/GTI. As três outras entrevistas citaram pontos diferentes de resistência como internamente no CONASS e CONASEMS a respeito de se discutir uma política para "gays". O uso eleitoral do debate, que por diversas vezes foi utilizado como barganha com a aproximação do processo eleitoral, que entre o apoio ao projeto político eleitoral em voga (eleição presidencial de 2010), e a governabilidade, a Política LGBT acabou por sofrer retrocessos nos espaços conquistados, e após o processo eleitoral teve dificuldade em reconquistar espaços anteriormente perdidos.

Outra dificuldade apontada durante a entrevista foi com relação ao diálogo com a Área de saúde da criança e do adolescente do Ministério da Saúde, que, segundo relatos, teve um distanciamento nesse processo, relegando assim a importância da relação entre o debate sobre saúde sexual, sexualidade, homossexualidade, e o exercício da sexualidade também presentes desde a infância e adolescência. Isto configura-se, talvez, como um erro, pois se esse debate fosse tomado como importante no contexto da saúde da criança e do adolescente, ele poderia refletir em uma diminuição da discriminação e homofobia presentes na sociedade, caso isso fosse trabalhado tanto na saúde quanto na educação.

[...] a Saúde do Adolescente é uma área que a gente vem tentando trazer pra perto, né, porque as discussões, sempre a infância e a adolescência tem um lugar, é, menor nessa discussão, sendo que a gente precisa discutir de uma forma mais, enfim, de uma forma ética e cuidadosa a questão da infância e juventude na questão LGBT, que é algo que circula, mas é uma discussão muito superficial, né? Então, tem uma participação, mas não é tanto quanto a gente gostaria, né? (Entrevista 10).

O processo burocrático também foi citado como um item de resistência, desse embate entre a burocracia e a demanda de saúde LGBT. Aqui é importante se dar um destaque, pois o que se observa é que, quando se esta no "lugar" do Movimento Social, olha-se a demanda e sabe-se teorizar, e de fora encontrar caminhos, alternativas e soluções, o que precisa ser feito, com deve ser feito, por quem deve ser feito. Porém, quando se esta dentro, no "lugar" do governo, além do que foi citado anteriormente, nos deparamos com os obstáculos reais, as dificuldades, os entraves, os processos, a demora, às vezes necessária, que alguma política precisa ter para ser melhor maturada e processada.

[...] às vezes, por exemplo, tinha resistência de Técnicos do Ministério da Saúde no sentido de dizer assim "olha gente, desse jeito não é possível fazer" né enfim, por que "a metodologia do SUS não funciona assim", enfim. E o setor que a gente tinha mais resistência, no sentido de colocar esses empecilhos de dificuldades pra dentro do SUS sempre foi a Alta Complexidade né. Nessas discussões prévias que a gente fazia, por exemplo, em relação a, ao processo transexualizador, vinha muita resistência deles nesse sentido "ah os hospitais não trabalham assim" enfim. E também acho que a resistência no sentido, que a gente havia percebido, que faltava

muita informação, os próprios hospitais escola que faziam isso em caráter experimental, eles não publicavam isso em grande escala no sentido de repercutir pra dentro, dos especialistas, enfim, pras pessoas que discutiam cirurgias de Alta Complexidade como é uma cirurgia de pessoas transexuais, é, pra que desse subsídios a elas. (Entrevista 11).

Outro ponto de resistência, também apontado na Entrevista 11, diz respeito à relação com o Conselho Federal e Regional de Medicina, no que se refere ao processo transexualizador. Apesar de ser colocado como uma resistência, não pode ser encarado como algo negativo ou impeditivo ao processo, muito pelo contrário. Trata-se de um ponto importante para poder se avançar em bases sólidas com relação ao processo ambulatorial, hormonal e cirúrgico para travestis e transexuais, uma vez que, o quê era colocado pelo CFM e CRM, principalmente de São Paulo, era a necessidade de ser ter um debate maior e a ausência de material acadêmico para fundamentar esse debate, para que se pudesse olhar a demanda de saúde de travestis e transexuais como etapas nas quais elas caminham juntas, mas apenas um desses indivíduos chega ao último passo, que é a cirurgia de resignação sexual.

E os argumentos dos médicos no CRM, dentro da Comissão de Bioética, é onde a gente foi negociar que o CRM fizesse uma resolução dizendo que travestis e transexuais teriam direito ao mesmo tratamento, era exatamente isso, era a falta de literatura, porque a literatura que existia colocava travestis e transexuais como uma pessoa que tivesse desvio comportamental e não um outro, e não um outro olhar. E a mesma coisa era em relação ao Hospital das Clínicas né, os médicos que lidavam com a cirurgia, também, eles colocavam tudo no campo da patologia, tudo no campo da psiquiatria, né? Tanto é que era uma dificuldade enorme de convencer que travestis, por exemplo, tinha, tinha o mesmo direito né, e ai agente falo assim "é o mesmo corpo, é a mesma transformação, a diferença é que uma passa pela última etapa que seria a cirurgia, e a outra não chega, não quer abrir essa porta, do centro cirúrgico", ela quer modular a voz, ela quer harmonizar, ela quer peito, ela quer curva, ela quer se transformar, adaptar o seu corpo aquilo que ela também se percebe [...]. (Entrevista 11).

O que estava em debate era o olhar social com relação ao processo de saúde direcionado à travestilidade e a transexualidade, onde há relações com o imaginário popular de um desejo estético e não de demanda de saúde, o que era apontado pelo CFM e CRM, como necessário para se entender e se esclarecer o debate e a construção de bases sólidas para a construção das resoluções e atuação dos médicos no processo transexualizador. Neste sentido, o argumento utilizado para o debate era a ampliação da compreensão do processo de saúde, para além da teoria cristalizada da ausência de doenças.

É e a gente usava exatamente esse argumento, quando eles falam assim "ah, mas isso é estético etc", eu falo assim "mas a saúde hoje prevê de que a estética tem que tá abarcada também dentro do complexo saúde integral né?". Hoje, por exemplo, uma mulher que tem um câncer de mama, que vai fazer uma cirurgia né, e vai ter de tirar a mama, porque o câncer já pegou é, sei lá, boa parte da mama, enfim, é mais, menos arriscado retirar toda a mama, do que deixar uma parte e o câncer se realojar novamente, da metástase, hoje os médicos já tiram a mama toda e a mulher já sai da cirurgia com uma prótese, isso é estético, por quê? Porque quando ela se olhar no espelho e vê uma mama e não ver a outra, vai produzir nela um sofrimento psíquico

que vai afetar a saúde, e afetando a saúde dá custo pro SUS, pro sistema, então a gente começou a entrar nessa discussão, e foi a partir dessa discussão, que é a linguagem né, da Saúde Pública, e dos médicos, enfim, que eles começaram a entender né, de que a estética faz parte do conjunto de necessidades do ser humano né, que hoje nós chamamos de saúde integral. A gente não tem que cuidar só da "unha encravada", a gente tem de desencravar a unha, e ao mesmo tempo, ao desencravar a unha já lixar, tirar a cutícula, pintar e deixar tudo bonitinho né, e aí, porque se não, não adianta só tirar a dor daquela mulher, a mulher quer tirar a dor, ou o homem quer tirar a dor, mas ele quer também ver o pé dele bonito novamente. E aí a gente começou a discutir nisso é, enfim, a gente passou a convencer os médicos, tanto no CRM, como no Hospital das Clínicas, da necessidade de que as travestis também tinham, que o processo de construção da identidade passava pelos mesmos é..., enfim, né, pelas mesmas condições que passavam pelas pessoas transexuais, agora como cada um se constrói, aí isso é de foro tão interno que nem um psiquiatra consegue dar conta disso, que nem uma pesquisa deu conta de responder isso, e que nem antropólogo dá conta de responder isso, é que talvez desse conta quando esses dois setores se juntassem né, antropólogos e psiquiatras enfim, se juntassem e entendessem esse processo [...]. (Entrevista 11).

Outro destaque nessa questão é a presença do CONASS e CONASEMS, ao mesmo tempo, como apoio e resistência. Isso se deve pelo fato de serem instituições compostas por diferentes indivíduos, que mesmo sendo representantes institucionais de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, ainda assim são indivíduos. São 27 Secretários Estaduais de Saúde e 5.570 Secretários Municipais de Saúde e, como tal, possuem concepções sociais e/ou representam conjuntos sociais complexos, que possuem demandas diferentes e muitas vezes conservadoras e restritivas, ou seja, não são cabeças uníssonas no discurso, no debate. Então, ao mesmo tempo em que nesses espaços há apoio, também há resistências.

Por isso foi tão importante o apoio da presidência do CONASS e CONASEMS para a pactuação do Plano Operacional da política na CIT. Certamente, se não houvesse tal apoio enquanto presidentes, enquanto líderes, a política não teria sido pactuada, pois a composição da CIT inclui membros representantes das esferas Federal, Estadual/Distrital e Municipal, e sem o apoio de duas dessas esferas a pactuação estaria comprometida. Dessa forma, esteve presente pontos de apoio e resistência, o que gerou debate, e a necessidade de se ganhar este debate, em prol do apoio à Política.

O Plano Operativo pactuado representa um marco legal de responsabilidade sobre as ações necessárias para a implementação da Política, que é assumido por cada um dos entes da unidade da federação. Dessa forma, ele representa as demandas necessárias para a efetivação das ações dessa Política, e embora haja ações que sejam necessariamente sobrepostas, o que se destaca são as ações individuais de cada esfera de representação, que passa a ter o seu papel individualizado, para a implementação da Política.

Na questão sete, foi perguntado diretamente aos entrevistados quais fatores ocorreram entre 2009 e 2011, com o interesse de saber o que ocorreu entre a aprovação da Política no

CNS em 2009 e a publicação dela durante a Conferência Nacional de Saúde em 2011. Das 12 entrevistas realizadas, seis entrevistados "não souberam" ou "não informaram" o que pode ter ocorrido neste período, pois não estavam naquele momento no Ministério da Saúde, ou não tinham relação direta com a Política, sendo um do DAGEP e cinco do CT/GTI.

Dentre as seis entrevistas realizadas, 10 citações tiveram relação direta com o processo ocorrido na CIT, desde falta de articulação, disputas internas entre as áreas do Ministério da Saúde, até a pactuação da Política na CIT, evidenciando assim um processo, conforme relatado, de amadurecimento, aproximação, debates, idas e vindas, desenhado para que a política tivesse a aprovação necessária, de uma forma que as três esferas de governo se engajassem para sua pactuação na Comissão Tripartite.

Depois que ela [PNSI LGBT] foi aprovada no Conselho, ela passa a ser discutida nos, nas Câmaras Técnicas da CIT até que ela seja bulirada suficiente pra se transformar numa portaria, entendeu? E aí o quê que acontece, ela entra em uma agenda Cezar, de disputas, de todas as Áreas Técnicas do Ministério, então [...] se você, não é o caso né, [...], mas vamos imaginar que se estivesse em plena epidemia de H1N1, você acha que alguém ia passar na frente à agenda da política LGBT se o povo tá querendo discutir H1N1 pra distribuir medicamento, equipamento, não vai, entendeu? Se tem uma política de Governo, também não é o caso, mas vamos imaginar, "a gente quer lançar a Rede Cegonha, nós vamos discutir com CONASS e CONASEMS agora Rede Cegonha, deixa LGBT de molho aí um tempo", então quer dizer, entra numa agenda, as Áreas Técnicas do Ministério brigam entre si, porque às vezes tem uma discussão que já tá na fila faz tempo tá? Então são as prioridades do momento, acontece uma urgência, uma emergência, alguma coisa assim; propostas de Governo, como por exemplo, a Rede Cegonha; e a agenda de, lista, de fila de espera mesmo. Então dois anos, pode ter tudo isso envolvido e às vezes alguma pressão que a gente desconhece [...]. Que influencia, que afeta sem dúvida, por exemplo, você veja, a bancada evangélica ela não faz pressão sobre nós, ela faz pressão sobre o Ministério que às vezes a gente nem fica sabendo. (Entrevista 06), grifo nosso.

Outro fator em destaque nas respostas, com três citações, sendo duas do DAGEP e uma do CT/GTI, foi a articulação dentro do Movimento Social, dentro do Ministério da Saúde, e entre o Movimento e o Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS. Isto insere esses atores no processo de articulação do diálogo entre essas esferas, o que se refere também aos espaços onde a articulação era realizada, e não em outros espaços, uma vez que se precisava conquistar o CONASS, conquistar o CONASEMS e conquistar até mesmo o próprio Ministério da Saúde que, dentro de suas diferentes áreas, também possuía indivíduos contrários a essa política, ou com outras prioridades, além de pressões externas que eram exercidas pontualmente por diferentes setores da sociedade.

A Política foi aprovada em novembro de 2009 no Conselho Nacional de Saúde, daí o próximo passo é você ter apreciação do Ministro, do Gabinete do Ministro, pra ir pra pauta da Comissão Tripartite e ter a pactuação, tá certo? A pactuação, você pactua um Plano Operativo pra implementar a política, se não fica no papel né. A aprovação da política é importante, mas ela tem que virar um Plano Operativo pra entrar em execução. 2010 a gente teve muita dificuldade né, assim, com todo

respeito ao Ministro Temporão, mas ele realmente não facilitou essa apreciação pelo seu Gabinete, a gente só conseguiu isso com a entrada do Ministro Padilha né, e a gente teve reuniões com o Ministro, com seus assessores e tal, sobre a política, pressionarmos pra que isso acontecesse, e aí durante todo o ano agente preparou, a DAGEP, teve uma participação importante, o CONASEMS, a Denise do CONASEMS teve uma participação importante e a Comissão de Saúde LGBT também, certo? Pra preparar o Plano Operativo pra apresentar pra Comissão Tripartite, então, na medida que, logo no primeiro semestre de 2011, o Gabinete do Ministro apreciou a política, e desceu pra elaborar um Plano Operativo né, isso já foi um passo importante, e aí quando a gente conseguiu a promessa da Presidente do CONASS, do Presidente do CONASEMS e o Gabinete do Ministro pra agendar na Tripartite, aí foi, aí foi uma vitória (risos). (Entrevista 12).

Também foi citada, por um entrevistado, suposição de falta de articulação entre as esferas de governo, no que se refere à aproximação conjunta do Ministério da Saúde com gestores estaduais e municipais para a efetivação desta política, assim como a falta de articulação na CIT, evidenciando sua demora na pactuação. Esta citação pode ser entendida como incompreensão ao tempo dos processos e desconhecimento das articulações realizadas em diferentes esferas, para que a pactuação ocorresse como demonstrado na entrevista 11.

[...] foi um processo de, que eu me lembre assim, de pactuação né, primeiro a, vamos dizer assim, a constituição da Política em formato de ações aprovados pra 1ª Conferência, depois a construção dela em formato de política, depois a aprovação dela no Conselho Nacional de Saúde, e depois disso todas as pactuações que foram feitas pra que ela pudesse ser lançada na 14ª Conferência. [...] Mas a diferença que eu vi maior entre 2004 e 2010 teve esse processo de construção da política toda, e de 2011 agora em diante, a institucionalização da política, eu acho que são essas. Então eu acho que tanto um quanto o outro são importantes, e principalmente complementares, a gente só institucionaliza aquilo que existe, e só existe aquilo que foi discutido, trabalhado e pactuado com usuários, enfim né, ativistas e etc. (Entrevista 11).

Reconhecemos aqui “n” barreiras que dificultam a atuação dos técnicos do DAGEP que lidam com a Política LGBT, e conforme abordado em outras entrevistas, enfrentam a necessidade de capacitar gestores e lideranças do Movimento Social para atuarem como articuladores da política em seus locais de atuação, processo que é lento e demorado. Para tanto, contam apenas com cinco pessoas do DAGEP para lidar com 27 Estados (incluindo o Distrito Federal) e 5.570 municípios, trabalho este que claramente apresenta dificuldades, mesmo tendo o apoio dos membros do Comitê Técnico LGBT e do GTI.

3.2.4 Levantamento a respeito da implementação da PNSI LGBT

Com relação ao que vem sendo realizado desde 2011, após a publicação da portaria da PNSI LGBT, foram várias e diferenciadas as citações a respeito, mas podemos destacar majoritariamente a reformulação e ampliação da portaria do processo transexualizador, citada por 10 entrevistados, sendo cinco do DAGEP e cinco do CT/GTI. Estas citações somam-se ao

“uso do pré-nome social no SUS” relatadas diretamente por outros quatro entrevistados, três do DAGEP e um do CT/GTI, demonstrando a compreensão do impacto social e sua importância, por ter reverberado não só no sistema de saúde, mas também na educação e segurança pública.

[...] então eu aponto dois caminhos que são mais recentes, e que eu acho que são mais vitoriosos nesse processo. Um é o processo de formação e inclusão no e-SUS [...] que eu acho que é um processo mais rico e que formula pra fora, como essa questão do pensar o olhar do atendimento. Eu acho que esse é uma, na minha opinião, da política, é um dos maiores ganhos né, você olhar o atendimento a partir de uma lógica que não é só heteronormativa, e que não é de gênero binária, entendeu? Por exemplo, assim, eu chegar numa, num médico e ele simplesmente desconhecer que o fato deu tomar hormônio, e deu tomar hormônio de uma maneira assim, sem acompanhamento nenhum, e dos impactos que isso tem na minha vida, por exemplo, e isso é um exemplo pequeno, mas que na minha opinião, nessa questão do atendimento e desse olhar do atendimento é um dos ganhos mais importantes. O outro é o processo transexualizador, que eu acho que é o mais revolucionário que teve em todo esse governo Dilma, foi o processo transexualizador. Porque eu dizer que uma travesti tem direito a um processo hormonal, e tem direito a algumas cirurgias pelo SUS, não só como cobaias de um hospital universitário, e que homens trans também tem direito a algumas cirurgias pelo SUS é, pra mim, muito revolucionário. A gente sabe que a portaria foi recente, e que até que isso chegue lá na ponta vai aí uma distância enorme, mas eu acho que esses são os dois avanços maiores do processo. (Entrevista 09).

Mesmo diante de um contexto político desfavorável, mas devido à construção de bases construídas anteriormente como a Carta de Direitos dos Usuários do SUS, que permitiu a utilização do pré-nome social, e a portaria de 2008, que regulamentou o processo transexualizador no SUS, temos outras falas representativas sobre o desafio enfrentado para se ampliar o acesso ao SUS.

Nós temos uma nova Portaria do Processo Transexualizador né, de novembro de 2013, não foi fácil né, tivemos de superar muitas barreiras, mas acho que hoje ela atende é, ela é inovadora, eu, pelo levantamento que eu já fiz, junto com a minha equipe, ela é única do ponto de vista de pensar em Saúde Pública, você não tem nenhum outro país com essa dimensão de ter uma Portaria que regulamenta como realizar desde a atenção primária até alta complexidade, reconhecendo Nome Social até né. Bom, então a gente puxou assim: o carro chefe nosso de acesso, vai ser o processo transexualizador no SUS e o respeito ao Nome Social. (Entrevista 02).

Outra citação colocada por seis entrevistados, quatro do DAGEP e dois do CT/GTI, é a realização de ações de formação e capacitação de gestores, lideranças e profissionais de saúde que o DAGEP, junto com o Comitê Técnico LGBT e representantes do CONASS, CONASEMS e CNS, vêm realizando para divulgar e formar profissionais da saúde, gestores de diferentes esferas de governo e lideranças da Sociedade Civil, para difundir e fortalecer a política de saúde LGBT. Com relação aos cursos de capacitação, a entrevistada 02, ao falar sobre o que vem sendo realizado após a publicação da portaria da PNSI LGBT, relatou o seguinte:

[...] o eixo de educação, a gente trabalhou em duas grandes vertentes, uma foi: fortalecer a formação das lideranças e ativistas dos Movimentos Sociais, sobre o que era a Política e como exercer o Controle Social, e também, como fortalecer a sua condição de militância autônoma independente de tá em espaços institucionais, como os Conselhos de Saúde, ou Conselhos LGBT, ou qualquer outro Conselho. Então eu acho que isso foi importante, né? Dá visibilidade a Política fazendo folder, a cartilha, o cartaz do Nome Social, a cartilha dos direitos das mulheres lésbicas e bissexuais, então agora tamo preparando mais dois materiais, o de homens gays e bissexuais, e o livro sobre transexualidade. Então são dois outros instrumentos de formação que a gente trabalha. Então nós formamos mais de 120 lideranças, das cinco regiões do país, nessa concepção. E o outro, [...] ele tá pronto pra sair do forno né, que é o módulo em ensino a distância, auto instrucional, é um módulo de 45 horas sobre o que é a política, né. Com três unidades de aprendizagem que traz vídeo, que traz reflexões sobre a política, que faz o profissional refletir sobre a sua prática e possa superar seus preconceitos e discriminações, ou desconhecimento, porque eu acho que tem... nós temos normalmente, todo mundo tem preconceitos, não existe uma pessoa como se sabe, todo mundo, todos nós, a questão é como se encara aquele preconceito, se eu tenho desconhecimento, eu busco conhecimento pra superar, porque a gente nasce numa sociedade já né, quando sabe que você é menino ou menina já diz que vai te vestir de cor de rosa ou azul né, só ai já começa um imaginário preconceituoso, não é? (Entrevista 02).

Outras citações se referiram a realização de eventos sobre a política; a reativação do Comitê Técnico em 2011; a elaboração e realização da Pesquisa Nacional de Saúde LGBT; a formação dos Comitês Técnicos estaduais; a articulação com estados que ainda não possuem Comitês Técnicos de Saúde LGBT ou de Equidade para a construção dos mesmos; a elaboração de material informativo e de divulgação sobre a política de saúde LGBT, de forma geral ou direcionada por segmento; a relação positiva construída entre o Ministério da Saúde com outros Ministérios como, por exemplo, a SPM e a SDH, para a realização de ações de saúde para a população LGBT; e a aproximação do DAGEP com o Movimento Social. Citações que podem ser compreendidas como inerentes a um contexto de implementação da Política.

Porém, também há um contraponto relacionado ao distanciamento com relação aos gestores municipais, caracterizando-se como dificuldade para a implementação da Política, como transcrito a seguir.

Bom, o Ministério ele faz alguns esforços tipo, Seminário Nacional pra discutir a política né, eu não vou entrar em detalhes do que ele faz por ai, porque eu não conheço, não acompanho a agenda deles né, mas é, posso dar a minha opinião, porque participo da maior parte dos Seminários que eles organizam e é completamente insuficiente, completamente insuficiente. Uma queixa que eu já fiz ao Rui, uma queixa que eu já fiz ao André Bonifácio e então eu posso colocar aqui pra você, é a assim, o apoio insuficiente, quase nulo que a SEGEP dá, para os gestores municipais, implementarem essa política no seu local, nos municípios entendeu Cesar? Então eles discutem muito com o município, uma vez eu tava conversando isso com o André e ele falou "mas Maria¹⁴ existe uma diferença de força muito grande entre gestor e usuário, se a gente não dá força pro usuário né, o gestor atropela o usuário". Eu falei "em parte eu concordo, mas se a gente não capacitar o gestor pra compreender a importância dessa política, a necessidade dela,

¹⁴ Nome fictício criado para preservar a identidade do entrevistado.

a gente não vai conseguir nunca sair do lugar só capacitando o movimento", porque o movimento chega no município quer discutir com o gestor que vira pra ele e fala: "você é bicha? Na minha sala? Rua!". O cara não tá menor sensibilizado, não vai ouvir isso e nem sabe, e não é porque ele é gestor que sabe tudo, não é verdade. Então o investimento, pra capacitar gestor, pra espaço pra discussão com gestor é mínimo, mínimo, tá, do lugar de onde eu to pra gestor municipal, se rola lá pra gestor estadual aí é com o CONASS, aí você pode entrevistar alguém do CONASS se você achar bom né, porque ele é pessoa que também tem acento. [...] Aí o que acontece Cezar, fica uma coisa que cai pro gestor, e aí eu posso te falar porque a minha dissertação apontou isso, qual é a fala do gestor "mas o SUS é universal, o SUS é equânime, o SUS, a nossa Constituição fala em igualdade, pra quê que eu preciso de políticas pra segmentos? Eu não preciso de políticas pra segmentos" [...], e aí o gestor acha que a porta dele como é aberta pro universo, entra todo mundo, mentira, não entra, não entra. Políticas universais não chegam da mesma forma, com a mesma força, e do mesmo jeito pra todo mundo, e é essa a discussão que a gente tem que fazer com muito cuidado com o gestor, [...] e eu acho que a SGEP perde de vez em quando a oportunidade de fazer essa discussão né? Então eu sinto falta dessa iniciativa. (Entrevista 11).

Com relação ao processo transexualizador e a política de saúde LGBT, é importante termos a ciência de que eles estão inseridos em portarias diferentes. Essas são políticas que se complementam na abordagem a saúde integral de LGBT, reconhecendo a necessidade e a complexidade do processo transexualizador, que envolve demandas tanto da área da Atenção Básica quanto da Média e Alta Complexidade do Ministério da Saúde, que fazem um esforço para a ampliação deste serviço.

Depois da publicação da portaria, é, que foi em novembro [2013], é, o, assim, por parte do, do Ministério, assim, a gente tem tentado incentivar gestores locais a habilitar, a implantar novos serviços e habilitar, porque a gente só amplia o acesso se ampliar os serviços, se não, não tem, não tem como. E uma das coisas que a gente tem feito é tentar incentivar isso junto com o DAGEP. (Entrevista 04), grifo nosso.

Entretanto, este esforço para ampliar o atendimento e os serviços disponibilizados para a parcela populacional de travestis e transexuais esbarra em outro empecilho que é a existência de profissionais capacitados e dispostos a atuar justo a este recorte populacional.

É, mas, mas uma das coisas que é difícil ampliar os serviços, pra fazer as cirurgias, né, o processo transexualizador é, além dos gestores implantar serviços, entender que isso, né, também é uma necessidade e priorizar, e implantar os serviços, é também a questão de ter médico, cirurgião, que queira fazer esse tipo de cirurgia. [...] Então, por "n" motivos, enfim, a gente não sabe, né, mas, é, ou porque não se acha capacitado pra fazer, ou porque, é, não é o campo em que ele quer atuar, enfim... Então, a gente tá com exemplo claro em Goiânia hoje, por exemplo, né, a, a médica que é ginecologista, que é a responsável pelo serviço quer se aposentar, né, e eles estão com uma enorme dificuldade em encontrar (risos), é, encontrar substitutos. Então essa é a nossa limitação. (Entrevista 04).

As diferenças entre a primeira portaria, publicada em 2008, e sua revisão, publicada em novembro de 2013, estão evidenciadas em outro ponto da fala da Entrevista 04 transcrita a seguir, e já parcialmente aborda, sobre as mudanças nas duas portarias.

[...] inicialmente, na primeira portaria, a de 2008, era possível habilitar só serviço hospitalar, em hospital universitário, né. E, enfim, era uma portaria mais pra habilitar o serviço pra atendimento, não tinha uma concepção assim de, de articulação com a rede de saúde como um todo, pra que as pessoas, né, fossem atendidas e acolhidas desde a atenção básica até a especializada, é, uma preocupação com a integralidade da atenção, não tinha isso na, na portaria de 2008. [...] em 2... julho de 2012? Ano passado 2013, né? Não, é, julho de 2013 que foi publicada uma portaria, a segunda portaria, a 859, [...] que teve um grupo de trabalho, que participaram especialistas, e também acho que teve uma, teve a participação do movimento, e tal, teve um grupo de trabalho que, que elaborou isso. Só que aí foi publicada a portaria em 31 de julho e o Ministro suspendeu ela no dia seguinte [...], a justificativa que a gente encontra nos registros é de que, é, suspendeu a portaria até que fossem elaborados e publicados, enfim, os protocolos, né, principalmente o protocolo de hormonioterapia, enfim, protocolos né, de atendimento. Essa é a justificativa que a gente encontra nos registros. [...] essa 859, então, ela foi suspensa e ela ficou suspensa até novembro de 2013, quando então teve uma ação judicial, já transitada e julgada, ou seja, já não, não tinha mais como o Ministério [da Saúde] recorrer. É, e aí então, saiu a portaria 2803, que é a que tá valendo agora, que ela é, basicamente então, a 859, né, com acréscimo de alguns procedimentos, principalmente procedimentos, é, pra homens trans, que não tinha na, na portaria de julho, a 859. Então, teve esse, nesse processo teve essa participação, teve essa pressão mais dos movimentos e [...] por pressão também por justiça, assim, né. Usuários que entram na justiça e reivindicando seus direitos e, [...] ainda tá forte, porque, assim, são só quatro serviços habilitados no país inteiro, então, é, apesar da portaria ser de novembro de 2013, até agora não foi habilitado mais nenhum serviço. (Entrevista 04), grifo nosso.

As mudanças, ou retrocessos, que ocorreram na portaria de ampliação do processo transexualizador, publicada em julho de 2013, cancelada no dia seguinte, e republicada em novembro do mesmo ano, após sentença final de ação civil transitada em julgado foram evidenciadas em outro ponto da fala da Entrevista 04, disponível a seguir.

[...] a diferença que teve daquela de julho, que eu te falei que foi suspensa, pra 2803, é, foi a questão da idade, porque, na 859, aquela de julho de 2013, que foi suspensa no dia seguinte pelo Ministro [da Saúde], é, aquela reduzia a idade pra 16 anos pra procedimentos ambulatoriais e pra, 18 pra procedimentos hospitalares, cirúrgico, e tal. Então isso, na nova portaria, voltou ao que era, 18 anos pra procedimentos ambulatoriais, como a hormonioterapia e tal, e 21 pra, é, procedimentos hospitalares. É, porque esse, essa foi uma das, dos problemas que teve também eu acho que na suspensão, na minha avaliação (risos) na, na suspensão no dia seguinte, por ter muita crítica, o Conselho Federal de Medicina ainda não alterou essa questão da idade na resolução deles, eu sei que eles estão revendo essa, essa, a resolução, né. Mas, o próprio Ministério [da Saúde] até participou de uma reunião que mandou, enviou pro Conselho [Federal de Medicina], sugestões e tal, mas ainda não foi publicado uma nova resolução do Conselho né, que revise isso. Então, lá na resolução do Conselho ainda diz, ainda coloca isso, assim, é 18 anos pra procedimentos, hormonioterapia e tal e, é, 21 pra, então nenhum médico, entendeu, ia querer fazer se o Conselho [Federal de Medicina] não autoriza. (Entrevista 04), grifo nosso.

Visando um aprofundamento das informações com relação ao que vem sendo realizado desde 2011, foi indagado aos entrevistados sobre o que consideravam como "ganhos" e "entraves" com relação à PNSI LGBT, e ao analisar as respostas relacionadas a essa questão temos quatro entrevistados que "não informaram" sobre ganhos, sendo dois do DAGEP e dois do CT/GTI.

Houve diferentes citações com relação aos ganhos obtidos pela Política. Das oito entrevistas que relataram ganhos, destacasse a "visibilidade" que a política de saúde LGBT trouxe as demandas desta comunidade, de uma população que foi durante muito tempo marginalizada na saúde. Essa visibilidade pode ser redistribuída ao reconhecimento que esses indivíduos LGBT passaram a ter como sujeitos políticos, como cidadãos, reconhecendo seu direito a saúde e as suas especificidades.

[...] a política exige menos recursos e mais mudança de mentalidade. Então eu acho que a principal ganho da política foi ter trazido né, como um documento oficial do Ministério da Saúde pra todo o Sistema Único da Saúde a necessidade de ter um olhar acolhedor, reconhecendo as especificidades da população LGBT na saúde né. [...] Então acho que o principal ganho foi fazer com que todo o Sistema Único de Saúde, do Ministério às Secretarias estaduais, Secretarias municipais, as unidades de atendimento do SUS, tenha que pensar né, essa diversidade de sujeitos pra ter uma atenção integral, e atenção integral é reconhecer essas especificidades também né? Assim, se a mulher lésbica vai pra uma unidade de saúde num ginecologista, não é porque ela não transa com homens que ela não tem que fazer todos os exames do preventivo, não é? Então essa é a discussão que tem que ser feita com os profissionais, e eu acho que a política tem ajudado nesse sentido né. [...] Muita gente desconhece essas especificidades né, às vezes é por preconceito, às vezes é por é, digamos conservadorismo, mas às vezes é por ignorância né? De quem seja essa população, quais as necessidades, as especificidades que tem né, então acho que a política, acho que o principal ganho é trazer à tona este debate, é, dar visibilidade a esse segmento populacional dentro do SUS. (Entrevista 12).

Outro ganho apontado, por três entrevistados, foi com relação à política ser "um documento escrito e pactuado nas diversas instâncias", ou seja, se fala da institucionalização da política, da criação do marco legal e do compromisso assumido pelos gestores das diferentes esferas da saúde, o que também retoma a questão da visibilidade.

[...] Eu acho que o SUS é uma política que tem espaço pra todo mundo, da forma como ela é criada, como ela é concebida, agora o "todo mundo" que tá lá dentro, somos nós, é você, eu, cheio de defeitos, cheio de preconceitos, cheio de racismo, cheio de homofobia, entendeu? Então o avanço o que quê é? Ela [a PNSI LGBT] é um documento escrito, aprovado, e pactuado em instâncias, e em colegiados, que deu visibilidade as questões dessa diversidade de sujeitos que antes não existia, essa discussão era tímida aqui ou ali. Agora se você quiser fazer essa discussão você tem uma política, tá aqui, tem uma política [...]. (Entrevista 06), grifo nosso.

Há também outras citações realizadas uma ou duas vezes que são: "superar preconceitos", "provocar mudanças", "discutir orientação sexual e gênero" que não era discutido anteriormente, "sensibilização do Ministério da Saúde", "empoderamento do Movimento Social", "uso do Nome Social", "revisão da portaria do processo trans", "criação de Comitês Estaduais", "ações de comunicação e informação", e até "atuação do movimento" entre outros.

Com relação aos entraves apresentados, a "ampliação do acesso e acesso de qualidade" foi citado por três entrevistados, um do DAGEP e dois do CT/GTI, se colocando como um desafio para a ampliação do atendimento as pessoas LGBT, tanto pela PNSI LGBT quanto

pelo processo transexualizador, inclusive no enfrentamento junto aos gestores das diferentes esferas do SUS.

[...] ampliar o acesso de fato, esse é o principal entrave (risos). Não adianta existir uma portaria no papel, né, se não vai pra prática. Então, acho que, assim, o principal entrave é, né, fazer com que os gestores, porque assim, o Ministério [da saúde] não, não executa o serviço. Né, ele, ele financia, né, ele estabelece normas, mas ele não executa nenhum serviço, ele não vai lá na ponta e implanta o serviço. Então depende da, dos gestores municipais e estaduais. Então assim, é, esse é uma das dificuldades, fazer com que nos municípios, né, eles se organizem pra implantar serviços [...]. (Entrevista 04), grifo nosso.

A "discriminação dos profissionais no atendimento" foi citada por três entrevistados do CT/GTI, neste ponto, podemos refletir sobre a dificuldade que estes profissionais, enquanto profissionais de saúde que estão na ponta, possuem para superar seus próprios preconceitos. A política de saúde LGBT garante um atendimento de qualidade, integral e equânime, porém, o atendimento na ponta é feito por indivíduos que, por mais que sejam profissionais formados, não deixam de serem pessoas, de ter suas concepções, ideias e pensamentos, pois são sujeitos independentes.

Então, apesar da existência da política, saber como esses sujeitos vão se comportar no cotidiano, na ponta, e como isso será acompanhado ainda é um desafio nebuloso. Várias outras questões foram citadas, entre elas a "resistência de setores da sociedade civil", pois "a política exige menos recursos e mais mudanças de mentalidade. [...] E o principal desafio pra implementação dessa política é você enfrentar o preconceito e a discriminação". (Entrevista 12).

A "dificuldade para que os próprios municípios assumam e implementem a política", e os "serviços atuais isolados da Rede SUS", alinham-se a observação de que nos serviços atuais disponíveis para a população LGBT, principalmente os relacionados ao processo trans, ainda estão isolados da atuação em rede com os demais serviços da saúde, não conseguindo assim fazer uma interlocução com os demais equipamentos disponíveis no SUS, seja nos estados ou municípios.

[...] historicamente esses serviços eles ficaram muito isolados da, da rede de saúde como um todo, [...] não sei se foi da forma como eles se constituíram, porque era uma necessidade, se constituíram nesses hospitais e talvez não tenha tido uma participação mais direta dos gestores locais nesse processo, então, eles ficaram, ficaram um tanto quanto isolados, né, e eles precisam tá articulados na rede, porque na medida que, as ações se constituem assim, pra tá dando entrada pela atenção básica, aí, encaminhamento pra atenção especializada quando necessário, e depois o, o usuário e a usuária tem que voltar pra, pra ser atendido nas suas necessidades, como qualquer pessoa né? Não se querem instituições totais que o sujeito seja, né, atendido tudo num mesmo serviço. Não, ele tem que fazer uso dos serviços da rede como um todo, então, ele fez, fez a cirurgia, vai voltar pra casa, ele tem que, tem que ter quem atenda ele na atenção básica, ele tem gripe, ele tem né? (risos) Ele é diabético, ele é..., é, como todo mundo, entendeu? E como isso, como ainda tem, né, muita discriminação, e tal, é difícil que às vezes os profissionais na ponta entendam

que ele tem que ser atendido como qualquer pessoa. É claro que tem toda uma outra discussão, como faz a cirurgia, né, tem uma genitália, é, masculina e transforma como uma genitália feminina, então, é, o ginecologista lá na ponta, né, qualquer ginecologista tem que atender, não é só o ginecologista da, do serviço habilitado que tem que atender né. Os ginecologistas da rede tem que atender, é, às vezes, há uma resistência com relação a isso, acha que não, que é só no serviço habilitado que tem que atender, e não é, até porque são muito poucos e o sujeito tem que ser atendido no seu município, demais necessidades de saúde que ele tem. E então, assim, então tem isso, é, acho que o acesso, né, essa questão do, de ampliar mesmo o acesso, acho que é a maior dificuldade que a gente tem enfrentado. (Entrevista 04).

Outro ponto citado que também chamou atenção diz respeito ao "preconceito por parte da população" e "resistência da inclusão no sistema", com relação aos quesitos de identidade de gênero e orientação sexual nos demais sistemas do SUS, a moldes da inclusão no SINAN. Desta forma, podemos destacar a citação abaixo:

[...] o grande desafio dessa Política é nós reconhecermos que à medida que a gente dá visibilidade a ela, que a gente dialoga com os diferentes setores da sociedade, nós temos aqueles que vão reconhecer esse direito e vão vir conosco, e tem aqueles que por uma concepção ideológica e de escolhas de vida não vão superar. [...] mas eu acho que a melhor forma de mostrar pra eles que é possível ter um mundo plural, igual e de respeito, é construir a cidadania desses que sofrem vulnerabilidades e preconceitos. (Entrevista 02).

A "ausência de recursos"; "desconhecimento da política"; "ações para a população LGBT ainda relacionadas à questão da Aids"; e a "falta de profissionais capacitados para a alta e média complexidade", também foram citados pelos entrevistados, sendo este último quesito apontado como empecilho para a ampliação do atendimento e realização das cirurgias do processo transexualizador, pois há poucos profissionais capacitados para a realização das cirurgias ou mesmo o acompanhamento ambulatorial dos pacientes travestis e transexuais, e até mesmo de profissionais que se disponham a realizar este serviço, como já citado anteriormente.

Há também citação referente ao "desafio da interface com a saúde mental". Uma análise crítica citada durante a entrevista a partir de uma avaliação de que os CAPS e CRAS poderiam atuar diferenciadamente neste cenário para a população LGBT. O "uso do debate eleitoral", já citado anteriormente, e até mesmo a "retirada de material educativo das escolas", o Kit Anti-homofobia, também foram citados pelos entrevistados, merecendo destaque, pois, demonstram um ambiente de conflito em um cenário aonde o conservadorismo vem crescendo cotidianamente.

[...] tem uns cenários bem tensos né? Que é a cena delicadíssima aí, né? É ponto de discussão, a gente tá em período eleitoral, isso aparece como, né, como ponto, assim de gostar mais de um candidato ou não pelos seus posicionamentos, né, acho que "n" retrocessos né? Quando você avança, aí daqui a pouco não, porque isso vai ser um absurdo, falar disso em escola, né. Acho que é o cenário do cotidiano, assim, né, aí se avança, se retrocede. É, e a participação dos movimentos aí é fundamental, né, porque eles que sustentam as vitórias [...]. (Entrevista 10).

Com relação aos recursos disponíveis para a implementação da PNSI LGBT, a proposta era verificar quais recursos a política possui para sua implementação, entre recursos humanos, materiais e financeiros, e principalmente, verificar se os entrevistados tinham conhecimento desses recursos, uma vez que, como ressaltado na Entrevista 12,

[...] a política ela tá sob a responsabilidade da DAGEP né, mas a DAGEP faz uma articulação com todo o Ministério pra que ela seja implementada. Então tem recursos pro desenvolvimento dessa política em todos os cantos do Ministério da Saúde né? Desde equipamentos e insumos pra, pra garantir o processo transexualizador, a hormônio terapia né, e todas as necessidades das pessoas trans e travestis, até a, o investimento em cursos, em capacitações dos profissionais, pra conhecer a política e ajudar na mudança de mentalidade, de comportamento pra um acolhimento mais humano desse segmento populacional, então assim, o investimento é em todas as áreas né. (Entrevista 12).

Antes de iniciarmos a análise desta questão, cabem alguns esclarecimentos com relação aos membros do DAGEP: um dos entrevistados “não informou” sobre os recursos, pois, a questão 9 do roteiro de entrevista não lhe foi indagada diretamente durante a entrevista (por erro do entrevistador), o que deixou esta entrevista fora desta análise; e um outro entrevistado do DAGEP “não soube informar” sobre os recursos disponíveis.

Embora alguns temas tenham sido abordados em questões anteriores pelos entrevistados, com relação a esta questão, analisaremos apenas quatro das cinco entrevistas dos membros do DAGEP. Neste caso, não podemos afirmar, mas é difícil compreender que um membro do DAGEP, que trabalha com a política, não se compreenda como parte integrante ou mesmo não conheça os recursos financeiros, humanos e materiais disponíveis.

Com relação aos recursos humanos, o mais citado, com cinco citações nas entrevistas, sendo duas do DAGEP e três do CT/GTI, foram os membros da própria DAGEP como principal fonte de recursos humanos. Três entrevistados, um do DAGEP e dois do CT/GTI, citaram a "articulação com outras áreas do Ministério da Saúde", ou seja, que a política de saúde LGBT também tem interface com os recursos humanos das outras áreas.

Outros recursos humanos foram levantadas durante as entrevistas como de "trabalho conjunto com os Conselhos", e "trabalho conjunto com o Movimento Social", o que ressalta a parceria com outros atores não governamentais para a implementação das ações da política. Em contraponto, uma situação crítica chamou bastante atenção durante a entrevista, das 10 entrevistas analisadas, cinco entrevistados "não souberam informar" ou “não informaram” quais recursos humanos à política possui, sendo três do CT/GTI e dois do DAGEP.

Foi citado como uma fonte de recursos humanos os "cursos de capacitação de lideranças e gestores", uma vez que os cursos de formação e capacitação oferecidos configuram-se como cursos de formação de multiplicadores, visando ampliar o número de

profissionais e lideranças junto aos Conselhos, as Secretarias, ao Movimento, para que sejam lideranças mais capacitadas a atuar em prol da política dentro de suas esferas e de suas áreas de atuação.

Também foi citada a existência de dois servidores na área de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, que trabalham com a Pesquisa de Saúde LGBT. Houve uma citação relacionada à "necessidade de ampliação para o atendimento das demandas", uma vez que a demanda existente é superior ao quantitativo de trabalhadores disponíveis para o atendimento da mesma, como citado a seguir.

[...] aqui dentro do Ministério eu vejo que poderia melhorar né, ampliar, porque a gente realmente tem muita demanda, e pra dar resposta a isso a gente teria que ter uma equipe maior, é a gente vê que acaba não podendo dar o máximo da gente por tá atendendo a essas diversas demandas né. (Entrevista 07).

Com relação a recursos materiais, das onze entrevistas analisadas, oito entrevistados não citaram recursos materiais, apesar de, possivelmente, terem ciência desses recursos, mas não foi por eles informado. Das três entrevistas que citaram algum recurso material temos citações relacionadas à disponibilidade de "material gráfico e informativo" produzido de forma geral ou por segmento, citada por dois entrevistados do DAGEP e um entrevistado do CT/GTI.

A "intersectorialidade dentro do Ministério da Saúde" foi citada por um entrevistado do CT/GTI e dizia respeito à existência em cada área do Ministério da Saúde, dentro de suas ações de produção de recursos materiais, que pode, e deve, inserir a população LGBT para a realização de suas ações.

Esses dados são interessantes se observarmos que os próprios profissionais que trabalham com a política LGBT, sejam eles do Comitê Técnico LGBT, do GTI, ou mesmo da DAGEP, não reconhecem o próprio material disponível para seus trabalhos como recurso material. Isto é um fato contrastante, uma vez que, em outros pontos nas questões anteriores das entrevistas, ter havido destaque para a produção de material informativo produzido para atuação geral ou por segmento, seja gráfico como cartilhas, ou mesmo reportagens e matérias em revistas ou publicações da área da saúde.

Observo nessa questão que há um problema na comunicação entre DAGEP, Comitê Técnico LGBT, e GTI sobre o que tem ou é produzido e o que está disponível para atuação, e dentro do que tem disponível, de como se trabalhar com esse material. Percebo nesta questão a necessidade de se criar um *locos* de comunicação, que faça a informação circular entre os membros desses espaços de gestão citados, de forma mais efetiva.

Com relação aos recursos financeiros, temos um quadro muito semelhante ao dos recursos materiais, das onze entrevistas analisadas, cinco "não souberam" ou "não informaram" sobre a existência de recursos financeiros, sendo dois do DAGEP e três do CT/GTI. Das seis entrevistas que citaram a existência de recursos financeiros, três entrevistas, dois do DAGEP e um do CT/GTI, citaram a portaria do ParticipaSUS que é onde, realmente, há recursos alocados para a realização das ações que compõe as políticas de equidade, onde se insere a saúde LGBT.

Outra citação destacada por um membro do DAGEP e outro do CT/GTI nas entrevistas, teve relação com o "apoio a projetos da sociedade civil", sendo este um recurso que sai do Ministério da Saúde para a ponta, para as ações realizadas pela sociedade civil, podendo, inclusive, estar até mesmo alocado via ParticipaSUS.

As demais citações de recursos foram: o "faturamento pela tabela SUS dos procedimentos realizados no processo transexualizador", inserido na área de Alta e Média Complexidade do Ministério da Saúde; a destinação de "2 milhões para a realização da Pesquisa Nacional de Saúde LGBT" alocados na área de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde; as cotas de custeio do DAGEP para "diárias e passagens", para a presença ou realização de eventos; e a "presença de recursos financeiros em todas as áreas do Ministério da Saúde", em uma referência a intersetorialidade necessária para a efetivação da política, uma vez que, a política de saúde LGBT é transversal, e se propõe a estar presente em todas as áreas da saúde, e não apenas no Departamento de Gestão Estratégica e Participativa.

3.2.5 Contribuição dos Entrevistados

Em relação à última questão do roteiro de entrevista, onde os entrevistados eram convidados a fazerem contribuições sobre a PNSI LGBT, sua relevância ou obstáculos, ao analisarmos as contribuições apresentadas, observou-se diferentes nichos de contribuições. Não houve a predominância entre estes nichos, que vão desde a "abertura da academia" para a temática LGBT e o uso e respeito ao Nome Social nos espaços acadêmicos, assim como, ações de vigilância e educação permanente dos profissionais em serviço, visando ampliar e garantir a permeabilidade da PNSI LGBT.

A inclusão dos quesitos de Orientação Sexual e Identidade de Gênero nos sistemas de saúde, não apenas no SINAN como é hoje, foi outro ponto apresentado, demonstrando a necessidade de criarem-se indicadores e dados de mensuração a respeito de doenças e agravos relacionados à população LGBT.

Outras citações referiram-se à: qualificação dos trabalhadores que irão lidar com o Nome Social no Cartão SUS; ampliação do acesso e dos serviços de saúde do processo Trans; a necessidade dos gestores locais de assumirem a responsabilidade com relação à intersectorialidade das políticas; a resistência que ainda existe em torno da política de saúde LGBT; a necessidade de se compreender o atual momento de consolidação da política; até a percepção de que não se consegue, possuindo 5.570 municípios, ter uma política de saúde que seja engessada e não respeite as especificidades e possibilidades de cada município, tendo assim uma política maleável e que possa se adaptar a realidade de cada cenário municipal.

De todas as falas realizadas durante as entrevistas, algumas merecem um destaque especial, por representarem compreensões e demandas históricas do Movimento LGBT, da Academia, e mesmo de Governos, e também por refletirem compreensões pessoais e intrínsecas a esta pesquisa. Entre elas, destaca-se a fala da Entrevista 07, sobre a necessidade da inclusão da discussão sobre diversidade nos currículos dos cursos de formação de profissionais de saúde.

[...] uma das formas de trabalhar a questão da qualificação dos profissionais de saúde pra atender a saúde da população LGBT é a questão de inserir na grade curricular dos cursos é... da saúde né... inserir um pouco das especificidades, da garantia do respeito, da não discriminação, a gente vê que esse trabalho todo que a gente tem de qualificar os profissionais que já estão trabalhando ele poderia ser reduzido se isso fosse inserido de uma maneira bem didática e gradual, nas grades curriculares dos cursos de formação, eu até fiz uma, a minha pós-graduação ela foi nessa linha né, avaliando dentro da medicina como é que era abordada a questão da sexualidade, dos direitos sexuais, da saúde da população LGBT na grade curricular dos cursos de medicina, e a gente vê que são muito poucas, e isso interfere né, na, por que a gente quando trabalha a questão de capacitação, sensibilização, a gente não garante que o profissional vai mudar as suas atitudes né, então se você consegue inserir isso, muito também através da prática, onde os estudantes possam desde o início interagir mais com essa temática, eu acho que formaria melhor os profissionais pra atender. (Entrevista 07).

Coloca-se aqui a observação histórica, não apenas da demanda LGBT, mas de inúmeras outras demandas sociais de saúde, como mulheres, negros e negras, indígenas, etc. que majoritariamente são abordados de forma insuficiente nas grades curriculares dos cursos de saúde. Embora, há bastante tempo, fale-se em revisão dessas grades, bem pouco vem sendo feito, pois não se trata da mera mudança de nome de disciplinas, mas também, de como o conteúdo é abordado, e como a compreensão dos condicionantes e determinantes sociais influenciam no bem estar e na saúde de uma população.

Em outra entrevista falou-se da necessidade de compreensão da diversidade local, geográfica e socialmente falando, por parte da gestão para o planejamento, uma vez que determinadas propostas precisam compreender esta diversidade para poder se inserir neste

contexto local, não podendo ser imposto e inflexível, sobre pena de enfrentar obstáculos onde necessita de aliados.

[...] Planejamento, ele é ascendente e integrado né? Que às vezes a gente tem brilhantes ideias aqui em cima né, mesmo no Comitê, só que ele não cabe nos municípios menores, ou mesmo no município grande, onde a vida se desenrola né. E eu acho que a gente tem que fazer essa aproximação maior, dos municípios, do que eles fazem, do que eles tão fazendo, às vezes, o cara tá fazendo uma Marcha lá, é uma coisa bacana, lá tem sentido, lá valorizou né? Visibilizou o Movimento e a Política. Em outros municípios não tem, não tem essa condição né. Eu acho que é isso, que eu acho que é a principal contribuição do CONASEMS ai dentro, que é: não só os sujeitos são diversos, como as cidades onde os sujeitos moram, também tem essa diversidade. E a gente tem de ter sabedoria pra distinguir isso né? Que alguns lugares isso não cabe, em outros cabe, em alguns lugares a gente introduz goela abaixo e cria até situações desnecessárias pra população, e em outras, você tem que fazer, porque é um absurdo você não fazer, não é? (Entrevista 06).

Neste cenário de conflito entre o desejável, o viável, e o possível, o Movimento LGBT se estruturou e conseguiu, através de lutas e debates, espaço para ser reconhecido como ator de destaque na luta por uma política de saúde cada vez mais equânime e integrada. Mesmo diante dos obstáculos enfrentados, como bem lembrado pela Entrevista 11, é na luta pela saúde que as pessoas LGBT protagonizam sua cidadania, conseguindo caminhar da escuridão para a visibilidade.

[...] o Movimento LGBT ele se estrutura a partir da saúde né. A epidemia de Aids ao mesmo tempo que ela abre a porta né, pros [...] gays e travestis né, principalmente né, pra um cenário bastante sinistro vamos dizer assim, no início da epidemia, nos anos 80, ela também abre a porta pro Movimento LGBT, que já existia antes, obviamente, mas de forma não tão, vamos dizer assim, interiorizada e tão ampla como é hoje, ela abre essa porta pra que o Movimento LGBT se fortaleça né, pra que ele inclusive hoje seja reconhecido como Movimento LGBT. Então eu acho que a saúde teve um papel fundamental na estrutura, na estruturação, na formação de ativistas, na capacitação, na formação de organizações não governamentais né, a saúde ela teve esse papel fundamental. Então obviamente que seria a saúde a devolver pra população LGBT o primeiro, vamos dizer assim, a primeira política a ser devolvida de forma estruturada e organizada [...], porque do mesmo jeito que a população LGBT ela se organiza a partir da saúde, ela também devolve pra população essa organização no sentido de resultados e de políticas. [...] hoje assim, pra qualquer pessoa que vai falar sobre Movimento LGBT, sobre cidadania LGBT, não tem como fugir, ou não tem como não falar da participação de ativistas no processo de construção da saúde pública no Brasil né, porque, foi a saúde que abriu essa porta que ajudou a organizar, enfim, e pelo Departamento de DST/Aids, mas também a partir né, do próprio reconhecimento da Aids como uma doença crônica, os próprios ativistas, a grande maioria gays, passaram ainda como representantes do Movimento Aids né, mas já tinham assento no Conselho Nacional de Saúde né, nos Conselhos estaduais e municipais de saúde, e discutiam as questões de saúde como um todo, pra além das discussões só com a Aids. Então a saúde ela foi fundamental pra formação do Movimento, e consequentemente, fundamental pro reconhecimento da cidadania. Eu acho que a primeira política setorial que reconhece o cidadão LGBT como cidadão, porque devolve a ele uma política ampla integral com atendimento as pessoas travestis, transexuais, lésbicas, enfim, gays e consequentemente a toda a população. (Entrevista 11).

Duas falas sobre o momento da política chamam atenção. Elas tratam de aspectos diferentes, porém complementares, ao abordar o estágio em que a PNSI LGBT se encontra atualmente, e a atual fase na saúde Trans.

[...] nesse momento, é, é como se fosse o primeiro estágio [...], aquele em que a gente ainda encontra mais resistência e algumas coisas tão sendo consolidadas, pra depois a gente poder, é, começa a construir outras, outros caminhos, outras coisas. (Entrevista 05).

[...] Eu gostaria que realmente ampliasse o acesso (risos). Que realmente a gente conseguisse ampliar o acesso [...]. Claro que tem várias áreas no SUS que tem problema de acesso, né, assim como o processo Trans e tal, mas, é, se tem algumas áreas que já tão em outro processo de ah, de qualificar, né, de fazer capacitação pra qualificar o atendimento, o serviço e tal, a gente ainda tá na fase de, de tentar, é, ampliar o acesso, ou seja, de ter mais serviços pra que as pessoas possam ser atendidas [...]. (Entrevista 04).

Essas duas falas refletem a compreensão percebida durante as entrevistas com relação ao momento da implementação da PNSI LGBT, que atualmente se encontra no momento de convencimento e de fortificação, e onde a execução ainda caminha sobre um terreno desconhecido e nebuloso.

3.2.6 Contribuições para o Debate

Se levarmos em consideração que:

- até pouco tempo o acesso à saúde era um privilégio para poucos;
- a Constituição de 1988 universalizou o acesso a saúde a todos, mas não qualificou a que “todos” ela se referia. Qualificação necessária uma vez que a “educação”, formal e informal, não foi capaz de embutir no aprendizado educacional e social de uma parcela considerável de gestores e profissionais de saúde a compreensão de que a palavra “todos” necessariamente inclui as suas “partes”;
- somente em 2004 começou-se a discutir, em reuniões diferentes, ações de saúde para o combate a Aids e ações de saúde para a população LGBT;
- apenas em 2006 as pessoas travestis e transexuais passaram a poder utilizar no Sistema Único de Saúde a forma de tratamento que melhor lhes representam;
- somente em 2008 pessoas transexuais deixaram de ser “cobaias” de hospitais universitários ou mercadorias de clínicas particulares clandestinas, para terem incluídas e regulamentadas em portarias específicas do Ministério da Saúde os procedimentos inerentes ao processo transexualizador no SUS;

- apenas em 2011 o Ministério da Saúde, após aprovação no CNS e pactuação na CIT, publicou uma portaria tratando de uma política de saúde integral para toda a população LGBT, instituindo assim o direito à saúde a esta parcela populacional.

Talvez, com essas considerações, possamos compreender a importância e a necessidade desta política, que teve de esperar a maioria do SUS para poder ser, enfim, iniciada.

Compreendo a existência de momentos, por vezes concomitantes, para a implementação de uma política. É necessário haver discussão, é necessário haver conquista de espaço, é necessário haver convencimento, é necessário haver fortificação, e é necessário haver execução. Essas são, para mim, as necessidades da política, e elas não conseguem ser executadas em apenas quatro anos.

Quando as mudanças no comando da gestão ocorrem, por vezes, as políticas em momentos ainda fragilizáveis são deixadas de lado ou iniciam um novo ciclo de execução, e todo o trabalho anterior tem de se reiniciar. Essa deficiência se reflete também em decorrência da falta de memória existente com relação à saúde LGBT e a construção da política.

Essa falta de memória refletirá futuramente em ainda mais falta de memória, sendo este um processo crítico, pois, embora a política LGBT seja apenas “mais uma”, esse cenário se reflete em inúmeras outras políticas de saúde, uma vez que o corpo de funcionários em atuação é mutante, e sofre baixas e trocas realizadas a cada quatro anos, não havendo a permanência de quadros que possam carregar consigo as etapas e atuações já realizadas para a implementação de determinadas políticas.

No caso da política LGBT, dos treze entrevistados apenas quatro, dois do DAGEP e dois do CT/GTI, informaram ser concursados, e mesmo assim, de um concurso recente, realizado em 2012, para o Ministério do Planejamento, e não da Saúde. Para uma política que possui um histórico de desenho e articulação, efetivamente iniciado em 2004, a falta de memória coloca um viés potencialmente crítico para seu desenvolvimento.

Esse cenário se coloca como preocupante se pensarmos que as mudanças advindas a cada quatro anos com as eleições majoritárias e proporcionais, para a Presidência, Governos Estaduais e Distrital, e para o congresso, também refletem em mudanças nos cargos de gestão, assessorias e comissionados. Quadros esses que vinham desempenhando um determinado papel que é interrompido com a mudança de gestão.

Usando de metáfora, podemos imaginar que a cada quatro anos os laços se desfazem e necessitam ser reconstruídos novamente. Isto evidencia a importância da presença de servidores efetivos, concursados, que possam guardar consigo a memória dos laços necessários a serem

mantidos, refeitos, ou construídos, permitindo assim que uma determinada política se torne de Estado e não de Governo, e possa assim ultrapassar mandatos. Da mesma forma, foi através das mudanças realizadas nos quadros de gestão que determinadas demandas puderam ser alcançadas, demonstrando um aspecto positivo e importante para a política LGBT.

Quando uma política consegue ultrapassar mandatos, observa-se nelas a força presente nos pactos institucionais anteriormente realizados, sejam esses pactos realizados nas esferas governamentais ou no conjunto da sociedade, como por exemplo, as políticas de saúde da mulher, negros e negras e DST/Aids que conseguiram ultrapassar a perenidade dos governos aos quais foram propostas.

No que concerne a intersectorialidade, é importante frisar a necessidade colocada pela PNSI LGBT de quando se pensar em uma política de saúde, se observar que esta política também atingirá a população LGBT. Usando um exemplo, quando se pensar políticas para mulheres, é importante lembrar que também existem mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais. Dessa forma, o recurso na política para a realização de ações dessa parcela populacional estará presente nos recursos disponíveis para a política de mulheres, e não na política LGBT que diretamente não possui recursos financeiros. O mesmo raciocínio se faz para Negros e Negras, Adolescentes, Sistema Prisional, Indígenas, Quilombolas e etc.

Faz-se necessário pensar que em cada segmento da sociedade também esta presente outro segmento social ali inserido. Assim, com relação à intersectorialidade do recurso, é fundamental se compreender a dinâmica e as possibilidades disponíveis para a efetivação desta política. Necessita-se, para tanto, de uma mudança interna no próprio Ministério da Saúde, para que se possa começar a observar que não se precisa ter "caixinhas" engessadas na área da saúde, mas que essas necessitam se intercomunicar e fazer fluir entre si, suas demandas e seus recursos, tornando a saúde cada vez mais universal, integral e equânime.

Existe uma diferença entre o "estar fora" e o "estar dentro" para se executar uma política, seja ela qual for. Neste processo, se reconhece um determinado tempo e espaço favorável para se executar determinadas ações para que se consiga avançar o máximo possível, no intuito de se consolidar ao máximo uma política. Desta forma, previne-se que, quando esse espaço de tempo se fechar, a política trabalhada não sofra tantos retrocessos, ou retrocesso algum, e assim consiga se manter e se estabilizar.

Corroborando com a quantidade tão diferenciada de contribuições, levantadas na última questão do roteiro de entrevista, posso compreender como são tão diferentes, e ao mesmo tempo complementares, as citações. Talvez pela proximidade com a origem diferenciada dos entrevistados envolvidos com a implementação da política, assim como eles,

também possui uma formação acadêmica enraizada na área da saúde, com histórico de atuação no Movimento Social, em destaque o LGBT, e com passagem pelo Serviço Público na saúde. O que também mostra em mim, a esperança presente em cada uma das entrevistas, e o desejo tão diverso por questões importantes, demonstrando um percurso longo e diferenciado a ser percorrido, sendo este um campo em aberto e repleto de diferentes caminhos, possibilidades e oportunidades.

Tudo isso está em aberto, pode ser frutífero e pode ser encampado, assim como a diversidade de opiniões. A ausência de um consenso sobre o que pode ser realizado a médio e longo prazo pode ser prejudicial e, ao mesmo tempo, pode não ser. Este trabalho abre caminho para um leque de oportunidades futuras de estudo, alguns já em execução por outros grupos acadêmicos e pelo próprio Ministério da Saúde. Porém, cabe destacar que o objeto de estudo desta pesquisa se ateve ao nível Federal da esfera governamental, sendo oportuna sua aplicação em outros níveis de gestão, e até mesmo em parcela populacional LGBT, para que se consiga abranger um horizonte maior a respeito da implementação da PNSI LGBT.

Outro aspecto deste trabalho diz respeito à possibilidade de se refletir sobre os processos e protocolos hoje em execução, através das diversas políticas de saúde, e sua abrangência e inclusão em um cenário de um SUS cada vez mais universal, integral e equânime. A inclusão LGBT representa a derrubada de uma barreira existente e segregadora (entre tantas outras), que ainda hoje persiste e deixa homens e mulheres de fora da atenção integral à saúde.

4 CONCLUSÃO

Há uma luta cotidiana por uma sociedade mais inclusiva, mais justa, onde homens e mulheres, independente de fatores como sua origem, raça, orientação sexual, gênero e etc., possam ter assegurados seu reconhecimento enquanto cidadãos. Assim como, sua condição humana seja garantida através de práticas sociais, políticas e governamentais, além de políticas públicas capazes de tal enfrentamento.

Este trabalho soma-se às ferramentas existentes para o enfrentamento desta luta. Sua realização é desafiadora, e traz à luz o resgate de uma das batalhas que vem sendo travada na busca por esta sociedade. Além de configurar-se como um registro da história percorrida desde a criação do SUS, um sistema de saúde para todos, até a compreensão de que as pessoas LGBT também são parte do “todos” em questão.

O Governo Federal, ao reconhecer à necessidade de abordar diferenciadamente a saúde LGBT no SUS, promove um avanço na história da construção do Sistema de saúde brasileiro. Esse reconhecimento, em primeiro lugar, assume que o Governo relegou à invisibilidade essa parcela populacional e, em segundo lugar, busca reverter o caráter estigmatizante da Aids, imprimido à população LGBT, que foi diretamente associada pela saúde brasileira como alvo direto das políticas e ações de combate à disseminação desta doença.

A PNSI LGBT resulta de um esforço conjunto, do Movimento LGBT e de lideranças e setores governamentais, que juntos encontraram espaço político e oportunidade social para retirar do campo das ideias a proposta desta política. Porém, e apesar de ser um abrigo legal, tal política soma-se a algumas outras iniciativas governamentais já existentes, e assim como elas, está a mercê da permanência do gestor nos altos cargos do executivo, seja como Prefeito(a), Governador(a) ou Presidente(a).

A simples mudança do ocupante destes cargos representa uma ameaça real à existência desta e de inúmeras outras políticas, que buscam corrigir distorções sociais na área da saúde, e ampliar a cobertura da proteção do Estado. Através do conceito de equidade, e utilizando o mecanismo dos Direitos Humanos, o Poder Executivo, com o respaldo do Poder Judiciário, reconhece a necessidade de se corrigir essas distorções. Mas, esbarra na forte rejeição do Poder Legislativo que, dominado por bancadas conservadoras e suprapartidárias, impede que qualquer avanço social para a população LGBT se transforme em reconhecimento legal através de leis que, direta ou indiretamente, beneficiem esta parcela da sociedade.

O engessamento do Poder Legislativo não pode ser atribuído apenas às últimas legislaturas, mas configura-se como um reflexo sistemático desde a Constituinte de 1988, quando o termo “Orientação Sexual” foi retirado do texto constitucional promulgado. Apesar de um histórico crescente da militância LGBT, o debate político da constituinte não prosperou. Mesmo diversa e diferenciada, a militância LGBT uniu-se em torno da luta contra a Aids já no início dos anos de 1980 e, a partir de então, promoveu um ativismo constante pelas demandas de saúde de todas as pessoas HIV positivas, sendo protagonista deste debate.

Posteriormente, no decorrer das décadas de 1990 e 2000, o pioneirismo de grupos como o SOMOS e o GGB, foi reforçado por outros grupos LGBT de expressão regional, alguns direcionados a segmentos específicos, inclusive de amplitude nacional como a ABGLT, LBL e ASTRA. Esse enraizamento de organizações de defesa da população LGBT passou a abrir espaço para demandas além da Aids ou da Segurança Pública. Na saúde, a ampliação deste debate encontrou espaço acolhedor para seu desenvolvimento nos governos Lula I e II (2002-2010), respaldado pela criação de carta de intenção (Brasil sem Homofobia) e Conferência específica para debater as demandas sociais LGBT.

A inclusão paulatina da orientação sexual e identidade de gênero em muitas das políticas de saúde desenvolvidas entre 2004 e 2010 foi fundamental para a reinserção da população LGBT no escopo do atendimento à saúde. Para além de seu direcionamento às ações de combate à Aids, a população LGBT teve acolhida sua demanda de criação de uma política ampliada e que lhes desse espaço no âmbito da saúde integral pelo CNS, em 2009.

A mudança de governo, em 2011, trouxe consigo um outro cenário político, ainda mais conservador que o anterior. Porém, em meio a este contexto, o Ministério da Saúde conseguiu reativar o Comitê Técnico de Saúde LGBT, pactuar a PNSI LGBT na CIT e, assim, publicar a Portaria que instituiu esta política em todo o SUS. Além de ampliar o processo transexualizador.

Esse avanço nas políticas públicas não foi acompanhado dos recursos financeiros necessários para suas implementações e, porque não dizer, adesão dos gestores estaduais e municipais de saúde. Anteriormente, o financiamento das ações de combate à Aids abrangiam as demandas LGBT encampadas por Organizações Não Governamentais, que sobre a proteção deste tema, conseguiam dar visibilidade a outras demandas desta população.

Com a promulgação da PNSI LGBT, até por se tratar de uma política intersetorial, focada a direcionar o SUS para o acolhimento e a saúde integral LGBT, os recursos para a sua implementação ficaram a cargo de outra iniciativa. A política do ParticipaSUS que, como uma política “guarda-chuva”, passou a ter a responsabilidade de financiar a implementação desta e

de outras políticas setoriais de equidade em saúde, ainda não tem se demonstrado capaz de dar o retorno necessário para a sua implementação.

Sem a força do financiamento robusto da Aids; com poucos adeptos para sua implementação; e com uma equipe enxuta no Ministério da Saúde para sua execução, a PNSI LGBT esta ancorada no apoio de outras áreas do Ministério da Saúde, e até mesmo de outros ministérios como a SPM e a SDH, além de instituições de representação como a CONASS e CONASEMS. O suporte, ainda escasso, de algumas secretarias estaduais e municipais de saúde, é fundamental para que o Ministério da Saúde, através do DAGEP, e o ativismo do Movimento LGBT possam se fortalecer e auxiliar no esforço para que a PNSI LGBT possa ser cada vez mais fortalecida e encampada cotidianamente pelos atores do SUS.

Para que este objetivo seja alcançado, é preciso que os recursos financeiros do ParticipaSUS sejam substancialmente reforçados, além da adoção de medidas que consigam realmente reformular o currículo dos cursos de graduação do campo da saúde, possibilitando assim a inclusão real de temas ainda hoje subalternos para a formação e exercício profissional, como a diversidade sexual e a identidade de gênero.

No campo da formação em serviço, é preciso que mais estratégias de educação permanente possam ser desenvolvidas e fortalecidas, dando alternativas para a formação continuada de profissionais em serviço, dos diferentes níveis da atenção, além da fortificação da capacitação de lideranças sociais, gestores estaduais e municipais, e integrantes dos diversos conselhos. Esses ambientes de formação devem ser periódicos e estar atentos à rotatividade presente nos espaços e serviços.

Especificamente no âmbito da gestão, é imprescindível uma estratégia diferenciada para que se consiga a sensibilização e adesão dos ocupantes dos postos de Secretários (as) estaduais e municipais de saúde, pois, estes são atores chaves para que a PNSI LGBT consiga se regionalizar. Por conseguinte, para que esta aproximação seja eficaz, é necessária uma aliança estratégica do Ministério da Saúde com os atores apoiadores do CONASS e CONASEMS, além da adoção de uma linguagem específica capaz de ser compreendida pelos Secretários (as) de saúde.

No âmbito político, é necessária a realização de uma aliança dos mais diferentes segmentos sociais, para que juntos possam fazer frente ao conservadorismo retrógrado que domina os acentos do Congresso Nacional, que sob a alcunha da defesa da “família” e da moral negam o reconhecimento da plenitude da cidadania às pessoas LGBT, impedindo que leis direcionadas a estes sejam aprovadas. Essa aliança necessita ter a estratégia e a força já demonstrada anteriormente por movimentos sociais como das Mulheres, Negros e Negras,

Infância e Juventude, entre outros, que conseguiram aprovar leis específicas para seus segmentos, mesmo diante da resistência presente no Congresso Nacional.

Os caminhos trilhados para que a saúde LGBT pudesse passar a ser compreendida como integrante da cobertura do SUS foram, e são, árduos. Seus defensores serão lembrados como pioneiros e defensores da luta por uma sociedade cada vez mais inclusiva, justa, e igualitária. O mapeamento das políticas que possibilitaram a criação da PNSI LGBT, e a identificação dos atores, movimentos e contextos presentes na emergência da implementação desta política, representa um marco para que esta parte da história seja reunida e não se perca com o tempo. Este trabalho, inclusive, pode servir como base para estudos futuros sobre o tema, e o aprofundamento de políticas e pesquisas direcionadas para a população LGBT.

REFERÊNCIAS

- ABGLT, Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. **Estudo com Gays e outros homens que fazem sexo com homens**; ABGLT, 2010.
- ABIA, Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. **Anais do Seminário Estudos e pesquisa em DST/HIV/AIDS: determinantes epidemiológicos e sociocomportamentais, 14 a 16 de dezembro de 2009, em Porto Alegre**. Rio de Janeiro: ABIA, 2010.
- ANJOS, Gabriele dos. **Homossexualidade, direitos humanos e cidadania**. *Sociologias* Porto Alegre. 2002, n.7, pp. 222-252.
- _____. **Identidade sexual e identidade de gênero: subversões e permanências**. *Sociologias*. Porto Alegre, 2000, n.4, pp. 274-305.
- APPAD, Associação Paranaense da Parada da Diversidade. **Guia de Advocacy e Prevenção em HIV/AIDS: Gays e outros Homens que fazem Sexo com Homens**. Organizadores: Cecília Simonetti, Toni Reis e David Harrad. Curitiba-PR: APPAD, 2009.
- AYRES, JRCM. O Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, set-dez 2004.
- AYRES, JRCM. Organização das ações de atenção em saúde: modelos e práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 18, sup. 2, p. 11-23, 2009.
- BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A.. Introdução. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p.10-19. Online: Disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.
- _____, REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p.138-172. Online: disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.
- BELOQUI, Jorge A. Risco relativo para Aids de homens homo/bissexuais em relação aos heterossexuais. **Rev. Saúde Pública**. 2008, vol.42, n.3, pp. 437-442.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria MS 2807 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 (ParticipaSUS) ... / Ministério da Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 2803 Redefine e amplia o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2013b.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 2712 Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos**. Brasília, Ministério da Saúde, 2013c.
- _____, Ministério da Saúde. **Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretária de Gestão Estratégica e Participativa**. Brasília, Ministério da Saúde, 2011.
- _____, Ministério da Saúde. **Portaria 2836 Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2011b.
- _____, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Texto Base da 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos de LGBT: Por um país**

livre da pobreza e da discriminação: **Promovendo a Cidadania de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2011c.

_____, Ministério da Saúde. Portaria MS 2979 **Transferência de recursos para Estados e Distrito Federal para qualificação da gestão no SUS, especialmente para a Política ParticipaSUS / Ministério da Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2011d.

_____, Ministério da Saúde. Portaria MS 2837 **Redefine o Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, Ministério da Saúde, 2011e.

_____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2010.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria 1944 Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem / Ministério da Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2009.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria 1707 Define as Diretrizes Nacionais para o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2008.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria 457 Regulamentação do processo transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2008b.

_____, Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DST's entre Gays, Homens que Fazem Sexo com Outros Homens e Travestis**. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

_____, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **EducarSUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de janeiro 2003 a janeiro de 2004**. 1.ed., 1.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____, **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes da ação política para assegurar Educação Permanente no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

BOBBIO, N.; METTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política** (trad. Carmen C., Varriale et al.). p. 486-489. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, v 1, 1.^a ed., 1998.

BRICEÑO-LEON, Roberto. Movimientos Sociales y Salud: Transformaciones del Estado y Participación Popular. In Cáceres, Carlos. **A Saúde como Direito Cidadão**. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003.

BUSS, Paulo Machiori e FILHO, Alberto Pellegrini. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CAILLÉ, A. Reconhecimento e sociologia. **Rev. bras. Ci. Soc.** 2008 fev; 23(66):151-163.

CARRARA, Sérgio. Discriminação, Políticas e Direitos Sexuais no Brasil. In: Monteiro, Simone & Villela, Wilza (orgs.). **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, Ed. 2013.

CONDE, Michele Cunha Franco. “O Movimento Homossexual Brasileiro, sua trajetória e seu papel na ampliação do exercício da cidadania.” **Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Faculdade de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Federal de Goiás**. Goiânia, Goiás: UFG, 2004. 173.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Contra Corrente: ensaios sobre democracia e socialismo**. Cortez Editora, 2000.

_____. Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury (org.) **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo. Ed. Cortez. 1989.

Cruz, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In Mattos, R. A.; Baptista, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde** [versão online], p.180-198. Disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.

DAHL, R. **Sobre a democracia**. Brasília: Editora UNB, 2001.

DIAP, Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar. **Radiografia do Novo Congresso: Legislatura 2011-2015**. Série Estudos Políticos, Edição nº 5, ano V. Brasília-DF, DIAP: 2010.

FRASER, Nancy. Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça na era pós socialista. In: SOUZA, Jessé (org.) **Democracia hoje. Novos desafios para a teoria democrática contemporânea**. Ed. UNB.

GALVÃO, Jane. **AIDS no Brasil: agenda de construção de uma epidemia**. Relume-Dumará, 2000.

GRAB, Grupo de Resistência Asa Branca. **Juventudes homossexuais e sexualidade: comportamentos e práticas**. Organizadores Francisco Pedrosa e Camila Castro. Fortaleza: GRAB, 2008.

HONNETH, A. **Luta pelo reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. São Paulo, ED.34, 2009.

HEILBORN, Maria Luiza; AQUINO, Estela M. L. e KNAUTH, Daniela Riva. Juventude, sexualidade e reprodução. **Cad. Saúde Pública**. 2006, vol.22, n.7, pp. 1362-1363.

LAURENTINO, A. C. N. **Identificação das concepções de educação em saúde e educação permanente dos profissionais de saúde da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Estado do Pará**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Tecnologia em Gestão de Saúde) — Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará - IFPA. Belém: IFPA, 2010.

LEAL, Andréa Fachel e KNAUTH, Daniela Riva. A relação sexual como uma técnica corporal: representações masculinas dos relacionamentos afetivo-sexuais. **Cad. Saúde Pública**. 2006, vol.22, n.7, pp. 1375-1384.

MARTINS, André. **A direita para o social: a educação da sociedade no Brasil contemporâneo**. Juiz de Fora. Ed. UFJF. 2009.

MELLO, Luiz. BRITO, Walderes. MAROJA, Daniela. **Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades**. **Cad. Pagu**, no.39. p.403-429. julho-dezembro 2012.

_____. AVELAR, Resende Bruno de. MAROJA, Daniela. **Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil**. **Revista Sociedade e Estado**. Volume 27, nº 2. p. 289-312. maio/ago 2012b

_____. PERILO, Marcelo. BRAZ, Camilo Albuquerque 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. nº 09. p. 07-28. 2011

MOTTA, Rodrigo Patto Sá. Desafios e possibilidades da apropriação de cultura política pela historiografia. In: MOTTA, Rodrigo Patto Sá (org.) **Culturas políticas na história: novos estudos.** Belo Horizonte. Ed. Argumentum. 2009.

NEVES, Lúcia M. Wanderley. A sociedade civil como espaço estratégico de difusão da nova pedagogia da hegemonia. In: NEVES, L. M. W. (org.) **A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso.** 2005a.

NEVES, Lúcia M. Wanderley. SANT'ANNA, Ronaldo. Introdução: Gramsci, o Estado educador e a nova pedagogia da hegemonia. In: NEVES, L. M. W. (org.) **A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso.** 2005b.

PAIVA, Vera; ARANHA, Francisco; BASTOS, Francisco I e GRUPO DE ESTUDOS EM POPULACAO, SEXUALIDADE E AIDS. Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Rev. Saúde Pública.** 2008, vol.42, suppl.1, pp.

PICCOLO, Fernanda Delvalhas e KNAUTH, Daniela Riva. **Uso de drogas e sexualidade em tempos de AIDS e redução de danos.** Horiz. antropol.. 2002, vol.8, n.17, pp. 127-145.

REIS, J.R.F. Cultura de Direitos e Estado: os caminhos (in) certos da cidadania no Brasil. In: Morosini, M.V. G. C; Reis, J. R. F (orgs.) **Sociedade, Estado e direito à saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p.15-61.

REZENDE, M.; BAPTISTA, T. W. F. A Análise da Política proposta por Ball. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde,** 2011. p.173-180 . Online: disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.

SOUZA, J. (org) **A ralé brasileira: quem é e como vive.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2011.

VENTURA, Miriam. **A Transexualidade no tribunal: saúde e cidadania.** Coleção Sexualidade, Gênero e Sociedade: Homossexualidade e Cultura. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2010. 164p.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **Em torno do conceito de política social: notas introdutórias.** Rio de Janeiro, dezembro de 2002.

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. **Direitos Humanos, saúde e HIV.** Guia de ações estratégicas para prevenir e combater a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero.

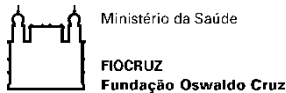
WOOD, Ellen Meiksins. Democracia contra Capitalismo: a renovação do materialismo histórico. São Paulo. Boitempo Editorial, 2003.

ANEXO 1

Roteiro de Entrevista

Olá, obrigado pela sua disposição de participar desta entrevista. Suas respostas serão de extrema importância para meu projeto de pesquisa sobre a PNSI LGBT.

- 1) Para começarmos gostaria que você se apresentasse nos informando sua formação profissional e sua função no Departamento de Apoio a Gestão Participativa (DAGEP/SGEP) do Ministério da Saúde, ou no Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT.
- 2) Por favor, faça um breve relato sobre a sua trajetória profissional anterior a sua chegada ao DAGEP/SGEP do Ministério da Saúde, ou no Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT.
- 3) Qual a sua relação funcional/profissional com a PNSI LGBT?
- 4) Conte como se deu o surgimento do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT em 2004?
- 5) Como foi o tramite e as reações ao texto da PNSI LGBT elaborada por esse comitê de 2004, até chegar a sua aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde em 2009?
 - 5.1) Você pode relata como foi o processo que antecedeu a formulação do texto da PNSI LGBT publicado em 2011?
- 6) Você pode identificar os atores e seus papéis (apoio ou resistência) que estavam envolvidos neste processo de articulação, formulação e aprovação dessa PNSI LGBT?
- 7) De 2009 a 2011 quais fatores ocorreram entre a aprovação do texto da PNSI LGBT, pelo CNS, e sua Publicação enquanto portaria na 14ª Conferência Nacional de Saúde?
- 8) Por favor, faça um relato sobre o que vem sendo feitos após a publicação da portaria da PNSI LGBT em 2011, e os principais desafios enfrentados a partir de 2012.
 - 8.1) Para você, quais os principais ganhos e entraves da PNSI LGBT?
- 9) Com quais recursos (Financeiros, material, pessoal) a PNSI LGBT conta hoje?
- 10) Você gostaria de fazer alguma outra contribuição sobre a PNSI LGBT e sua relevância ou obstáculos?



ANEXO 2
 Ministério da Saúde
 Fundação Oswaldo Cruz
 Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
 Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) senhor(a),

Gostaríamos de convidar-lhe para fazer parte do projeto de pesquisa “Políticas públicas de saúde para a população LGBT: da criação do SUS a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT”, sob a responsabilidade do pesquisador Arnaldo Cezar Nogueira Laurentino, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz, orientado pelo Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta.

Esta pesquisa pretende analisar o processo de criação e emergência da Política Nacional de Saúde Integral LGBT como política pública de saúde, proposta pelo Governo Federal. Acreditamos na importância desta pesquisa, pois ela possibilitará o estudo do impacto das mudanças nas políticas públicas de saúde da comunidade LGBT, resultando na ampliação da compreensão do papel social do Estado e seus deveres para com a promoção do bem-estar de todo o coletivo social.

Sua participação é voluntária, e se dará por meio de entrevista, cujas respostas se somarão a revisão bibliográfica de textos oficiais e análises utilizadas por diferentes autores a respeito das macropolíticas de saúde propostas pelo Ministério da Saúde, desde a criação do SUS. Caso aceite participar, você estará contribuindo para a identificação de lacunas e informações que são subjetivas e muitas vezes não estão presentes na bibliografia consultada, compreendendo o que chamamos de contextos subjetivos da política. Ressaltamos que a presente pesquisa e sua participação não apresentam riscos significativos.

Se depois de consentir em sua participação o senhor(a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O(a) senhor(a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração por sua participação. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados através da Dissertação de Mestrado do pesquisador responsável, além de artigos científicos e outras publicações que possam resultar desta pesquisa. Seu nome não será divulgado, porém, dependendo de qual lugar hierárquico e/ou função que ocupe, não poderemos garantir que sua identificação não seja deduzida ou revelada por leitores, posteriormente ao término do trabalho.

Para qualquer outra informação, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço institucional da EPSJV/Fiocruz, localizado na Av. Brasil, 4365, Manguinhos, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 21040-360, EPSJV – sala do PPGEPS, pelo correio eletrônico: cezarnogueira@hotmail.com, pelos telefones: (21) 98366-4935 / 984481325 ou ainda poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da EPSJV/Fiocruz, localizado na Av. Brasil, 4365, Manguinhos, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 21040-360, EPSJV – sala 316, pelo e-mail: cep@epsjv.fiocruz.br ou telefone: (21) 3865-9710, .

Caso sua entrevista seja realizada à distância, pedimos-lhe para imprimir, assinar e digitalizar este termo, e devolver o arquivo digitalizado e assinado para o e-mail: cezarnogueira@hotmail.com, contendo no campo assunto: “Devolução TCLE”.

Consentimento Pós-informação

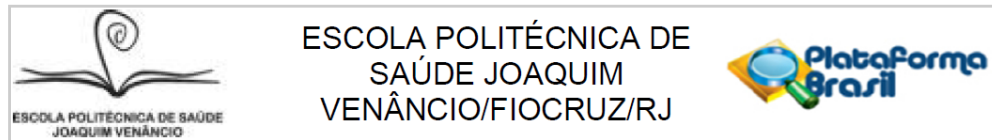
Eu, _____, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do participante

Data: ____/____/____

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXO 3



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Políticas públicas de saúde para a população LGBT: da criação do SUS à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT.

Pesquisador: Arnaldo Cezar Nogueira Laurentino

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33432414.3.0000.5241

Instituição Proponente: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 728.539

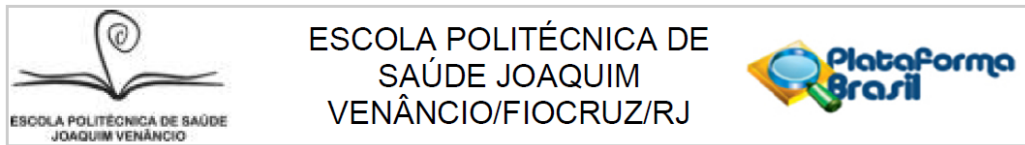
Data da Relatoria: 14/08/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto desenvolvido no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da EPSJV/Fiocruz. O projeto busca contribuir para o debate sobre a necessidade do reconhecimento da cidadania da comunidade de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), uma comunidade que, historicamente, vem vivenciando a "escassez de ações específicas, o descaso e o fortalecimento de preconceitos na área da saúde". A pesquisa se dará por meio de revisão bibliográfica, análise de documentos oficiais e entrevistas com gestores, profissionais e militantes, tendo como foco uma análise do processo de construção da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Como ressalta o autor do projeto, apesar do direito a saúde a toda população brasileira estar garantido na Constituição de 1988, somente a partir de 2010 é que se estabelece uma política de saúde voltada para atender as necessidades e demandas do segmento populacional LGBT. A pesquisa busca recuperar, por meio de análise bibliográfica e entrevistas, aspectos do processo histórico de construção da referida política, o qual se relaciona, a um movimento de luta e militância. O processo de construção dessa política está relacionado

ainda com um processo de luta, militância e exercício da participação social de atores e movimentos do segmento pesquisado. No que diz respeito às entrevistas, está prevista a participação de até 10 depoentes, sendo 5 integrantes do Departamento de Apoio a Gestão

Endereço: Avenida Brasil, 4365
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.040-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3865-9710 **Fax:** (21)3865-9729 **E-mail:** cep@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 728.539

Participativa (DAGEP/SGEP) do Ministério da Saúde, setor no qual a política está inserida e ainda 05 integrantes do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT, o qual foi criado em 2004 com a função de contribuir para a elaboração da referida política.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral da pesquisa visa analisar o processo de criação e emergência da Política Nacional de Saúde Integral LGBT como política pública de saúde, proposta pelo Governo Federal. Como objetivos específicos, a pesquisa pretende: a) identificar as políticas públicas LGBT que compõem o processo emergente da PNSI LGBT e b) identificar os atores, movimentos e contextos que estão na emergência da criação da PNSI LGBT no Governo Federal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No que tange aos riscos, o estudo não aparenta possuir riscos significativos para os participantes. Ressalta-se que o TCLE informa que a confidencialidade sobre as identidades dos depoentes não é totalmente garantida, em função dos cargos ou funções desempenhadas por estes na gestão ou na militância do segmento pesquisado. No que diz respeito aos benefícios, estes são indiretos e se relacionam à contribuições para o entendimento do processo histórico de construção da referida política e, numa perspectiva mais ampla, segundo o autor, "na compreensão do papel social do Estado e seus deveres para com a promoção do bem-estar de todo o coletivo social".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto que trata de questão relevante para o campo da saúde pública no Brasil, tendo como foco um segmento populacional vulnerabilizado e historicamente segregado e desprestigiado. O projeto possui, portanto, justificativa relevante a qual encontra-se adequadamente fundamentada através de revisão bibliográfica. O objetivo e a metodologia são coerentes com a finalidade do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

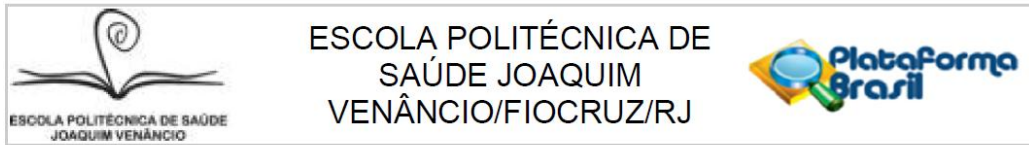
Foram apresentados: folha de rosto, projeto detalhado, cronograma, roteiro de entrevista, cronograma, declaração de qualificação da pós-graduação e TCLE, os quais se encontram adequadamente redigidos e em conformidade com a resolução CNS/Conep 466/2012.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela análise procedida, este Comitê (registrado junto à CONEP – Cf. Ofício n. 2254/Carta n. 0078 – CONEP/CNS/MS, de 12 de agosto de 2010) considera o presente protocolo aprovado.

Endereço: Avenida Brasil, 4365
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.040-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3865-9710 **Fax:** (21)3865-9729 **E-mail:** cep@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 728.539

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

RIO DE JANEIRO, 25 de Julho de 2014

Assinado por:
Daniel Groisman
(Coordenador)

Endereço: Avenida Brasil, 4365
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.040-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3865-9710 **Fax:** (21)3865-9729 **E-mail:** cep@fiocruz.br