



Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER
Trabalho de Conclusão de Curso – TCC

TEXSSANDRO VARGEM DA SILVA

ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

BRASÍLIA – DF

junho de 2019

TEXSSANDRO VARGEM DA SILVA

ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social (SER) da Universidade de Brasília (UnB), como um dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social. Orientação: Profa. Dra. Andréia de Oliveira.

BRASÍLIA – DF

junho de 2019

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Andréia de Oliveira

Orientadora

Ma. Patrícia Cristina P. de Almeida

Membro

Dr.^a Michelly Ferreira Monteiro Elias

Membro

“O SUS é nosso, ninguém tira da gente, direito garantido não se compra e não se vende!!”

O brado acima é conhecido por quem vem participando dos atos em defesa da política pública de saúde brasileira, pois tem sido incansavelmente cantado por militantes dos fóruns estaduais de saúde e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde!

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Maria Vitalina, por sempre acreditar que a educação é uma das melhores opções para a vida.

Ao meu pai, Claudionor, pelo apoio em tudo e compreensão nas lutas cotidianas.

Às minhas irmãs, Teca, Cláudia e Marta.

Aos meus sobrinhos, Lucas, Breno e Bruno.

Ao Departamento do Curso de Serviço Social da Universidade de Brasília, pelas minhas idas e vindas, ao pessoal da secretaria, que sempre atendeu às minhas solicitações, em especial ao Felipe e Élcio.

Às professoras do curso de Serviço Social, em especial, a Lucélia.

Ao Prof. Leonardo Ortegá, pelo apoio no período de estágio; fundamental para chegar até aqui.

Às assistentes sociais do Hospital Regional de Sobradinho/DF, onde cumpri o estágio um e dois: Fabíola Calland, Geninha, Valéria, Danúzia, Juliana e Lia, em especial, a Andreia Ruth, que me incentivou e me acolheu no PAV-Sobradinho.

Aos amigos de curso que tornaram essa árdua caminhada um tanto suave, em especial, Paula Braz, Alessandra Regina, Claudia Sampaio.

À população LGBT que faz jus ao direito à saúde no Sistema Único de Saúde.

À professora e orientadora, Andréia de Oliveira, por sua dedicação, paciência, compreensão, sempre muito atenciosa e coerente em suas contribuições. Muito obrigado!

RESUMO

Neste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) são identificadas as políticas públicas de saúde voltadas à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros (LGBT), no Brasil, e abordados os desafios para a efetivação do direito à saúde para essa população. Com base no preceito constitucional da saúde de ser um direito de todos e dever do Estado, destaca-se, no estudo, a discussão das reformas regressivas e suas implicações no âmbito do acesso à saúde dessa população. Sob o domínio dos interesses do mercado, o privilegiamento do setor privado e das privatizações desencadeia-se o desmonte dos princípios do SUS, ou seja, a universalidade, igualdade, equidade e integralidade, com destaque para a dificuldade e restrição de acesso à população em geral, com agravamento a determinados grupos, a exemplo da população LGBT. Como resultados apontam que o acirramento das reformas regressivas aliado ao fortalecimento do neoconservadorismo na sociedade contemporânea, implicam diretamente na dificuldade de acesso à saúde da população LGBT no SUS. Se evidencia, portanto, o desafio de revitalizar as lutas em torno da defesa de políticas sociais e, por conseguinte, por uma política de saúde universal, estatal, com qualidade e que atenda as necessidades sociais e de saúde com respeito aos princípios da equidade e universalidade para a população LGBT.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; LGBT; Atenção à Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
PERCURSO METODOLÓGICO.....	9
1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	11
1.1 Breve Contextualização do Sistema Único de Saúde.....	11
1.2 As Reformas Regressivas e o Sistema Único de Saúde: a Universalização Ameaçada.....	17
2 A SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT NO SUS.....	22
2.1 O Direito à Saúde da População LGBT no SUS: Avanços nas Normativas Legais.....	22
2.2 Tendências e Desafios do Direito à Saúde da População LGBT no SUS.....	28
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	36
ANEXOS.....	40

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) de 1988 reconhece o acesso à saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, com acesso universal, integral e participação social (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem suas ações e serviços públicos em uma rede regionalizada e organizada em diretrizes, e é regulamentado por meio das Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142, de 1990, e legislações e normativas subsequentes.

As normas legais ampliam a concepção de saúde, ao incorporar a perspectiva da determinação social do processo saúde/doença, envolvendo fatores determinantes e condicionantes, dentre os quais, a alimentação, moradia, o saneamento básico, trabalho, a educação, o transporte, e lazer. O conjunto de ações e serviços prestado por instituições públicas federais e estaduais mantidas pelo Estado, constitui o SUS, com participação complementar da iniciativa privada (BRASIL, 2008)

Entretanto, o SUS previsto em lei está distante da realidade de muitos/as brasileiros/as, uma vez que sua implantação não ocorre efetivamente. As políticas neoliberais assumidas ao longo dos 30 anos da CF de 1988 apresentam inúmeras consequências para a implementação das prerrogativas legais no âmbito do SUS, especialmente no que se refere ao incentivo à privatização e ao desfinanciamento da saúde pública; desresponsabilização do Estado em prover o acesso universal e igualitário a essa política pública, de modo que desencadeia o aprofundamento das desigualdades e iniquidades.

Tal contexto de desconstitucionalização do SUS aprofunda-se a partir de 2016 com o governo de Michel Temer, após o denominado golpe institucional, com aprovação da Emenda Constitucional 95/2016¹, e demais medidas de austeridade, a exemplo da criação do Plano de Saúde acessível (planos privados populares).

As medidas regressivas nas políticas sociais são acentuadas, no governo de Jair Bolsonaro, com desdobramento avassalador para os direitos sociais e a sociabilidade, visto a

¹Lei 95/2016, emenda constitucional que congela o orçamento público por 20 anos. Assim o governo Temer deliberou proposta de um modelo contrário ao SUS, tornado-o mais reduzido, com risco de se tornar um modelo avesso ao SUS previsto na CF de 1988.

tendência de aprofundamento do neoliberalismo e de reforço ao neoconservadorismo.

Expressões de neoliberais e neoconservadores são evidenciadas na política de saúde, com privatizações, desmonte dos princípios do SUS, assim como alterações normativas legais no âmbito dessa política, com desdobramentos perversos no campo das iniquidades em saúde, e na garantia nos direitos humanos básicos, dificultando o acesso para toda a população e de forma mais agravada para grupos minoritários, a exemplo da população LGBT².

Além da precarização do SUS em suas várias dimensões - financiamento, participação social, gestão de pessoas, equipamentos públicos, dentre outros -, à conjuntura desfavorável se acrescentam a discriminação e o preconceito institucionalizado à falta de capacitação dos profissionais para atender às necessidades específicas dos usuários.

Parte-se do pressuposto de que o acirramento das contrarreformas das políticas sociais, no Sus, caminha para sua fragmentação, com privilegiamento do setor privado, acontecendo uma inversão do modelo previsto na CF de 1988. Tal constatação interfere diretamente no direito à saúde da população LGBT no âmbito do SUS, uma vez que as reformas regressivas do governo atual aprofundam o desmonte do sistema e reforçam a tendência neoconservadora da sociedade, além de inibir o direito ao acesso universal e igualitário.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo central identificar as políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT no Brasil, e os desafios para a efetivação do direito à saúde dessa população. Como objetivos específicos, destacam-se: Caracterizar historicamente as políticas de saúde voltadas à população LGBT no âmbito do SUS; Identificar as tendências do SUS relativas às reformas regressivas e seus desdobramentos na assistência à saúde da população LGBT; Discorrer sobre a participação dos Movimentos Sociais LGBT no processo de construção do direito integral à saúde dessa população.

Para alcançar os objetivos propostos e atender às exigências acadêmicas, o presente TCC está organizado em dois capítulos.

2 No presente estudo, utiliza-se a sigla LGBT, por ser esta mais utilizada internacionalmente para se referir aos cidadãos e cidadãs Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Dentro do movimento propriamente dito, as siglas podem variar (algumas organizações usam LGBT, outras LBTT, outras LGBTQ+...). Atualmente, a versão considerada mais completa por entidades dos movimentos sociais é: LBTPQIA+ (**L**: Lésbicas; **G**: Gays; **B**: Bissexuais; **T**: Travestis, Transexuais e transgêneros; **P**: Pansexuais; **Q**: Queer; **I**: Intersex; **A**: Assexuais+: Sinal utilizado para incluir pessoas que não se sintam representadas por nenhuma das outras sete letras). Disponível em: <https://www.politize.com.br/lgbt-historia-movimento/> Acesso: 12 de julho/2019.

O primeiro traz breve contextualização da política de saúde no Brasil a partir da reforma sanitária brasileira proposta ao final da década de 1970; as prerrogativas legais na CF de 1988, nas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/1990 e 8.142/1990, com ênfase aos princípios e às diretrizes do SUS, seus avanços e desafios, segundo as propostas em disputa.

No segundo capítulo, a ênfase recai sobre a saúde da população LGBT no SUS, nas normativas e na legislação pertinente, dentro dos princípios da universalidade, integralidade, igualdade e equidade, com destaque para as principais tendências e os desafios existentes.

Ao final, apresentam-se algumas reflexões a título de conclusão do estudo, com destaque para o acirramento das reformas regressivas e suas implicações no âmbito do acesso à saúde da população LGBT. Se evidencia, portanto, o desafio de revitalizar as lutas em torno da defesa de políticas sociais e, por conseguinte, por uma política de saúde universal, estatal, com qualidade e que atenta as necessidades sociais e de saúde com respeito aos princípios da equidade e universalidade.

PERCURSO METODOLÓGICO

O presente TCC constituiu-se de revisão bibliográfica e documental, uma vez que tal procedimento de pesquisa permite ter um contato mais amplo com o que já se produziu e se registrou sobre determinado assunto.

Por meio da pesquisa documental, procurou-se estudar as normativas e legislações pertinentes ao tema, dentre as quais: Leis Orgânicas da Saúde; política de saúde da população LGBT; Portaria 2.836, de dezembro de 2011, sobre a saúde integral da população LGBT; portarias e decretos ministeriais; assim como os demais dispositivos legais, normativos e que envolvem a participação dos usuários, como aqueles definidos pelo Conselho Nacional de Saúde, especificamente nas deliberações que se relacionam à saúde da população LGBT.

Utilizando-se a revisão bibliográfica assistemática, buscou-se identificar e analisar, na literatura científica disponível sobre o assunto, mesmo de forma não exaustiva para fundamentar e constituir as bases para tratar do objeto de pesquisa, ou seja, a atenção integral à saúde da população LGBT no SUS.

O estudo realizado é essencialmente qualitativo, característica que, segundo Minayo (2004), tende a evidenciar a realidade social trazendo riquezas de significados. Para as ciências sociais, o estudo com base na perspectiva qualitativa possibilita a compreensão dos pressupostos fundamentais da temática central do estudo, assim, como exposto:

[...] possui consciência histórica – não é apenas o pesquisador que lhe atribui sentido, mas a totalidade dos homens, na medida em que se relaciona em sociedade, e confere significados e intencionalidades a suas ações e construções teóricas; [...] Apresenta uma identidade com o sujeito – ao propor investigar as relações humanas, de uma maneira ou de outra, o pesquisador identifica-se com ele (LIMA; MIOTO, 2007, p.39).

Nessa direção, este estudo parte de um contexto histórico específico, para a análise de uma política pública, mas introduzindo diferentes dimensões que permitem compreender a temática.

1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1.1 Breve Contextualização do Sistema Único de Saúde

Em 2018, foram completados 30 anos do SUS, assim como da promulgação da Constituição Federal de 1988.

Na Constituição Federal de 1988 a concepção de Seguridade Social representa um dos maiores avanços da no que se refere à proteção social e no atendimento às históricas reivindicações da classe trabalhadora, composta pelo tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Sob afirmação e extensão de direitos sociais em contexto de transformações sociopolíticas do período, ganha destaque na concepção de Seguridade Social: a universalização; a concepção de direito social e dever do Estado; o estatuto de política pública à assistência social; a definição de fontes de financiamento e novas modalidades de gestão democrática e descentralizada com ênfase na participação social de novos sujeitos sociais, com destaque para os conselhos e conferências. (CFESS, 2010)

No âmbito da saúde, a garantia legal do direito universal à saúde representou um grande avanço e, portanto, uma conquista da população brasileira em período de retomada democrática do País. A reforma sanitária e as conquistas legais no âmbito da CF de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/1990 e 8.142/1990, foram impulsionadas pelo Movimento Sanitário, constituído ao final dos anos 1970.

Os marcos legais, no âmbito da política de saúde, a partir da CF, trouxeram significativos avanços no acesso da população brasileira à saúde, que se configurou como direito social de caráter universal, a ser garantido por políticas públicas intersetoriais e ações com qualidade, respondendo a todas as necessidades da população, e executadas, primordialmente, pelo próprio Estado (BRAVO; PELAZ; PINHEIRO, 2018).

A organização socio política dos sujeitos sociais em torno da luta pelo direito à saúde, no Brasil, foi influenciada, de modo especial, pelo Movimento da Reforma Sanitária italiana, e pelo novo pensamento em saúde latino-americano, que, por essa época, discutia e formulava um novo referencial para a explicação do processo saúde/doença, com o modelo da

determinação social (BRAVO; PELAZ; PINHEIRO, 2018) .

Ao compreender a saúde como um direito da pessoa humana, o Projeto de Reforma Sanitária brasileira se fundamentou na perspectiva do Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde, com destaque para: democratização do acesso; universalização das ações; melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; descentralização com controle social democrático; interdisciplinaridade nas ações. (CFESS, 2010)

Nesse período, é realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, um importante marco da história das conferências e da configuração da Reforma Sanitária proposta em âmbito legal. Além disso, foi a primeira conferência em âmbito nacional aberta à sociedade e com uma temática na qual a discussão da saúde estava relacionada a um contexto de reforma social mais ampla.

A centralidade da discussão, portanto, voltou-se para a Saúde como Direito e compreendida em um sentido mais abrangente. Ou seja, a saúde como resultante das condições de alimentação; habitação; educação; renda; meio ambiente; trabalho; emprego; lazer; liberdade; acesso e posse da terra; e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1986)

O conceito ampliado de saúde entrelaça-se à democratização da saúde e responsabilização do Estado de prover condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade, entre outros (BRASIL, 1986).

A referida Conferência de Saúde também propôs a organização dos serviços da área com a criação de um novo Sistema Nacional de Saúde, apresentando como propostas: descentralização na gestão de serviços; integralização das ações de serviços, superando a dicotomia preventiva/curativo; unidade na condução das políticas setoriais; participação política da sociedade; equidade em relação à cobertura populacional, começando por áreas que exigem mais investimento do Estado (BRASIL, 1986).

Ainda se inclui no debate da conferência a relação com a política de recursos humanos no sistema de saúde: isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos níveis federais; estabilidade de emprego; composição multiprofissional das equipes, considerando as demandas de cada região; direito a greve; incorporação dos agentes de saúde como pessoal remunerado.

O principal objetivo proposto era a criação de um Sistema de Saúde, com a expansão e o fortalecimento do setor estatal, em níveis federal, estadual e municipal, com a meta de estatizar o setor (BRASIL, 1986).

Algumas propostas advindas da 8ª Conferência Nacional de Saúde foram assumidas e materializadas no âmbito da CF de 1988, que prevê em seu Art. 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Com a promulgação da CF de 1988, inaugura-se o sistema de proteção social que universaliza os direitos sociais, concebendo a Saúde, Assistência Social e Previdência Social na agenda pública e de responsabilidade do Estado.

A luta pelo direito à saúde exige a construção de um projeto socialmente inclusivo, que requer a redistribuição da riqueza e desconcentração da renda e, portanto, requer políticas sociais e econômicas que promovam condições e garantia de condições dignas de sobrevivência do ser humano.

A CF de 1988 cria o SUS fundamentado em princípios e diretrizes, tais como: participação social; universalidade; equidade; integralidade; preservação de autonomia das pessoas com a perspectiva na defesa de sua integralidade física e moral. Essas prerrogativas legais estão elencadas no Art. 7º da CF de 1988, orientado pela diretriz prevista no Art. 198. Explícita na Lei 8.080/1990, obedece aos seguintes princípios.

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e

contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII – participação da comunidade;

IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo. (BRASIL, 2018).

A participação da sociedade no âmbito da política de saúde foi prevista por meio de conselhos e conferências de saúde, nos três níveis de gestão, ou seja, municipal, estadual, nacional, e no Distrito Federal.

As conferências de saúde objetivam propor diretrizes para a formulação de políticas em saúde. Em âmbito nacional, ocorrem a cada quatro anos, mas nos estados e municípios são realizadas a cada dois anos.

O conselho de saúde, de caráter permanente e deliberativo, é composto por representantes do governo; o prestador de serviço privado; trabalhadores da área; e usuários. Atua diretamente na formulação de estratégias e na execução da política de saúde e está previsto na CF de 1988.

O SUS materializa a articulação do movimento social em saúde; apresenta pressupostos legais em direção ao direito humano à saúde, na medida em que se fundamenta em princípios e diretrizes pautados na integralidade, universalidade do acesso e concepção ampla de saúde.

O caráter universal garante o direito à saúde como dever do Estado, de igual acesso a

todas as pessoas, independentemente de raça, sexo, ocupação e classe social.

A equidade objetiva diminuir as desigualdades em saúde e os investimentos da saúde pública deverão atender de forma mais efetiva os estados e municípios com maior carência em recursos financeiros.

O conceito de integralidade constitui-se na compreensão do sujeito na sua totalidade, atendendo a todas as suas necessidades, desde a atenção básica da saúde, ou o atendimento de média e alta complexidade (BRASIL, 2018).

Como atribuições legais do SUS, a CF de 1988, em seu Art. 200, estabelece:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;
- Vi fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; "
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, 2018).

As regulamentações e as legislações específicas da construção da saúde pública, enquanto direito de todos, foram contrabalanceados em transformações políticas e sociais.

A política de saúde apresenta diversidade de condicionantes e determinantes, gerando a necessidade de mudanças em agendas conflitantes na relação Estado/Sociedade/Mercado, tendo em vista a dualidade entre os setores público e privado. Ou seja, o SUS perpassa um espaço de disputa política permanente.

Nesse sentido, as disputas entre o setor público e o privado são explicitamente colocadas ao longo da história da política de saúde brasileira e, portanto, se fez e se faz presente no processo de construção do SUS, colocando inúmeros desafios para consolidar as prerrogativas legais.

Ao longo dos 30 anos do SUS, Bravo; Pelaz e Pinheiro (2018) identificam três grandes projetos em disputa: o de reforma sanitária; o projeto privatista; e o de reforma sanitária flexível.

O projeto de Reforma Sanitária foi construído a partir do final dos anos 1970, que teve como base as lutas por direitos sociais, e tinha como posicionamento a crítica ao modelo médico curativo e hospitalocêntrico.

O projeto Privatista adquire robustez no período da ditadura civil de 1964, e sua lógica, voltada para regras de mercado, tem foco na exploração da doença como principal fonte de lucros. Representando os interesses do setor privado nacional na área da saúde, detém fortes vínculos com o capital internacional, e o foco pautado com o complexo financeiro industrial médico, hospitalar, farmacêutico e de insumos, e o *lobby* dos fármacos.

Essa perspectiva baseia-se em um modelo de exploração da população, por meio de procedimentos ou na utilização de planos privados de saúde. A trajetória da política de saúde, no Brasil, antecedeu a ação do Estado dos dias atuais, articulando com determinações sócio-históricas.

O projeto de Reforma Sanitária Flexível tem seus contornos alinhados às contradições de implementar o SUS, no período histórico de reconfiguração do Estado brasileiro, e regressivo desmonte das políticas públicas. Essa conjuntura estava voltada para exigências da política macroeconômica, adotada no consenso de Washington, ocorrido em 1989 nos Estados Unidos, que teve como discussão central a ampliação do neoliberalismo na América Latina. Nessa perspectiva, na relação entre o público e o privado, e a dificuldade de universalização do SUS, inicia-se a ideia do sistema de saúde possível (BRAVO; PELAZ; PINHEIRO, 2018).

Compreende, assim, que a luta pelo direito à saúde e a efetivação do SUS previsto na CF de 1988, exigem o enfrentamento de interesses econômicos e financeiros do setor privado

da saúde, composto pelos planos privados de saúde, a indústria farmacêutica e de equipamentos biomédicos.

Tais setores são fortalecidos pela mídia, em geral, aliada aos capitais estrangeiro e nacional expressos pela ideologia do modelo privatista de saúde. Essa perspectiva contrapõe-se ao modelo do SUS previsto nas normativas legais.

A perspectiva privatista, sob a égide neoliberal, baseia-se, dentre outros aspectos, em valores individualistas e de consumo, em detrimento de valores de solidariedade e cidadania conforme fundamenta o modelo de saúde previsto na CF de 1988.

Fontenelle (2008) explica que, na sociedade do consumo, são amplificados os supérfluos, além de aprofundados os espaços de mercantilização nas relações sociais no âmbito da família, na escola, ética, nas políticas sociais e econômicas.

Com isso, infere-se que por meio dos poderes executivo, legislativo e judiciário, o Estado, ao longo da implantação do SUS, não assumiu efetivamente o direito humano à saúde e as propostas da reforma sanitária brasileira, ao não assegurar as condições objetivas para o funcionamento integral do SUS.

O Estado brasileiro, ao assumir as políticas neoliberais, não priorizou a destinação de recursos para a implementação de políticas públicas previstas constitucionalmente, visto a sobreposição dos interesses econômicos da mercantilização da saúde. Como consequência, aumenta a fragilidade do sistema de saúde para com os cuidados da população, e, de forma mais aprofundada, dos grupos minoritários, diante das especificidades descritas de uma minoria excluída socialmente, como é o caso da população LGBT.

1.2 As Reformas Regressivas e o Sistema Único de Saúde: a Universalização Ameaçada

São diversas as opiniões a respeito do tamanho da crise econômica e suas implicações diretamente nas políticas sociais, e nas perdas de direito para os trabalhadores. Esse contexto não difere, para o SUS, e inclui, consequentemente, o atendimento à população LGBT.

O processo de privatizações e de retrocessos, na política de saúde, não se inicia no governo atual, uma vez que, historicamente, a intervenção do Estado brasileiro na saúde

ocorre essencialmente atrelada aos interesses econômicos.

Nesse sentido, apesar dos avanços constitucionais a partir de 1988, a efetivação da universalização do direito à saúde tem encontrado inúmeras dificuldades e desafios. Em meio a implantação do Sistema único de Saúde, os anos de 1990, com o processo de contrarreforma do aparelho do Estado, constituiu as bases para a perspectiva de um Estado mínimo para as políticas sociais, afetando diretamente na implementação dos preceitos constitucionais no âmbito das seguridades social.

Essa tendência foi potencializada no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), bem como nos governos subsequentes, fortalecendo a perspectiva mercantil na atenção à saúde da população brasileira, assim como nas demais políticas sociais, a exemplo, da política de saúde, assistência social, previdência social, educação.

No período do presidente Fernando Henrique, uma das primeiras iniciativas foi a criação do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Mare), sob coordenação do então Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, que instituiu o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE). (MATOS, 2017 p.26). É partes do aparelho do Estado, a administração pública em sentido amplo, ou seja, a estrutura organizacional do Estado, em seus três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) e três níveis (União, Estados-membros e Municípios).

A reforma do Estado proposto por Bresser, denominada por diferentes estudiosos como uma contrarreforma – apresentou impactos no âmbito da política de saúde. Nesse processo, também denominado de contrarreformas apresentou consequências deletérias para as políticas sociais, especialmente para política de saúde, por meio de processos incentivadores da privatização.

Contrarreforma é entendido por, (Behring, 2003) como uma nova ofensiva burguesa contra o social de cunho moral, tendo características em recompor a hegemonia da elite.

Neste sentido, a autora considera que as possibilidades protetivas das políticas sociais tornam-se limitadas, articulado ao ideário neoliberal, voltado a: privatização, focalização, descentralização, passando as responsabilidades do Estado para instituições privadas, não sendo diferente para o Sistema Único de Saúde.

Assim, permanece uma tendência geral de redução de direitos, transformando as políticas sociais em ações pontuais e compensatórias. Porém, a característica mais expressiva das contrarreformas, são as privatizações, gerando uma dualidade discriminatória entre os que podem pagar pelos serviços, no mesmo passo que produz um demasiado lucro para o capital. (BEHRING, 2003)

Há um risco de segmentação do sistema único de saúde, já que as instituições podem celebrar convênios com os planos privados, criando dificuldades para implementação dos princípios constitucionais da universalidade, da integralidade e da equidade.

Nessa arquitetura de contrarreforma do Estado, o cidadão de direitos se torna cidadão – cliente consumidor de serviços, cujo comportamento se pauta por uma perspectiva empresarial, com apresentação de lucros. (BEHRING, 2003)

No campo da saúde, o conceito de universalização excludente confirma-se por meio da dualização: um sistema pobre para os pobres e um padrão de qualidade maior para os que podem pagar pelo serviços mais corriqueiros, já que os atendimentos de alta complexidade permanecem no setor público, sendo inclusive utilizado pelo setor privado. (BEHRING, 2003 p.268).

Na assistência à saúde de média complexidade requisitam tecnologia de ponta, que muitas das vezes restringem à iniciativa privada, onde tornam o seu acesso mais difícil por parte da população subalterna, de modo a se acentuar a perspectiva de consumo à saúde, privatização, e restrição da condição do direito social para o direito do consumidor. (BEHRING, 2003).

Nos governos de Lula e Dilma, apesar de ações e implementação de importantes políticas para efetivação do direito à saúde, a exemplo do Samu, Mais médicos, Farmácia popular, ampliação da rede de Atenção Básica, a implementação de um SUS pautado nos princípios fundantes da reforma sanitária brasileira defendida nos anos de 1980 são substituídos por uma perspectiva flexibilizada, nos termos de Maria Inês Bravo, uma Reforma Sanitária Flexível.

Com o golpe jurídico parlamentar de 2016³ e sob a presidência de Michel Temer, acentuou políticas que contribuem para o desmonte da seguridade social, ou seja, nas políticas de assistência social, saúde, previdência social, sob um forte ataque aos direitos da classe trabalhadora. (BRAVO; PELAZ; PINHEIRO, 2018)

A população brasileira, especificamente a classe subalterna⁴ que corresponde à grande maioria, vem enfrentando uma das maiores ofensivas da história do País contra os direitos civilizatórios. Esse contexto aprofundou-se no Governo Temer, sobretudo mediante as seguintes medidas: privatização de estatais; aprovação da Reforma Trabalhista; aprovação do teto de gastos para as seguridades sociais (SOARES, 2018). Tais medidas, somadas à ascensão do neoconservadorismo, vem afetando a sociabilidade, afetando diretamente o direito à saúde da população em geral, e de modo específico a população LGBT, acentuado pelo preconceito e pela discriminação.

Trata-se de um período de aprofundamento das contrarreformas das políticas sociais, com retirada das poucas conquistas sociais da classe trabalhadora, em um contexto no qual a retórica da cultura de crise exalta a necessidade de diminuir o tamanho do Estado e fortalecer o setor privado, inclusive sob a proposta de rever o tamanho do SUS. Tal contexto acompanha as medidas de austeridade e de acirramento de uma onda conservadora, que retoma e legitima posturas neoconservadoras, expressa principalmente nas eleições de 2018, com a expressiva vitória nas urnas de segmentos políticos da extrema direita, de modo especial com o presidente eleito Jair Bolsonaro⁵.

3“Dia 31 de agosto de 2016 ocorreu o julgamento do *impeachment* de Dilma Rousseff no Senado, presidido pelo juiz Ricardo Lewandowski. Os últimos dias foram deprimentes. Assistimos pela televisão a um golpe jurídico parlamentar, acoplado a uma farsa gigantesca. Na primeira vez, em 1964, o drama. Na repetição, a farsa. Essa farsa escancarada repisa e falsifica a história. Infelizmente, tem e terá efeitos dramáticos. Não houve julgamento, apesar de encherem a boca com essa palavra pomposa”. (FONTES 2016 *apud* KRUGER; OLIVEIRA, 2017,p. 184).

4“A categoria subalternidade, legado gramsciano, são conjuntos diversificados e contraditórios de situações de dominação. A subalternidade diz respeito ausência do poder de decisão. Fazendo parte do mundo dos dominados, dos submetidos à exploração e a exclusão social, econômica e política.” (YAZBECK, 2015, p.17).

5Presidente eleito em meio a inúmeras críticas em virtude de *fake news* e, especialmente, com o principal adversário político encarcerado. Difusão de mentiras camufladas como notícias, vídeos que tentam desmentir publicações negativas da imprensa, desconfiança das pesquisas e falsos apoios de celebridades à candidatura Jair Bolsonaro. Assim funciona, no aplicativo de mensagens [WhatsApp](#), uma amostra de grupos públicos de eleitores do presidencial do PSL. A reportagem do EL PAÍS se inscreveu em três desses grupos – juntos, eles publicaram mais de 1.000 mensagens ao dia. Em dois deles, a presença de *fake news* é mais evidente e forte do que em outro, mas em todos os discursos é o de que é preciso usar a plataforma, de uso massivo em todas as

O acirramento e o desmonte das políticas públicas e a redução dos direitos sociais conquistados na CF de 1988, fazem refletir sobre a urgência de proposta e alternativas que possam combater as múltiplas dimensões das desigualdades econômicas e sociais.

Os ajustes fiscais e econômicos caminham em contraposição aos direitos sociais e a efetivação de políticas públicas e implica diretamente a universalização do direito à saúde, com consequências diretas na assistência à população LGBT.

faixas de renda no país e de difícil monitoramento, para combater a “grande mídia tendenciosa” e ajudar na disseminação das mensagens.(EL, PAÍS, 2019).

2 A SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT NO SUS

2.1 O Direito à Saúde da População LGBT no SUS: Avanços nas Normativas Legais

O aprofundamento de medidas de contrarreforma nas políticas sociais concomitante à ascensão do neoconservadorismo, reconfigura o papel do Estado e interfere na sociabilidade, de modo que acentua o racismo, a homofobia e as demais violências acometidas principalmente com populações LGBT e negras. O reforço do pensamento conservador contribui com a homofobia, expressada pela segregação, rejeição social e pelo uso da violência para intimidar os fora da heterossexualidade.

O experimentar fora da heterossexualidade marca as hostilidades, discriminações, a violência física, inferiorização diversa. "Ficar dentro do armário" não exime da constante possibilidade de gozação, xingamento, insulto (DINIZ, 2014).

Ganham força e expressão as narrativas homofóbicas constituídas especialmente por agressões verbais, ameaças de agressão e situação de violências física e psicológica com sujeitos que já têm em sua existência o histórico de sofrimento.

Assim, a naturalização da violência com populações LGBT se faz permeada por uma lógica de moralidade da sociedade heterossexual, que não reconhece o não hétero como cidadão de direitos e necessidades singulares; não o aceita e não reconhece como crime de ódio as mais várias formas de violência a que o submete.

Apedrejadas; vítimas de armas de fogo; acometidas por espancamentos, estrangulamento; asfixiadas; carbonizadas; entre outras, são as especificidades e o grau da violência homofóbica às quais é submetida a população LGBT.

Considerando o contexto descrito, este estudo tem como um dos seus pressupostos o entendimento de que a

discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social da saúde ao desencadear processos de sofrimento, adoecimento e morte prematura decorrentes do preconceito e do estigma social reservado às lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais – LGBT. (PRADO; SOUZA, 2017, p. 71).

Atrelada à compreensão da determinação social do processo saúde *versus* doença, está a necessidade de políticas sociais públicas, adequadas às diferentes necessidades sociais e de saúde da população. Entretanto, as situações que envolvem a população LGBT perpetuam-se quando da necessidade de atendimento nos diferentes serviços públicos. No sistema público de saúde, a população LGBT sofre diversas iniquidades, seja devido ao despreparo de profissionais, ou pela restrição das políticas de Estado destinadas a esse grupo. Expressar a sexualidade de forma livre e espontânea causa constrangimento, devido ao estigma e medo social advindo da reprodução da cultura heteronormativa generalizada pelo preconceito e discriminação, seja pela identidade de gênero ou pela orientação sexual (NUNES, 2017).

Na área da saúde, a população LGBT também está exposta a situações de violência e discriminação no âmbito dos serviços, evidenciando a necessidade de serem constituídas novas práticas do cuidado em saúde.

Tais constatações evidenciaram a necessidade de uma política de saúde para esse grupo populacional com ações e serviços de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, além do incentivo à produção de conhecimentos na área, alicerçada nos princípios e nas diretrizes do SUS, quais sejam, a universalidade, integralidade, igualdade e participação social.

Os direitos sociais da população LGBT, tem se contituido por meio de lutas e organização políticas dessa população por meio de movimentos sociais.

De maneira breve, cabe mencionar as reflexoes de Montaño e Duriguetto (2014) sobre os movimentos sociais. Os autores, contextualizam os movimentos de classe que inicia-se em meados do século XVIII, com ao advento da Revolução Industrial na Europa com destaque para a associação das classes de trabalhadores e evidenciam que os movimentos clássicos estão ligados as lutas de classes e atuam diretamente vinculada à contradição do capital trabalho. Os Novos Movimentos Sociais (NMS), segudo os autores supracitados, surgem em meados do século XX e complementar as lutas de classes, ou seja, “novos” representa a denominação mais utilizada para representar os Movimentos Sociais contemporâneos.

Neste sentido, dentre outras determinações o Movimento Social, é concebido pelos próprios sujeitos com mesma identidade a qual se luta ou pertencimento de classe, que se mobilizam por respostas ou para enfrentar questões, constituir-se pelos próprios envolvidos diretamente, os novos movimentos sociais surge como complemento dos movimentos de classe. A busca de alternativas às lutas sindicais tanto de orientação social-democrata quanto as articuladas à União Soviética, fez emergir, ao longo dos anos de 1960 e na abertura dos anos de 1970, tendo como marco referencial o Maio Francês de 1968. (MONTAÑO E DURIGUETTO, 2014).

É, portanto, nesse período e nesse contexto que surge os Novos Movimentos Sociais, como o movimento mundial de protesto contra guerra dos Estados Unidos no Vietnã, Maio de 1968, marco para os movimentos dos homossexuais, feministas, pelos direitos dos negros nos Estados Unidos (Montaño e Duriguetto, 2014 p.265). Assim, os novos movimentos sociais, significa para os autores, "novas" formas de contestação são destacados por colocarem no cenário político temas como as questões de gênero, de raça, etnia, religião e sexualidade.

Entretanto, o dia 28 de junho é conhecido então pelo dia do marco da bandeira de luta, tendo em vista a morte de vários militantes em Stonewll e Village. A simbologia da luta se materializa também na bandeira LGBT idealizada por Gilbert Baker, onde as oito cores tem diversos significados. Porém a bandeira mais atual com seis cores. (BEZERRA E SOUSA, 2013)

No Brasil, as organizações e lutas do movimento LGBT surgem em 1970 em São Paulo. Nos anos 1980, ocorre a criação de novos grupos em diferentes Estados brasileiros.

Nesse processo, foram constituído algumas bandeiras de lutas, propostas, dentre a necessidade de uma política de saúde para esse grupo populacional com ações e serviços de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

Um dos marcos importantes, no percurso na construção de uma política pública de saúde à população LGBT, foi a criação, em 2004, de Comitê Técnico para a formulação da proposta da Política Nacional de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), por meio da Portaria MS 88.013, de maio de 2004. Em outubro desse mesmo ano, o Ministério da Saúde redefine a composição dos membros do Comitê Técnico, com o intuito de incluir os/as representantes dos segmentos LGBT, por meio da Portaria MS

2.227, de 14 de outubro de 2004. Dentre as atribuições do Comitê Técnico de Saúde da População LGBT, ganha destaque a elaboração da proposta da política nacional da saúde que apontasse diretrizes e estratégias para a inclusão desse segmento populacional no SUS (SENA; SOUTO, 2017).

As autoras evidenciam, nesse processo, um conjunto de normativas legais e espaços de mobilização social que foram importantes, na luta por direitos à saúde da população LGBT, com destaque para:

- Portaria 1.707, de 18 de agosto de 2008, que instituiu o Processo Transexualizador no âmbito do SUS, com a Portaria 457, de 19 de agosto de 2008, que regulamentou o Processo Transexualizador no SUS;
- I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, realizada em 5 de junho de 2008;
- Criação, em 2009, da Comissão Intersetorial de Saúde da População LGBT do Conselho Nacional de Saúde (Resolução CNS 410, de 12/2/2009);
- Aprovação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, pelo Conselho Nacional de Saúde, em sua 203ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de novembro de 2009. Em 2011, após dois anos de discussão, tal política foi aprovada e seu Plano Operativo pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT);
- Com aprovação na CIT, cria-se a Política Nacional de Saúde Integral LGBT por meio da Portaria 2.836, de 1º de dezembro de 2011, durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde.

Por meio da articulação dos movimentos sociais em defesa da população LGBT cria-se, em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbica, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), também pactuada pela CIT.

Dentre os objetivos da política, ganham evidência a promoção da saúde integral e eliminação da discriminação e do preconceito institucional, assim como as seguintes iniciativas:

I – instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres; II – ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades; III – qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT; IV – qualificar a informação em saúde no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados específicos sobre a saúde da população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial; V – monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para a população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial; VII – promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais; VIII – reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais; IX – definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis; X – oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que fazem parte da população LGBT; - garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados; (BRASIL, 2013, p. 20).

A Política de Saúde integral LGBT segue os parâmetros que norteiam o SUS:

É imprescindível a ação da sociedade civil nas suas mais variadas modalidades de organização com os governos para a garantia do direito à saúde, para o enfrentamento das iniquidades e para o pleno exercício da democracia e do controle social. Nesse processo estão sendo implantadas ações para evitar a discriminação contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos espaços e no atendimento dos serviços públicos de saúde. Este deve ser um compromisso ético-político para todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), de seus gestores, conselheiros, de técnicos e de trabalhadores de saúde. A garantia ao atendimento à saúde é uma prerrogativa de todo cidadão e cidadã brasileiros, respeitando-se suas especificidades de gênero, raça/etnia, geração, orientação e práticas afetivas e sexuais. (BRASIL, 2013, p. 6).

Na perspectiva da atenção integral, a rede de serviços de saúde para a população

LGBT no SUS deverá propor ações e serviços voltados para a redução de doenças sexualmente transmissíveis, a exemplo do HIV e hepatites virais do tipo B.

A política integral também deve contemplar a saúde física das mulheres lésbicas e bissexuais, com a perspectiva de ampliação de acesso qualificado para o tratamento de cânceres ginecológicos (BRASIL, 2013).

Sobre o direito à saúde de lésbicas e bissexuais, Sena e Souto (2017) destacam: Elaboração de cartilha, em conjunto com as lideranças históricas do movimento social, voltada para mulheres lésbicas e bissexuais com o tema: Mulheres Lésbicas - Direitos, Saúde e Participação Social, com o objetivo de promover a participação social na construção das políticas públicas, em especial da saúde, considerando as especificidades dessas mulheres. As oficinas realizadas em 2015 sobre saúde de *gays* e bissexuais, em parceria com movimentos sociais, também foram destacadas pelas autoras como importantes iniciativas de promoção dos direitos desse público.

Especificamente, para atender às particularidades do público LGBT, o Processo Transexualizador, exige do SUS a ampliação das ações dos serviços de saúde.

No que se refere às ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, no sentido de concretizar a ampliação do Processo Transexualizador no SUS, Sena e Souto (2017) evidenciam a pactuação, iniciada em 2011, do Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT com o objetivo de atender às demandas da pessoa trans. Nesse processo, a oficina realizada em 2016, sobre o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde contribuiu com a troca de experiências dos serviços prestados, organização da rede de atenção, e também no fomento da definição de diretrizes para a atenção integral à saúde das pessoas transexuais e travestis. A partir desse processo, envolvendo diferentes segmentos e com participação social, em 2016, o Processo Transexualizador contava com cinco hospitais habilitados, além de outros quatro serviços para prestar o atendimento.

Contudo, a Política Integral de Saúde LGBT constitui-se em importante instrumento legal normativo, mas não suficiente. A garantia de acesso e direito à saúde dessa população exige novas práticas pautadas na ética e antidiscriminatórias, reconhecendo as especificidades no atendimento em saúde. Entrelaçada a essa questão, é preciso reconhecer que cada grupo

populacional dessa comunidade carrega especificidades no acesso diferencial à saúde. A mulher lésbica apresenta necessidades de saúde diferenciadas da pessoa trans, ou seja, além de prerrogativas legais, os serviços precisam estar preparados para atender às particularidades de grupo, como também disponibilizar profissionais com condições para realizar um atendimento com qualidade.

2.2 Tendências e Desafios do Direito à Saúde da População LGBT no SUS

Os desafios na atualidade exige a mobilização e organização sócio política da população LGBT, assim como da população em geral para resistir a ofensiva e ataque aos direitos da população em geral.

A equidade e igualdade no direito à saúde tende a contribuir na redução das vulnerabilidades, da discriminação seja por orientação sexual ou por identidade de gênero, incidindo diretamente no contexto de saúde – doença da população LGBT.

Nesse sentido, reconhecer a homossexualidade/lesbianidade a bissexualidade como expressões legítimas da sexualidade humana, assim como é a heterossexualidade, para além do masculino e do feminino instituído socialmente, constitui um passo importante na garantia e ampliação de direitos da população LGBT.(CFESS, 2012, p.01).

Na luta para construção de uma sociabilidade verdadeiramente libertária, com a igualdade substantiva e emancipação humana em que o indivíduo pode desenvolver plenamente suas potencialidades, o CFESS manifesta o compromisso com as seguintes ações e bandeiras de lutas em defesa da livre expressão da orientação sexual e da livre expressão da identidade de gênero. (CFESS,2012 p. 02)

- Crítica à sociabilidade do capital e sua apropriação mercantil em todas as dimensões da vida social, em particular as demandas advindas do reconhecimento da diversidade humana;

- valorização da diversidade humana, com reconhecimento da livre orientação sexual e da livre identidade de gênero no âmbito de todas as políticas sociais;
- defesa da autonomia dos movimentos sociais; articulação permanente com o movimento LGBT e com outros sujeitos coletivos, para aprovação imediata do PLC 122/2006, que criminaliza a homofobia;
- reforço das lutas, no âmbito do Legislativo e do Judiciário, em defesa da liberdade de orientação sexual e da livre identidade de gênero, assegurando à população LGBT os direitos de adoção, constituição de família, direitos sucessórios, dentre outros;
- continuidade ao debate contemporâneo acerca do uso do nome social nos espaços públicos e privados (conforme carta de direito dos/as usuários/as do SUS) e no acesso às políticas públicas para a população LGBT;
- realização do processo de discussão e publicização do Plano Nacional Cidadania e Direitos Humanos LGBT nos espaços de debate do Conjunto CFESS-CRESS e apoio à discussão em outros espaços públicos. (CFESS,2012 p. 02)

As posições políticas dos diferentes sujeitos políticos, a exemplo do CFESS, se faz importante e necessário no atual contexto de retrocessos e perdas de direitos, como no caso da política pública de saúde.

A população em geral sofre por diversas iniquidades no campo da saúde. A garantia de um atendimento em saúde equitativo e integral a população lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), permanece incipiente e agravada pelas medidas acirramento de desfinanciamento do SUS, além da histórica desqualificação do setor em responder as diferentes demandas e necessidades sociais e de saúde dessa população específica.

Além das dificuldades correntes, estão propensos a sofrer ainda por constrangimentos diversos e outros tipos de problemas para suas demandas específicas, a exemplo das queixas recorrentes da negação do reconhecimento da identidade das lésbicas no sistema de saúde e pelos profissionais, uma vez que o atendimento é sempre focado na heteronormatividade. (TAVARES, 2016)

E, quando declaram a orientação sexual, passam a ser tratadas com preconceito e discriminação. Os exames preventivos são descartados, como se toda prática de prevenção estivesse associada a orientação sexual heterossexual. Contudo, há práticas diferenciadas entre os profissionais e, apesar de pontuais, apresentam bons resultados no que se refere a um atendimento com qualidade e respeitando as necessidades de saúde com igualdade e equidade. Mas, isso não se consolida enquanto política, mas como prática isoladas.(Tavares , 2016)

Uma outra dificuldade desse grupo em específico, está associada o direito das travestis em usarem o seu nome social. Em situações de emergências as travestis informam o nome social mas, quando são chamadas para o atendimento, é proposital chamar pelo nome que consta no registro civil, completamente incompatível com sua forma de existência, completamente incompatível com tudo , vestimenta e sua forma de agir. (Tavares, 2016)

Diante do exposto, o DECRETO Nº 8.727, DE 28 DE ABRIL DE 2016 , dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais na esfera da administração pública, federal direta, autárquica e fundacional. Obedecendo aos seguintes princípios, (BRASIL , 2016).

Uso nome social - designação pela qual a pessoa travesti ou transexual identifica e é socialmente reconhecida;

➤ identidade de gênero dimensão da identidade de uma pessoa que diz respeito à forma como se relaciona com as representações de masculinidade e feminilidade e como isso se traduz em sua prática social, sem guardar relação necessária com o sexo atribuído no

nascimento.

- Os órgãos e as entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, em seus atos e procedimentos, deverão adotar o nome social da pessoa travesti ou transexual, de acordo com seu requerimento e com o disposto neste Decreto.
- É vedado o uso de expressões pejorativas e discriminatórias para referir-se a pessoas travestis ou transexuais.
- Os registros dos sistemas de informação, de cadastros, de programas, de serviços, de fichas, de formulários, de prontuários e congêneres dos órgãos e das entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional deverão conter o campo “nome social” em destaque, acompanhado do nome civil, que será utilizado apenas para fins administrativos internos.
- Constará nos documentos oficiais o nome social da pessoa travesti ou transexual, se requerido expressamente pelo interessado, acompanhado do nome civil.
- O órgão ou a entidade da administração pública federal direta, autárquica e fundacional poderá empregar o nome civil da pessoa travesti ou transexual, acompanhado do nome social, apenas quando estritamente necessário ao atendimento do interesse público e à salvaguarda de direitos de terceiros.
- A pessoa travesti ou transexual poderá requerer, a qualquer tempo, a inclusão de seu nome social em documentos oficiais e nos registros dos sistemas de informação, de cadastros, de programas, de serviços, de fichas, de formulários, de prontuários e congêneres dos órgãos e das entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. (BRASIL,2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direito á saúde foi uma conquista da população brasileira, por meio da organização de diferentes sujeitos sociais na luta pelo direito á saúde, sob influencia o Movimento da Reforma Sanitária Italiana .

Os marcos legais trouxeram avanços no acesso á saúde, configurada como direito social e com o caráter universal e primordialmente executado pelo o Estado.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 foi um marco na construção da proposta da Saúde como Direito social, compreendida em um sentido mais abrangente, e com base na proteção , promoção e recuperação da saúde em todos o níveis.

Tal Conferência propôs a organização dos serviços de saúde em um Sistema Nacional, com base nos princípios da universalidade, participação social e com igualdade de acesso e, inovou ao propor a criação de um Sistema de Saúde, com fortalecimento da esfera publica, nos três níveis, federal , municipal e estadual.

Propostas advindas desta conferencia foram materializada e assumidas na CF de 1988, onde prevê em seu Art. 196: " A saúde é direito de todos e dever do Estado". Inaugura o sistema de proteção social, concebendo á Saúde, Assistência Social e a Previdência Social.

Como base no exposto, a saúde na CF de 1988 foi fundamentada nos princípios e diretrizes da participação social, universalidade, equidade, integralidade, preservando a autonomia e os direitos de cidadania.

A garantia do direito universal à saúde foi uma conquista da população brasileira em período de retomada democrática do Brasil. Portanto, a viabilização acontece por meio de políticas sociais e econômicas, como acontece com o SUS, que é regulamentado pela Lei Orgânica 8.080/1990, entre outros.

Essas normas legais ampliam a concepção de saúde, trazendo a perspectiva da determinação social do processo saúde/doença, cujos fatores condicionantes são a moradia, o saneamento básico, e a alimentação.

Contudo, o SUS previsto em lei está distante da realidade de muitos, portanto sua implantação não atendem de forma efetiva os brasileiros/brasileiras. Historicamente, as políticas neoliberais assumidas ao longo da Constituição Federal de 1988, apresentam inúmeras consequências, ou seja, desfinanciamento da saúde pública, desresponsabilização do Estado em prover investimentos para saúde pública.

O desmonte do SUS aprofunda-se com o governo de Michel Temer com o golpe institucional, e as medidas regressivas acentua com então Presidente Jair Bolsonaro, com o reforço ao neoconservadorismo.

Esta contextualização, são evidenciadas na saúde pública apresentada com privatizações, desmontando os princípios do SUS.

Isso porque cada vez mais, as alterações nas normativas legais no âmbito dessa política desdobram-se em problemas diversos e perversos no campo das iniquidades em saúde.

Portanto a crescente onda neoliberal, contribuir na precarização do SUS em suas várias dimensões, dentre outros fatores, estão, financiamento desta política pública, prejudicando a participação social, e falta dos insumos de saúde. Ou seja, as contrarreformas no SUS, caminha em direção da sua fragmentação, colocando o setor privado em detrimento do público, uma inversão do modelo previsto na CF de 1988.

O direito à saúde exige um projeto socialmente inclusivo; requer políticas sociais e a redistribuição da riqueza produzida, além da desconcentração de renda, para promover, assim, as condições e a garantia de sobrevivência digna.

O SUS abrange todos os serviços de saúde prestados por instituições públicas, estaduais, federais e municipais mantidas pelo Estado, além da participação da iniciativa privada em caráter complementar. Nesse sentido, o SUS previsto em lei está distante da realidade de muitos brasileiros, uma vez que sua implantação não ocorre efetivamente.

Os processos das políticas neoliberais na política de saúde expressam-se nas privatizações e no desmonte dos princípios do SUS. E os desdobramentos afetam a população em geral e, especificamente, lésbicas, *gays*, bissexuais e transexuais.

Além da precarização, nas várias dimensões, acentua o preconceito institucionalizado, a falta de capacitação dos profissionais no atendimento das especificidades dos usuários. Contudo, o acirramento das contrarreformas das políticas sociais caminha na direção do esfacelamento do SUS, devido ao risco de alterar a perspectiva da universalidade prevista na CF de 1988O modelo privatista, sob a égide neoliberal, baseia-se em valores individualistas de consumo, em detrimento da solidariedade, fugindo da lógica prevista nos documentos e nas normativas que regulamentam o SUS. Permanece, assim, a tendência de redução de direitos, transformando as políticas sociais em ações pontuais e compensatórias. A conjuntura neoliberal transforma o cidadão de direitos em cidadão-cliente consumidor de serviços.

É notório que o Estado brasileiro, ao assumir políticas neoliberais, não priorizou a destinação de recursos para o sistema público de saúde previstos em lei, visto que existe a sobreposição dos interesses econômicos e a mercantilização da saúde.

Consequência disso é o aumento das fragilidades para com o trato da saúde da população e, de forma mais aprofundada, dos indivíduos LGBT. Nesse sentido, há um risco de segmentação do SUS, que encontra inúmeras dificuldades e diversos desafios para a implementação dos preceitos constitucionais previstos no âmbito da seguridade social.

A percepção de tudo isso é que a população brasileira e, especificamente, a classe subalterna, vêm enfrentando ofensivas da crescente onda neoliberal, contra os direitos civilizatórios. Ainda, a ascensão do neoconservadorismo vem afetando a sociabilidade e, conseqüentemente, a população LGBT, que tem, em seu histórico de sofrimento, os agravantes do preconceito e da discriminação.

Importante ressaltar que, assistentes sociais em todo país trabalham cotidianamente no atendimento á população (LGBT),na garantia de serviços e direitos sociais. Apesar disso, necessário compreender que uma sociedade radicalmente democrática e livre não será construída sem que as pessoas possam expressar sua diversidade, seja, identidade gênero orientação sexual. Neste sentido, o Código de Ètica do/Assistente Social, vêm orientando sobre a importância da diversidade sexual e dos direitos da população LGBT. Pode -se

inferir que, no exercício profissional da/o assistente social são vedados todas as condutas discriminatórias ou preconceituosas, por orientação sexual e expressão sexual por pessoas do mesmo sexo. Assim destaca-se que, no exercício profissional o assistente social travesti e de assistentes sociais transexuais , dispõe sobre a inclusão e uso do nome social nos documentos de identidade profissional. Esta contextualização, ajudaram a mobilizar o debate na categoria e com a sociedade. Em suma, permite afirmar que estamos na luta contra a violência e por direitos de pessoas LGBT. (CFESS,2015)

REFERÊNCIAS

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

BEZERRA, Alana Rodrigues. SOUZA, Antonia Danicleide Pereira. Movimento LGBT: breve contexto histórico e o movimento na região do Cariri. **IV Seminário Cetros**, Fortaleza – CE – UECE – Itaper, 2013.

BORGES, Adriana T. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: uma busca de universalidade, integralidade e equidade. *In*: SEMINÁRIO DE SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICAS SOCIAIS, Universidade Federal de Santa Catarina, 2017.

BRASIL. 8ª Conferência Nacional de Saúde. **Relatório final**. 17 a 21 de março. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf, 1986. Acesso em: maio/2019.

BRASIL. Saúde Brasil 2007. Uma análise da situação de saúde. Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa, 2013.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 95/2016. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicaçãooriginal-151558-pl.html>. Acesso em: 14 set. 2018.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Revista Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

CAFIERO, Carlo. **O capital**: uma leitura popular. São Paulo: Polis Ltda., 1981.

CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. **Saúde e população LGBT**: demandas e especificidades em questão. Universidade Federal do Paraná, 2011.

CFESS. Parâmetros de para Atuação de Assistentes Sociais na Política De Saúde, 2010.

COSTA, Luana Dias. **Competência cultural e atenção à saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais travestis e transexuais (LGBT)**. 2017.

DINIZ, Debora. **Notícias de homofobia no Brasil**. Brasília: Letras Livres, 2014.

EL País. Cinco ‘fake news’ que beneficiaram a candidatura de Bolsonaro. 2018. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2018/10/18/actualidad/1539847547_146583.html, Acesso em: 18 jun. 2019.

FONTENELLE, Isleide A. Os paradoxos do consumo. **Rev. adm. empres.** [on-line]. 2008, v. 48, n. 3 [cited 2018-10-01], p.104-105. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S003475902008000300010&lng=en&nrm=iso. ISSN 0034-7590. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75902008000300010>.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LIMA, T. C. S. de; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Katályis**, Florianópolis, v. 10, 2007.

LINDER, Marcel van der. **O conceito marxista de proletariado**: uma crítica. 2016

LIMA, Luciana Dias de; CARVALHO, Marília Sá; COELI, Cláudia Medina. **Sistema único de saúde**: 30 anos de avanços e desafios. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro/RJ, 2018.

MATTOS, Pedro Lincoln C. L. de. Consultoria externa em reforma do Estado tem função técnica ou estratégica? Um estudo de caso. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 35-60, Feb. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122008000100003&lng=en&nrm=iso>. access on 12 July

2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122008000100003>

MELLO, Luiz *et al.* Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, n. 9, p. 7-28, dec. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872011000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872011000400002>.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MISSIO, Fabrício José. Macroeconomia do desenvolvimento: uma perspectiva keynesiana. **Econ. soc.**, Campinas, v. 26, n. 3, p. 817-827, dez. 2017.

MONTAÑO, Carlos. DURIGUETTO, Maria Lúcia. Estado Classe e movimento social .3,ed- São Paulo : Cortez, 2014.

NUNES, Igor S. População LGBT e seus direitos no SUS. 3º FÓRUM DE DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL. Florianópolis, 2017.

KRUGER, T. R.; OLIVEIRA, A. Trinta anos da constituição federal e a participação popular no SUS. **Revista Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 57- 71, jan./abr. 2018.

PAULA, C. E. A. Vulnerabilidade legislativa de grupos minoritários. **Revista Saúde Coletiva**, 2017.

PIANA, C. **A construção da pesquisa documental: avanços e desafios na atuação do serviço social no campo educacional**. São Paulo: Editora Unesp, 2009.

PRADO, Elizabeth Alves de Jesus; SOUSA, Maria Fátima de. Políticas públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa, 2017.

PRADO, Aurélio Máximo. **Preconceito contra homossexualidades: a hierarquia da invisibilidade**. Cortez Editora, 2008.

SILVA, A. X.; NÓBREGA, M. B.; MATIAS, T. S. C. (org.) **Contrarreforma, intelectuais e serviço social**: as inflexões na política de saúde. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

TAVARES, Inara, Saúde População LGBT no Sistema Unico de Saúde, 2016

SOARES, Raquel Cavalcante. Tendências da contrarreforma na política de saúde e o serviço social: privatização e superprecarização. *In*: SILVA, A. X.; NÓBREGA, M. B.; MATIAS, T. S. C. (orgs.) **Contrarreforma, intelectuais e serviço social**: as inflexões na política de saúde. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

SOUTO, Kátia Maria Barreto; SENA, Ana Gabriela Nascimento. Avanços e desafios da política nacional de saúde integral população LGBT. **Tempus, actas de saúde colet**. Brasília, 11(1), 9-28 mar. 2017.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras**: uma questão em análise. 12. ed., 2015.

ANEXO

PORTARIA Nº 2.836, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2011

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o direito à saúde garantido no art. 196 da Constituição Federal;

Considerando o Decreto No- 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei No- 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, especialmente o disposto no art. 13, que assegura ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS;

Considerando a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) no ano de 2009;

Considerando o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e dos Direitos Humanos de LGBT, da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR), que apresenta as diretrizes para a elaboração de políticas públicas;

Considerando as determinações da 13ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2008) acerca da inclusão da orientação sexual e da identidade de gênero na análise da determinação social da saúde;

Considerando a diretriz do governo federal de reduzir as desigualdades sociais por meio da formulação e implantação de políticas e ações pertinentes;

Considerando a prioridade na implantação de políticas de promoção da equidade, garantidas nas diretrizes do Plano Nacional de Saúde;

Considerando a necessidade de promover a articulação entre as ações dos diversos órgãos do Ministério da Saúde e das demais instâncias do Sistema Único de Saúde, na promoção de ações e serviços de saúde voltados à população LGBT;

Considerando que a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado às populações de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais;

Considerando que o desenvolvimento social é condição imprescindível para a conquista da saúde;

Considerando que a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura interferem, diretamente, na qualidade de vida e de saúde;

Considerando que todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias direcionadas à população LGBT (lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia) devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença;

Considerando a existência de dados que revelam a desigualdade de acesso aos serviços de saúde pelas lésbicas e mulheres bissexuais;

Considerando a necessidade de atenção especial à saúde mental da população LGBT;

Considerando a necessidade de ampliação do acesso ao Processo Transexualizador, já instituído no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de ampliação das ações e serviços de saúde especificamente destinados a atender às peculiaridades da população LGBT; e

Considerando a necessidade de fomento às ações de saúde que visem à superação do preconceito e da discriminação, por meio da mudança de valores, baseada no respeito às diferenças, resolve:

Art. 1º Esta Portaria institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do SUS, com o objetivo geral de promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

Art. 2º A Política Nacional de Saúde Integral LGBT tem os seguintes objetivos específicos:

I - instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres;

II - ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades;

III - qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT;

IV - qualificar a informação em saúde no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados específicos sobre a saúde da população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;

V - monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para a população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;

VI - garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados;

VII - promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais;

VIII - reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais;

IX - definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis;

X - oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que façam parte da população LGBT;

XI - oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT nas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), especialmente com relação ao HIV, à AIDS e às hepatites virais;

XII - prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado;

XIII - prevenir novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e ampliar acesso ao tratamento;

XIV - garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS;

XV - buscar no âmbito da saúde complementar a garantia da extensão da cobertura dos planos e seguros privados de saúde ao cônjuge dependente para casais de lésbicas, gays e bissexuais;

XVI - atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde;

XVII - garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde;

XVIII - fortalecer a participação de representações da população LGBT nos Conselhos e Conferências de Saúde;

XIX - promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS;

XX - reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde;

XXI - incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral;

XXII - incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde;

XXIII - promover o aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador, para mulheres e homens; e

XXIV - realizar estudos e pesquisas relacionados ao desenvolvimento de serviços e tecnologias voltados às necessidades de saúde da população LGBT.

Art. 3º Na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, serão observadas as seguintes diretrizes:

I - respeito aos direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação decorrentes das homofobias, como a lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, consideradas na determinação social de sofrimento e de doença;

II - contribuição para a promoção da cidadania e da inclusão da população LGBT por meio da articulação com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho, segurança;

III - inclusão da diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de outras políticas e programas voltados para grupos específicos no SUS, envolvendo orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida, raça-etnia e território;

IV - eliminação das homofobias e demais formas de discriminação que geram a violência contra a população LGBT no âmbito do SUS, contribuindo para as mudanças na sociedade em geral;

V - implementação de ações, serviços e procedimentos no SUS, com vistas ao alívio do sofrimento, dor e adoecimento relacionados aos aspectos de inadequação de identidade, corporal e psíquica relativos às pessoas transexuais e travestis;

VI - difusão das informações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção e às ações para o enfrentamento da discriminação, em todos os níveis de gestão do SUS;

VII - inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos processos de educação permanente desenvolvidos pelo SUS, incluindo os trabalhadores da saúde, os integrantes dos Conselhos de Saúde e as lideranças sociais;

VIII - produção de conhecimentos científicos e tecnológicos visando à melhoria da condição de saúde da população LGBT; e

IX - fortalecimento da representação do movimento social organizado da população LGBT nos Conselhos de Saúde, Conferências e demais instâncias de participação social.

Art. 4º Compete ao Ministério da Saúde:

I - apoiar, técnica e politicamente, a implantação e implementação das ações da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos Estados e Municípios;

II - conduzir os processos de pactuação sobre a temática LGBT no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT);

III - distribuir e apoiar a divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde nos serviços de saúde, garantindo o respeito ao uso do nome social;

IV - definir estratégias de serviços para a garantia dos direitos reprodutivos da população LGBT;

V - articular junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais para a definição de estratégias que promovam a atenção e o cuidado especial com adolescentes lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, garantindo sua saúde mental, assim como acolhimento e apoio;

VI - articular junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais para a definição de estratégias que ofereçam atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em situação carcerária, conforme diretrizes do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário;

VII - promover, juntamente com as Secretarias de Saúde estaduais e municipais, a inclusão de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em situação de violência doméstica, sexual e social nas redes integradas do SUS;

VIII - elaborar protocolos clínicos acerca do uso de hormônios, implante de próteses de silicone para travestis e transexuais;

IX - elaborar protocolo clínico para atendimento das demandas por mastectomia e histerectomia em transexuais masculinos, como procedimentos a serem oferecidos nos serviços do SUS;

X - incluir os quesitos de orientação sexual e de identidade de gênero, assim como os quesitos de raça-cor, nos prontuários clínicos, nos documentos de notificação de violência da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) e nos demais documentos de identificação e notificação do SUS;

XI -promover, junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais, ações de vigilância, prevenção e atenção à saúde nos casos de violência contra a população LGBT, de acordo com o preconizado pelo Sistema Nacional de Notificação Compulsória de Agravos;

XII - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde;

XIII -promover ações e práticas educativas em saúde nos serviços do SUS, com ênfase na promoção da saúde mental, orientação sexual e identidade de gênero, incluindo recortes étnico-racial e territorial;

XIV - fomentar a realização de estudos e pesquisas voltados para a população LGBT, incluindo recortes étnico-racial e territorial;

XV - apoiar os movimentos sociais organizados da população LGBT para a atuação e a conscientização sobre seu direito à saúde e a importância da defesa do SUS; e

XVI - disseminar o conteúdo desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT entre os integrantes dos Conselhos de Saúde.

Art. 5º Compete aos Estados:

I - definir estratégias e plano de ação para implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no âmbito estadual;

II -conduzir os processos de pactuação sobre a temática LGBT na Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

III - coordenar, monitorar e avaliar a implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT, na esfera estadual, garantindo apoio técnico aos Municípios;

IV - promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos Planos Estaduais de Saúde e nos respectivos Planos Plurianuais (PPAs);

V - planejar, implementar e avaliar as iniciativas para a saúde integral da população LGBT, nos moldes desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT;

VI - incentivar a criação de espaços de promoção da equidade em saúde nos Estados e Municípios;

VII - promover ações intersetoriais da saúde integral da população LGBT, por meio da inclusão social e da eliminação da discriminação, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;

VIII - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde;

IX -promover ações e práticas educativas em saúde nos serviços do SUS, com ênfase na promoção da saúde mental, orientação sexual e identidade de gênero, incluindo recortes étnico-racial e territorial; e

X - estimular a representação da população LGBT nos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde e nas Conferências de Saúde.

Art. 6º Compete aos Municípios:

I - implementar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Município, incluindo metas de acordo com seus objetivos;

II - identificar as necessidades de saúde da população LGBT no Município;

III - promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais;

IV - estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação de gestão e do impacto da implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT;

V - articular com outros setores de políticas sociais, incluindo instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de melhoria das condições de vida da população LGBT, em conformidade com esta Política Nacional de Saúde Integral LGBT;

VI - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde;

VII - implantar práticas educativas na rede de serviço do SUS para melhorar a visibilidade e o respeito a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais; e

VIII - apoiar a participação social de movimentos sociais organizados da população LGBT nos Conselhos Municipais de Saúde, nas Conferências de Saúde e em todos os processos participativos.

Art. 7º Ao Distrito Federal compete os direitos e obrigações reservadas aos Estados e Municípios.

Art. 8º Cabe à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) articular no âmbito do Ministério Saúde e junto aos demais órgãos e entidades governamentais, a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessários à implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA