

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

DILERMANDO APARECIDO BORGES MARTINS

**O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE
INTEGRAL LGBT NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA – PR.**

PONTA GROSSA

2019

DILERMANDO APARECIDO BORGES MARTINS

**O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE
INTEGRAL LGBT NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA – PR.**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Área de concentração: Cidadania e Políticas Públicas. Linha de Pesquisa: Estado, Direito e Políticas Públicas

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lislei Teresinha Preuss.

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Marcia Helena Baldani Pinto.

PONTA GROSSA

2019

M386 Martins, Dilermando Aparecido Borges
O Processo de Implementação da Política Nacional de Saúde Integral
LGBT no Município de Ponta Grossa - PR / Dilermando Aparecido Borges
Martins . Ponta Grossa, 2019.
167 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas - Área de
Concentração: Cidadania e Políticas Públicas), Universidade Estadual de
Ponta Grossa.

Orientadora: Profa. Dra. Lislei Teresinha Preuss.

Coorientadora: Profa. Dra. Márcia Helena Baldani Pinto.

1. LGBT. 2. Vulnerabilidade. 3. Política social. 4. Proteção social. 5.
SUS. I. Preuss, Lislei Teresinha. II. Pinto, Márcia Helena Baldani. III.
Universidade Estadual de Ponta Grossa. Cidadania e Políticas Públicas.
IV.T.

CDD: 323

TERMO DE APROVAÇÃO

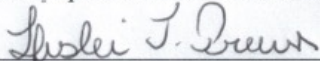
Dilermundo Aparecido Borges Martins

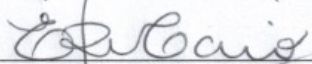
**O Processo de Implementação da Política Nacional de Saúde Integral
LGBT no Município de Ponta Grossa – PR**

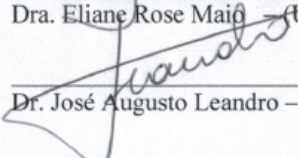
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:

Ponta Grossa, 22 de fevereiro de 2019.

Assinatura pelos Membros da Banca:


Dra. Lislei Teresinha Preuss - (UEPG) – Presidente


Dra. Eliane Rose Maio – (UEM)


Dr. José Augusto Leandro – (UEPG)

Dra. Cristina Ide Fujinaga – (UNICENTRO) – Suplente Externo

Dr. Bruno Pedroso – (UEPG) – Suplente Interno

AGRADECIMENTOS

Agradecer nem sempre é uma tarefa fácil, mas faz parte do processo de reconhecimento dos apoios recebidos em nossas vidas. Neste momento, não poderia ser diferente.

Devo agradecer em primeiro lugar à Deus, que tem sempre sido bondoso comigo em todas as dificuldades em minha vida. Mesmo que muitas religiões cristãs abominem a nossa população LGBT, ainda creio que Deus é amor e quer o bem-estar de todos os seus filhos.

À minha família, pelo suporte e apoio, por estar sempre comigo nos momentos difíceis desta caminhada, confiando no meu trabalho e me incentivando a seguir em frente. Cada abraço recebido, cada telefonema, cada momento juntos me dava forças para continuar. Este agradecimento especial vai para meu pai, Joedes, minha mãe, Cristina e meus tios Benedicto e Aparecida. Eu amo vocês!

Agradeço também à Universidade Estadual de Ponta Grossa, lugar que posso chamar de casa desde quando iniciei a minha graduação em Direito em 2010, e agora no Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais Aplicadas. Estendo meus agradecimentos a todos os meus queridos professores que colaboraram, de alguma forma, na construção do meu trabalho e na minha própria forma de ser e pensar. Afirmo, com veemência, que a pós graduação me transformou em alguém muito melhor.

Não posso deixar de agradecer à minha querida orientadora, professora Dra. Lislei Teresinha Preuss, que me ensinou nesta jornada a ter um amor pela saúde pública, a aprender a valoriza-la, além de me ensinar a pensar criticamente sobre todos os aspectos da vida. Meu muito obrigado pela parceria e carinho!

Aos meus amigos do mestrado que me ajudaram e muito, em especial Paloma, João Guilherme, Douglas, Paulo, Maria Raquel, Nara, Vitor Hugo, Camila Sopko, Juliana Bellafronte e Ana Flávia, que sempre estiveram ouvindo minhas dores, reclamações e dando suporte para que tudo se tornasse mais fácil. Vocês são incríveis.

Devo agradecer aos meus outros amigos que não estiverem diretamente envolvidos com a pós-graduação, mas que sempre estiveram me auxiliando. Ficaria difícil sem a ajuda de vocês nesta fase conturbada e cheia de obstáculos. O

agradecimento especial vai para Beatriz, Aline, Raquel e Cristina, que sempre acompanharam meu trajeto neste período.

Ao grupo Renascer, meu muito obrigado por me fazerem enxergar a população LGBT por outro ângulo. Muito do que aprendi devo a vocês, que me passaram uma vivência incrível e uma vontade de ajudar sempre mais. Débora Lee é uma inspiração de vida e luta pelo nosso grupo, além de ser minha referência na jornada contra o preconceito.

Aos sujeitos de pesquisa, que aceitaram participar das entrevistas e colaborar para que os resultados fossem alcançados.

À Michele Machado, secretária do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, que sempre deu o maior suporte durante estes dois anos, e foi mais do que uma funcionária, mas uma amiga pessoal.

Por fim, agradeço à CAPES pela concessão da bolsa, onde obtive um auxílio importante para conseguir manter meus estudos com qualidade.

Os gays, as bi, as trans e as sapatão,
tão tudo organizada pra fazer revolução
(Autor desconhecido)

RESUMO

O presente estudo tem como objeto a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no município de Ponta Grossa, no Paraná. Tal discussão possui relevância por compreender que esta população se encaixa como um grupo vulnerável, devido aos riscos e danos aos quais estão expostos, além da característica da universalidade, integralidade e participação da comunidade na estrutura da saúde pública no Brasil. Seu objetivo geral é compreender como se dá o processo de implementação da Política de saúde integral LGBT no município de Ponta Grossa-PR. Trata-se de uma pesquisa interdisciplinar, de cunho qualitativo, através de uma pesquisa exploratória, utilizando-se também como ferramentas a pesquisa bibliográfica e documental. A pesquisa de campo foi utilizada como forma de responder aos objetivos, através de entrevistas semiestruturadas como coleta de dados. Após, para promover a análise destas entrevistas, foi utilizado como técnica a análise de conteúdo. O método adotado para a compreensão do objeto foi o método crítico dialético. Partindo-se deste método, o trabalho estrutura-se da seguinte forma: o primeiro capítulo discute a proteção social e a política social como abordagem das ações do Estado, além da criação do Sistema Único de Saúde desde a Reforma Sanitária até a atual política do país. O segundo capítulo trata da vulnerabilidade da população LGBT, bem como sua trajetória ao longo dos anos até a criação da Política de saúde integral para este segmento, que se torna objeto de análise. No terceiro capítulo, caracteriza-se o município de Ponta Grossa e a ONG Renascer como locus de pesquisa, bem como a análise das entrevistas coletadas para, por fim, efetivar-se a conclusão. Foram elencadas cinco categorias de análise, que permitiu concluir que há uma implementação parcial da referida Política no município.

Palavras-chave: LGBT; vulnerabilidade; política social; proteção social; SUS.

ABSTRACT

The overall objective of this study is focused on the implementation of the National Policy for the Integral Health in relation to the Lesbian, Gay, Bisexual, Transvestite and Transsexual people located in the city of Ponta Grossa, Paraná. This discussion is relevant because it concludes that this population is a vulnerable group, due to the risks and damages they are exposed to, besides the characteristic of the universality, integrality and participation of the community in the structure of public health in Brazil. The general objective is to understand how the process of implementing the LGBT Comprehensive Health Policy in the city of Ponta Grossa-PR occurs. This study is conducted through interdisciplinary research, of a qualitative nature, through exploratory research, while also utilizing bibliographic and documentary research. Field research was conducted for data collection through semi-structured interviews in order to respond to the objectives. Afterwards, content analysis was used to perform proper analysis of the interviews. The critical dialectical method was adopted to understand the results. Starting from this method, the work is structured as follows: the first chapter discusses social protection and social policy as an approach to State actions, as well as the creation of the Unified Health System from the Sanitary Reform to the current policy of the State. The second chapter focuses on the vulnerability of the LGBT population, as well as its trajectory over the years until the creation of the integral Health Policy for this segment, which becomes the object of analysis. In the third chapter, the municipality of Ponta Grossa and the NGO Renascer are characterized as research locus, as well as the analysis of the collected interviews to finally conclude. Five categories of analysis were listed, which lead to the conclusion that there is a partial implementation of said Policy in the municipality.

Keywords: LGBT; vulnerability; social policy; social protection; SUS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	- Vítimas de LGBTfobia.....	58
Quadro 1	- Descrição resumida do movimento homossexual brasileiro..	63
Quadro 2	- Caracterização dos sujeitos de pesquisa.....	91

LISTA DE SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
AMPG	Associação Médica de Ponta Grossa
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBS	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CMEBR	Centro Médico Eurico Branco Ribeiro
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa Científica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
GALF	Grupo de Ação Lésbica-Feminista
GLBTT	Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transgêneros
GT	Grupo de Trabalho
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PIB	Produto Interno Bruto
PNDH	Programa Nacional de Direitos Humanos
PPI	Programação Pactuada e Integrada
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO 1: PROTEÇÃO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL: SAÚDE EM PAUTA.....	23
1.1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS ACERCA DA PROTEÇÃO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL.....	24
1.2 A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/SUS.....	31
CAPÍTULO 2: A POPULAÇÃO LGBT E QUESTÕES EMERGENTES DE SAÚDE.....	48
2.1 VULNERABILIDADE E POPULAÇÃO LGBT.....	48
2.2 TRAJETÓRIA E PRINCIPAIS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO LGBT.....	59
2.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS/LGBT.....	72
CAPÍTULO 3: IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INTEGRAL LGBT NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA.....	79
3.1 O MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA – PARANÁ.....	80
3.1.1 ONG Renascer de apoio à população LGBT: atuação no município de Ponta Grossa.....	83
3.1.2 Análise documental do Plano Municipal de Saúde.....	87
3.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBT NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA: UM OLHAR A PARTIR DOS SUJEITOS DE PESQUISA.....	90
CONCLUSÃO.....	124
REFERÊNCIAS.....	133
APÊNDICES.....	143
ANEXOS.....	149

INTRODUÇÃO

As demandas de saúde para a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) começam a surgir no cenário brasileiro com a epidemia do vírus HIV/Aids, na década de 1980. Embora estivessem iniciando o fortalecimento como grupo já a partir dos anos 60, foi com o alastramento da doença que a atenção para este segmento se tornou evidente, com ações para prevenção e tratamento na saúde – especialmente de homossexuais (FACHINNI, 2011).

A partir disto, a pauta LGBT se insere no serviço público de saúde, objetivando tratar a doença e diminuir a sua proliferação pelo país. Concomitantemente, a saúde pública brasileira tem mudanças radicais, por meio de um movimento denominado Movimento Sanitário, que passa a compreendê-la como um direito de todos, atendendo as diretrizes da integralidade, universalidade e participação da comunidade como forma de priorizar as demandas sociais em termos de saúde coletiva (GIOVANELLA, 2008).

Foi com a Constituição Federal de 1988 e com a Lei nº 8.080, de 1990 – Lei Orgânica da Saúde, que a nova estrutura de saúde se firma no Brasil, criando o Sistema Único de Saúde/SUS. Com este Sistema, consolidam-se características que tornam o acesso à saúde de forma ampliada e igualitária, diferindo-se do modelo privilegiado anteriormente vigente. A seguridade social se torna o modelo de proteção social, cujo objetivo principal é proteger o cidadão das mazelas sociais e dos riscos que possam a vir ocorrer ao longo de sua vida (PAIM, 2009).

A integralidade é umas das diretrizes da saúde pública brasileira, conforme o artigo 3º da Lei Orgânica, que entende a saúde dependente de fatores econômicos e sociais, cujos elementos como alimentação, moradia, saneamento básico, trabalho, renda, educação, dentre outros, são determinantes para sua caracterização (BRASIL, 1990). Trata-se de um princípio fundamental, que compreende a saúde de modo amplo e não apenas por meio da ótica hospitalocêntrica e de saúde como sinônimo de ausência de doenças.

Neste cenário, as necessidades da população LGBT aumentam, e as reivindicações caminham junto a elas. Foi por meio das pressões da sociedade civil e da criação de políticas voltadas para o segmento, como o Programa Brasil Sem Homofobia (CONSELHO, 2004) e a 1ª Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2008), que as discussões acerca da

saúde da população LGBT são articuladas. Novas ideias foram surgindo, pautadas na concepção ampla de saúde, em que não se foca mais apenas na prevenção do HIV/Aids, mas também de outras demandas gerais do grupo como o uso do nome social, acesso à saúde igualitário, cirurgias de redesignação, dentre outros¹.

Assim, em 2011, surge a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, por meio da Portaria nº 2.836 do Ministério da Saúde, cujo objetivo principal é reduzir preconceitos para a população LGBT no âmbito do SUS, atendendo suas necessidades na perspectiva da integralidade e tornando a universalidade do acesso uma realidade concreta. Tal política apresenta as suas formas de implementação, atribuindo responsabilidades para a União, Estados, Município e Distrito Federal (BRASIL, 2013).

Por se tratar de uma política pública, esta possui fases desde o seu surgimento até a sua fase final, o que se denomina como ciclo de políticas públicas. Adotando-se a concepção de ciclo de Howlett e Ramesh apud Baptista e Rezende (2015), este é composto pelas seguintes etapas: montagem de agenda, formulação da política, tomada de decisão, implementação e avaliação.

Nesta dissertação, leva-se em consideração a fase da implementação, que pode ser definida como

[...] o momento de colocar uma determinada solução em prática. Esta fase envolve uma série de sistemas ou atividades da administração pública: o sistema gerencial e decisório, os sistemas de informação, os agentes implementadores da política, os sistemas logísticos e operacionais (recursos materiais, financeiros, dentre outros) (BAPTISTA; REZENDE, 2015, p. 238).

Já Hogwood e Gunn apud Baptista e Rezende (2015) afirmam que o momento da implementação é onde se identificam os pactos estabelecidos. Ou seja,

se o momento de formulação é um momento de grandes consensos, onde tudo é possível, é no momento da implementação que se vê a real potencialidade de uma política, quem são os atores que a apoiam, o que cada um dos grupos disputa, e seus interesses. Estabelecem-se novos pactos, agora com novos atores, muitas vezes não participantes do pacto inicial de formulação, como os que são responsáveis pela prestação direta de serviços e que, no momento de implementação, tornam-se os principais agentes de transformação da política. Inicia-se um novo processo decisório,

¹ Mencionam-se alguns conceitos pertinentes à população LGBT, para fins de esclarecimento. De acordo com Jaqueline Gomes de Jesus (2012), o termo transgênero refere-se às pessoas que não se identificam com o gênero que lhes foi atribuído ao nascer, ou seja, homem ou mulher. Já a orientação sexual está ligada à atração afetivossexual por algum/ns gênero/s, tornando os conceitos distintos.

uma nova formulação da política, agora voltada para a sua aplicabilidade mais imediata e já não mais sujeita a intervenções ampliadas dos grupos sociais que sustentaram a proposta previamente aprovada. (BAPTISTA; REZENDE, 2015, p. 243)

Portanto, a fase de implementação é o momento em que a política se concretiza na realidade, saindo do campo das ideias para o campo efetivo, onde são colocadas em cheque todas as negociações anteriores.

Isto posto, a presente pesquisa tem por objetivo geral compreender de que modo se dá a implementação da Política de Saúde LGBT, cujo lócus de análise é o município de Ponta Grossa, no Paraná. A pergunta de partida que embasa o estudo é: como se dá o processo de implementação desta Política no município de Ponta Grossa, baseado nas suas competências específicas contidas na referida Portaria?

Deste objetivo geral, decorrem objetivos específicos, quais sejam:

1) Analisar os pressupostos teóricos acerca da proteção social, política social e política de saúde, através dos seus processos históricos e formativos

2) Compreender os conceitos de vulnerabilidade, bem como sua aplicação em relação a população LGBT;

3) Identificar o processo histórico ao qual a população LGBT se desenvolve, para então analisar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT;

3) Compreender a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município de Ponta Grossa, por meio das seguintes proposituras:

3.1) Identificar qual o papel da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa na relação com a comunidade LGBT;

3.2) Analisar o Plano Municipal de Saúde municipal, além do Plano Plurianual setorial para identificar se estão em consonância com a Política de saúde LGBT;

3.3) Verificar, por meio da Secretaria de Saúde municipal os mecanismos de monitoramento para o impacto da Política de saúde LGBT no município;

3.4) Analisar os materiais didáticos utilizados no serviço de saúde municipal para verificar as práticas educativas em prol da comunidade LGBT;

A própria Política de Saúde LGBT apresenta os motivos pelos quais ela foi criada. Necessário compreender, acima de tudo, que a falta de acesso à saúde implica em diversos outros fatores que estão interligados entre si, afetando o processo de saúde-doença:

Compreender a determinação social no dinâmico processo saúde-doença das pessoas e coletividades requer admitir que a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura interferem, diretamente, na qualidade de vida e de saúde. Requer também o reconhecimento de que todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias que compreendem lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença. (BRASIL, 2013, p. 13).

Ainda, é preciso pensar em diversas outras situações que implicam em uma atenção específica para a comunidade LGBT, como no caso da prostituição de travestis, que implica muitas vezes em uso de drogas devido ao ambiente hostil em que vivem; sua busca pela feminilidade, que leva ao implante de silicone industrial, cujo uso é prejudicial à saúde; além de uso de medicamentos indevidos e hormônios. Há que se falar, também, na depressão, ansiedade, violência, o processo transexualizador, a falta de respeito ao uso do nome social e o alto índice de HIV/Aids (BRASIL, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde, o preconceito existente no serviço público de saúde é um marco para a comunidade LGBT, visando a Política reduzir esta desigualdade:

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 à redução das desigualdades relacionadas à estes grupos sociais (BRASIL, 2013, p. 8).

Mello et al (2011) colocam em evidência a necessidade de uma atenção diferenciada para determinados grupos, por parte dos governos, como o caso da comunidade LGBT, baseado no princípio da equidade, que é estruturador do Sistema Único de Saúde, justificando a criação desta Política.

A competência municipal para implementação da Política de saúde LGBT tem seu fundamento na própria Constituição Federal e no modelo descentralizador do Estado brasileiro, uma vez que ele se constitui em uma federação. No caso da saúde, é a União quem formula as Políticas, pelo Ministério da Saúde, cabendo especialmente aos municípios a sua execução, havendo uma competência concorrente entre os entes federados (ARRETCHE, 2004). É o que se verifica na Política aqui analisada, ao definir qual a competência de cada ente da federação.

Isto posto, é necessário que se faça uma análise pormenorizada de como se dá o processo de implementação da Política de Saúde LGBT. Para isto, justifica-se o porquê da escolha do município de Ponta Grossa – PR como local para objeto de análise.

Com 195 anos de idade, a cidade de Ponta Grossa possui 305.545 mil habitantes, de acordo com o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística/IBGE (BRASIL, 2010), e compõe a região dos Campos Gerais, tratando-se de uma cidade de médio porte. Tal região situa-se no segundo planalto paranaense, limitados pela chamada Escarpa Devoniana, um limite natural formado por vegetação de campos e rochas. Os Campos Gerais, ainda, foram rotas dos tropeiros – em sua maioria gaúchos – que exploravam o local devido ao seu rico pasto natural e boa água, muitos se estabelecendo na região e formando as características político-culturais existentes até hoje (UNIVERSIDADE, 2018).

Em relação à saúde, Ponta Grossa sedia a 3ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, abrangendo mais onze municípios, dos quais: Arapoti, Carambeí, Castro, Ipiranga, Ivaí, Jaguariaíva, Palmeira, Piraí do Sul, Porto Amazonas, São João do Triunfo e Sengés (PARANÁ, 2017).

A região de saúde se constitui por um

[...] espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Para ser instituída, a região deve conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária, urgência e emergência, atenção psico-social, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, vigilância em saúde (PARANÁ, 2015, p. 8)

O município conta com 50 centros de saúde/Unidades básicas de saúde (UBS); 07 hospitais gerais; 13 postos de saúde; 01 unidade de pronto atendimento, 04 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de acordo com o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES, 2018).

Acerca de dados epidemiológicos, o DATASUS disponibiliza diversas informações, das quais destacam-se: no ano de 2014, foram registrados 220 casos de violência sexual, doméstica e outros tipos de violência no município de Ponta Grossa; somente em agosto de 2018, foram 2.357 internações no município, por causas gerais; foram registrados 22 novos casos de Aids no ano de 2018 em Ponta Grossa, dois terços a menos do que no ano anterior (DIÁRIO DOS CAMPOS, 2018).

Em relação às condições de moradia, aponta-se que 19 mil pessoas aguardam na fila para serem atendidas pela Companhia de Habitação do Município de Ponta Grossa, com cerca de 20% da população vivendo em áreas de risco. São cerca de 9.000 famílias vivendo em situação de precariedade habitacional. Há que se ressaltar que a prefeitura não conta com abrigos temporários, mas depende de ONGs que fazem este tipo de serviço, acolhendo pessoas em vulnerabilidade social – atualmente existem 197 pessoas morando em situação de rua (GRADIN; DOVHY; HONORATO, 2018).

O papel das Organizações Não Governamentais no município é relevante no contexto de promoção da cidadania LGBT. Neste sentido, destaca-se o grupo Renascer de Apoio à População LGBT, surgido no ano de 2000, que visa fortalecer vínculos entre a comunidade LGBT como um todo. Sua área de atuação abrange direitos de cidadania, não discriminação e assistência jurídica, além da promoção da saúde e prevenção (GRUPO RENASCER, 2018).

Ressalta-se, ainda, que o Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Estadual de Ponta Grossa/UEPG, ao qual esta pesquisa está vinculada, apresenta como uma de suas características a regionalidade, fomentando pesquisas que atuem na realidade das demandas da região onde se situa a Universidade. Além disto, possui como característica a interdisciplinaridade, aqui estruturado sob a relação entre três grandes áreas: Direito, Serviço Social e Saúde, demonstrando o caráter integrador dos diversos saberes (UNIVERSIDADE, 2018).

Apresentados a temática, os objetivos e as justificativas, importa discorrer acerca do método empregado para responder tais questionamentos. Uma pesquisa de qualidade deve ter uma metodologia delineada, de modo que a construção do saber seja clara e precisa. Para tanto, o presente estudo adota como método de pesquisa o método crítico-dialético, cuja abordagem permite responder aos anseios ora apresentados.

O método crítico-dialético, pautado na teoria Marxista de como analisar o objeto por meio de sua reconstrução sob uma perspectiva crítica. Para isto, esta análise deve ser realizada sob duas formas:

[...] o método dialético de Marx pressupõe, sim, dois momentos inseparáveis: a investigação (ou a pesquisa) e a exposição (ou a apresentação) A investigação, ou o método de investigação

(Forschungsmethode), é o esforço prévio de apropriação, pelo pensamento, das determinações do conteúdo do objeto no próprio objeto, quer dizer, uma apropriação analítica, reflexiva, do objeto pesquisado antes de sua exposição metódica. E a exposição, ou o método de exposição (Darstellungsmethode), não é simplesmente uma autoexposição do objeto, senão ele seria acrítico, mas é uma exposição crítica do objeto com base em suas contradições, quer dizer, uma exposição crítico-objetiva da lógica interna do objeto, do movimento efetivo do próprio conteúdo do objeto. A exposição é uma expressão (tradução) ideal do movimento efetivo do real, isto é, trata-se não de uma produção, mas de uma reprodução do movimento efetivo do material, do real, de tal modo que o real se “espelhe” no ideal. Reproduzir quer dizer aqui para Marx reconstruir criticamente, no plano ideal, o movimento sistemático do objeto, pois o objeto não é dado pela experiência direta e imediatamente. Requer aqui, portanto, um trabalho prévio de investigação (“escavação” e “garimpo”), de maturação do objeto, de sua captação com detalhes, de suas formas de evolução, de suas conexões íntimas, para depois expor adequadamente, sistemático e criticamente, a sua lógica interna (CHAGAS, 2011, p. 57)

Desta forma, analisar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT requer uma abordagem crítica, a fim de desconstruir o objeto em si até que se chegue ao seu abstrato, para posteriormente reconstruí-lo demonstrando as contradições nele existentes. Assim, a dialética parte do abstrato ao concreto, de uma exposição crítica da realidade.

Kosik (2002), ao explicitar o método crítico dialético, afirma que o objeto não se apresenta em sua realidade, mas sim como uma representação, o que se denomina de pseudoconcreticidade. Assim, o objeto é um fenômeno que possui uma essência, que nele está contido, escondido, e é papel do pesquisador atingir esta essência. Para o autor, “[...] captar o fenômeno de determinada coisa significa indagar e descrever como a coisa em si se manifesta naquele fenômeno, e como ao mesmo tempo nele se esconde. Compreender o fenômeno é atingir a essência” (KOSIK, 2002, p. 16).

O fenômeno é descrito como a coisa que se manifesta imediatamente, mas que oculta sua essência que é, de fato, a realidade. Portanto, é necessário decompor esta coisa a fim de atingir o conhecimento, que se apresenta como a decomposição do todo para atingir o mundo real. Este mundo real nada mais é do que a práxis humana, tendo o homem papel fundamental, especialmente em suas revoluções sociais (KOSIK, 2002).

Aplicando o método na presente pesquisa, o que se pretende é decompor a Política de Saúde LGBT, para atingir seu mundo real, a sua realidade concreta. Significa partir de sua representação imediata para atingir seu abstrato e,

posteriormente, reconstruí-lo para atingir seu concreto, apresentando sua trajetória, suas contradições e o papel do homem nesta realidade.

Desconstruir um objeto significa decompô-lo em partes. O método crítico-dialético entende que o objeto ao qual se pesquisa representa o todo, que é acessível ao pesquisador, porém de forma obscura, que contém uma essência a ser atingida. A questão que se apresenta, de imediato, é: como é possível fazer isto? A resposta está na investigação, por meio de alguns passos, quais sejam: apropriação da matéria (objeto) com seus detalhes históricos, análise das formas de desenvolvimento desta matéria; investigação da coerência interna. Após, é a exposição que surge para manifestar as antíteses, transformando o abstrato em concreto (KOSIK, 2002).

Trata-se, portanto, da totalidade concreta, ou seja, é a “[...] realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classes de fatos, conjuntos de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido” (KOSIK, 2002, p. 44). Estes fatos estão em profunda ligação, e o método permite que estes abstratos se conectem e dialoguem, sendo analisados sob uma perspectiva concreta. E a crítica faz parte desta concretude, uma vez que analisar os fatos isoladamente, sem uma perspectiva crítica, não permite o conhecimento da realidade de fato. O método pode assim ser compreendido:

[...] o pensamento dialético parte do pressuposto de que o conhecimento humano se processa num movimento em espiral, do qual cada início é abstrato e relativo. Se a realidade é um todo dialético e estruturado, o conhecimento concreto da realidade não consiste em um acrescentamento sistemático de fatos a outros fatos, e de noções a outras noções. É um processo de concretização que procede do todo para as partes e das partes para o todo, dos fenômenos para a essência e da essência para os fenômenos, da totalidade para as contradições e das contradições para a totalidade; e justamente neste processo de correlações em espiral no qual todos os conceitos entram em movimento recíproco e se elucidam mutuamente, atinge a concreticidade. O conhecimento dialético da realidade não deixa intactos os conceitos no ulterior caminho do conhecer; não é uma sistematização dos conceitos que procede por soma, sistematização essa fundada sob uma base imutável e encontrada uma vez por todas: é um processo em espiral de mútua compenetração e elucidação dos conceitos, no qual a abstratividade (unilateralidade e isolamento) dos aspectos é superada em uma correlação dialética, quantitativo-qualitativa, regressivo-progressiva. A compreensão dialética da totalidade significa não só que as partes se encontram em relação de interna interação e conexão entre si e com o todo, mas também que o todo não pode ser petrificado na abstração situada por cima das partes, visto que o todo se cria a si mesmo na interação das partes (KOSIK, 2002, p. 50).

É o método crítico-dialético que possibilita construir a presente pesquisa, de modo que ela se apresente, ao final, com uma perspectiva real e crítica da Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

Metodologicamente, a pesquisa possui um caráter qualitativo. Para Cavalcante, Calixto e Pinheiro (2014, p. 14), “esse tipo de abordagem, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares, propicia a criação de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação”. A pesquisa qualitativa, portanto, permite que o pesquisador possa coletar dados e, em seguida, fazer uma interpretação deles de modo cauteloso, para que se alcance um resultado plausível e que dê respostas válidas e concretas.

A pesquisa exploratória surge como ferramenta adequada para colaborar na problematização e no aprofundamento do objeto de estudo. Seu principal objetivo como instrumento metodológico é o aprimoramento de ideias, ocorrido através de levantamento bibliográfico e entrevistas. Para Gil (2008, p. 27),

As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. De todos os tipos de pesquisa, estas são as que apresentam menor rigidez no planejamento. Habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso. Procedimentos de amostragem e técnicas quantitativas de coleta de dados não são costumeiramente aplicados nestas pesquisas.

Pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.

Assim, por meio da pesquisa exploratória, é possível responder aos objetivos da pesquisa, uma vez que o levantamento bibliográfico permite construir categorias teóricas e explorá-las, como suporte e referente para o estudo. Isto se torna claro no decorrer dos capítulos, que apresentam bibliografia consolidada a afim de aprofundar a discussão.

A pesquisa documental, por sua vez, colabora para responder alguns dos objetivos específicos apontados na pesquisa. Embora possua semelhança com a pesquisa bibliográfica, difere-se quanto à natureza das fontes, vez que a pesquisa documental ainda não passou por nenhum tratamento analítico. É o caso de alguns

dos documentos da Secretaria Municipal de Saúde, que surgem como documentos oficiais capazes de responder acerca da implementação da Política no município de Ponta Grossa.

Opta-se, ainda, pela realização de entrevistas como ferramenta adequada para a coleta de dados, técnica muito utilizada em pesquisas exploratórias. Nesta pesquisa, utiliza-se a entrevista semiestruturada, cujo roteiro encontra-se no Apêndice A, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Científica/COEP, em Anexo A. Entrevista serve como base para obter as informações de pessoas próximas à temática de pesquisa, de acordo com as perguntas elaboradas. No caso da entrevista semiestruturada, são perguntas mais genéricas e que podem ser adaptadas ao longo da entrevista, que permitem ao entrevistado uma certa liberdade para responder (GIL, 2008).

Dentro deste universo de pesquisa, os sujeitos entrevistados foram escolhidos de acordo com a técnica metodológica da “bola de neve” – *snowball sampling*. Trata-se de uma técnica de amostragem que forma uma espécie de rede.

Essa técnica é uma forma de amostra não probabilística utilizada em pesquisas sociais onde os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes que por sua vez indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto (o “ponto de saturação”). O “ponto de saturação” é atingido quando os novos entrevistados passam a repetir os conteúdos já obtidos em entrevistas anteriores, sem acrescentar novas informações relevantes à pesquisa (BALDIN; MUNHOZ, 2011, p. 332)

Deste modo, foram realizados contatos via e-mail ou telefone e, por meio das indicações de novos participantes, outros contatos foram realizados até que se atingisse o ponto de saturação nas respostas obtidas.

Dentre os sujeitos, foram entrevistados 02 membros da ONG Renascer LGBT, representando a sociedade civil organizada, 02 membros da 3ª Regional de Saúde de Ponta Grossa, 02 membros do Conselho Municipal de Saúde – sendo um destes representante do gestor e outro dos usuários, e 02 membros da Secretaria Municipal de Saúde. Os contatos foram realizados via e-mail, telefone ou pessoalmente, escolhendo-se os sujeitos que primeiro aceitaram participar da pesquisa, após as indicações.

As entrevistas foram realizadas em seus locais de atuação, onde foi informado do sigilo de sua participação e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE.

Estas entrevistas realizadas demandam uma análise adequada para o tratamento das informações, elegendo-se a análise de conteúdo como método para interpretar os dados obtidos. Cavalcante, Calixto e Pinheiro (2014, p. 14) definem análise de conteúdo como

[...] técnicas de pesquisa que permitem, de forma sistemática, a descrição das mensagens e das atitudes atreladas ao contexto da enunciação, bem como as interferências sobre os dados coletados. A escolha deste método de análise pode ser explicada pela necessidade de ultrapassar as incertezas consequentes das hipóteses e pressupostos, pela necessidade de enriquecimento da leitura por meio da compreensão das significações e pela necessidade de desvelar as relações que se estabelecem além das falas propriamente ditas.

Para que se possa fazer a interpretação destes dados, importa observar os passos definidos por Bardin (1977), quais sejam: transcrição das entrevistas, leitura flutuante, identificar as categorias recorrentes, agrupá-las para, enfim, analisar que tipo de mensagem querem trazer. Trata-se de um processo decodificador, que permite ao pesquisador compreender o que está por trás das entrevistas realizadas, dos documentos coletados e demais dados que formam o material de análise. Neste caso, a análise documental entrará como uma das etapas da análise de conteúdo, e não como um procedimento metodológico isolado.

Definidos os procedimentos para a realização da pesquisa, ela se estrutura da seguinte forma: no primeiro capítulo são realizadas algumas digressões teóricas, a fim de compreender a estrutura da Política de Saúde LGBT. Neste sentido, aborda-se a política social, cuja teoria sustenta a criação da Política de saúde em si, bem como a seguridade social como modelo de proteção social vigente. Ainda, analisa-se de que modo a saúde brasileira está estruturada no Brasil, desde a Reforma Sanitária até os dias atuais, com o Sistema Único de Saúde.

O segundo capítulo, por sua vez, concentra-se na trajetória da população LGBT, compreendendo seu processo histórico, a atuação dos movimentos e as políticas criadas para o grupo, que resultaram na Política de Saúde LGBT. Ressalta-se que este segmento é entendido como uma população vulnerável, o que permite a análise da categoria teórica da vulnerabilidade para explicar o motivo pelo qual existe uma atenção da saúde pública para esta comunidade.

Por fim, no terceiro capítulo caracteriza-se o município de Ponta Grossa, explicitando o Plano Municipal de Saúde como documento que rege a política de saúde do município. Ainda, explicita-se a ONG Renascer também como locus de pesquisa, delimitando seu processo histórico e principais atribuições. Em seguida, são analisadas as categorias teóricas definidas após a aplicação da análise de conteúdo como ferramenta de interpretação dos dados.

Com isto, foi possível responder ao final os objetivos da pesquisa, para concluir se houve a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município de Ponta Grossa.

CAPÍTULO 1: PROTEÇÃO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL: SAÚDE EM PAUTA

Este trabalho se propõe a compreender de que modo se dá a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT – a qual aqui denomina-se de Política LGBT. Para tanto, é necessário compreender, a priori, de que forma o Estado brasileiro se articula com a sociedade, especialmente para efetivar os direitos sociais, cujo rol está elencado na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e que atende diretamente ao princípio da dignidade da pessoa humana.

Esta articulação só pode ser compreendida a partir do método crítico-dialético. Neste sentido, não se trata apenas de visualizar o objeto como algo dado, aparente, mas sim mirá-lo na sua totalidade, isto é, compreender racionalmente todos os fatos que compõem sua estrutura (KOSIK, 2002).

O objeto ora em debate é a Política LGBT, que por si só é dada apenas como um fato presente na realidade. Adotando-se o método crítico-dialético, esta Política é quem representa o todo, que deve ser analisado sob a sua totalidade. É necessário compreender os fatos que estão por trás de sua estrutura, posto que uma política como esta não surge descontextualizada. Sua criação voltada para uma população específica – a comunidade LGBT – somente é possível considerando que tanto o Estado quanto a sociedade estão inseridos em um contexto em que tais políticas são viáveis.

Disto resulta que a Política LGBT está diretamente relacionada com questões econômicas, políticas e culturais, não podendo ser analisada por si só, mas devendo ser pensada como fruto de todos os fenômenos que a circundam.

É nesta perspectiva metodológica que o presente capítulo se estrutura, sob a ótica crítico-dialético, no qual não basta apenas mirar na Política LGBT em si, mas observá-la em seu interior, numa reconstrução do objeto sob uma perspectiva crítica. Significa observar, sobretudo, as contradições existentes em seus variados aspectos que resultaram na sua criação, observar a sua essência que, por vezes, não se manifesta à primeira vista.

A Política LGBT nada mais é do que uma política social. Neste sentido, sob a ótica do método adotado, deve ser analisada em sua perspectiva histórica, uma vez que a questão social possui um papel fundamental em seu surgimento (BEHRING; BOSCHETTI, 2008). Para tanto, o primeiro dos fatos que compõe esta estrutura – a

Política em si – é a política social como uma teoria que embasa a reflexão crítica proposta.

A política social, ainda, possui pontos de vista econômicos e políticos. Isto implica nas questões estruturais da economia e seus reflexos na política social, além de apresentar os confrontos existentes entre o Estado e grupos que lutam de acordo com a classe ao qual pertencem (BEHRING, BOSCHETTI, 2008). Por se tratar de uma política voltada para a área da saúde, estes conflitos são demonstrados neste capítulo por meio do processo histórico que desembocou em um conceito ampliado de saúde, compondo mais uma das partes que formam a totalidade.

Portanto, compreender a Política LGBT, atendendo ao objetivo aqui proposto, requer a assimilação do que é uma política social, além da percepção de saúde como um processo. Nas palavras de Behring e Boschetti (2008, p. 43) “Estas dimensões – história, economia, política e cultura – não podem e não devem ser entendidas como partes estanques que se isolam ou se complementam, mas como elementos da totalidade, profundamente imbricados e articulados”.

Estes elementos apresentam-se da seguinte forma: primeiramente, apresenta-se o conceito de proteção social e, em seguida, de política social em seu contexto histórico, econômico e político. A partir disto, adentra-se à política de saúde, para enfim compreender qual o modelo de saúde adotado pelo Estado brasileiro na atualidade.

1.1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS ACERCA DA PROTEÇÃO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL

A proteção social nada mais é do que um modelo de atuação do Estado, que busca a redução de desigualdades e a promoção do bem-estar da população. De modo mais amplo, pode-se entender proteção social como

[...] as formas – às vezes mais, às vezes menos institucionalizadas – que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros. Tais sistemas decorrem de certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como a velhice, a doença, o infortúnio e as privações. Incluo neste conceito, também tanto as formas seletivas de distribuição e redistribuição de bens materiais (como a comida e o dinheiro), quanto de bens culturais (como os saberes), que permitiram a sobrevivência e a integração, sob várias formas, na vida social. Incluo, ainda, os princípios reguladores e as normas que, com o intuito de proteção, fazem parte da vida das coletividades (DI GIOVANNI, 1998, p. 09).

Compreende-se que a proteção social surge de forma ampla, visando salvaguardar os integrantes de sua sociedade através da redistribuição dos bens. Esta redistribuição objetiva reduzir as desigualdades existentes, que podem decorrer de diversos fatores que não necessariamente o financeiro, embora este seja o que mais afeta a vida cotidiana dos membros da sociedade.

Historicamente, a proteção social brasileira surge a partir das mudanças econômicas e políticas no plano internacional, impactando diretamente na ordem política interna. No Brasil, nota-se uma característica de dependência econômica e colonialista, por conta de sua história, o que implica em algumas limitações e características a seguir explicitadas:

Assim, a proteção social no Brasil não se apoiou firmemente nas pilstras do pleno emprego, dos serviços sociais universais, nem armou, até hoje, uma rede de proteção impeditiva da queda e da reprodução de estratos sociais majoritários da população na pobreza extrema. Além disso, dada a fragilidade das instituições democráticas nacionais, a política social brasileira teve seus momentos de expansão justamente nos períodos mais avessos à instituição da cidadania: durante os regimes autoritários e sob o governo de coalizões conservadoras. Isso deu ensejo à prevalência de um padrão nacional de proteção social com as seguintes características: ingerência imperativa do poder executivo; seletividade dos gastos sociais e da oferta de benefícios e serviços públicos; heterogeneidade e superposição de ações; desarticulação institucional; intermitência da provisão; restrição e incerteza financeira (PEREIRA, 2000, p. 125-126).

Deste modo, é possível notar uma forma de limitação daquilo que se propõe a ser a proteção social, especialmente em se tratando do Estado brasileiro, vez que em sua história e nos dias atuais ainda existem algumas ações refreadas nas áreas que envolvem a redução da desigualdade social e o aumento do bem-estar populacional.

Fruto destas características é que persistem estigmatizações a respeito da proteção social como um modelo a ser adotado pelo Estado, pois muitos a consideram como uma política estatal paternalista, uma espécie de esmola para os mais necessitados. Isto acaba desqualificando o seu status de política pública, estigmatizando tanto aqueles que dela necessitam quanto aqueles que trabalham com ela. Deste modo, os governantes assumem uma postura de remediadores dos males sociais produzidos pelo capitalismo, ao invés de proteger, efetivamente, as vítimas destes males (PEREIRA, 2013).

É por meio desta estigmatização que se enraizou, inclusive no Brasil, uma lógica de que a proteção social não pode destoar da ética meritocrática capitalista, onde se faz necessário o trabalho como um sacrifício, a cobrança de contrapartidas, numa espécie de troca contratual para fazer jus a determinada prestação estatal (PEREIRA, 2013).

Tratar da proteção social implica em tratar também de suas ramificações e características, que são variáveis. Para Potyara Pereira (2000), a proteção social inclui a seguridade social, o assecuramento e as políticas sociais. Para fins organizacionais, a ideia de seguridade social é abordada posteriormente, ao tratar especificamente do modelo de proteção adotado pela Constituição Federal de 1988. Por ora, atenta-se à percepção de política social.

Ao tratar de “política” em sua etimologia, tal termo permite uma série de derivações, que podem passar por várias áreas de estratégias governamentais, interferindo nas relações de produção – denominada política econômica – ou realizando intervenções no campo dos serviços sociais – o que se dá o nome de política social. Vale ressaltar que são áreas conexas, dividindo-se apenas para fins didáticos, posto que ambas se relacionam constantemente (VIEIRA, 2001).

Vieira (2001) afirma que a política social pode atuar em diversos outros campos, relacionando-se com a saúde, habitação, previdência, assistência, educação e demais outras áreas onde se estruturam as bases governamentais. Aqui, não se trata do Estado como um todo, mas sim de uma estratégia de governo, sendo estas estratégias mais estáveis à medida que o governo é mais estável e hegemônico.

Conceituar política social é uma tarefa difícil, posto que o termo é utilizado de forma genérica e sem uma mediação teórico-conceitual, variando entre os autores (PEREIRA, 2009). De modo geral, a política social visa assegurar o modelo de proteção social vigente, com ações voltadas a reduzir a vulnerabilidade de pessoas sujeitas a riscos sociais. Para Fleury e Ouverney (2009, p. 38),

[...] a política social, como ação de proteção social, compreende relações, processos, atividades e instrumentos que visam a desenvolver as responsabilidades públicas (estatais ou não) na promoção da seguridade social e do bem-estar. Portanto, a política social apresenta uma dinâmica multifacetada que inclui ações intervencionistas na forma de distribuição de recursos e oportunidades, a promoção de igualdade e dos direitos de cidadania e a afirmação de valores humanos como ideais e a serem tomados como referência para a organização de nossas sociedades.

Para compreender melhor o conceito de política social, é necessário analisar o período em que ela surge e como se desenvolve, ainda que brevemente. Seu processo histórico nos remete ao capitalismo, nas mobilizações operárias e com o surgimento de movimentos populares, momento em que se intensificam as políticas sociais. Foi neste período que a Revolução Industrial na Inglaterra gerou maior urbanização, aumentou a taxa de natalidade, permitiu que fossem criadas organizações sindicais, cooperativas e proletárias, iniciando assim os conflitos entre os interesses capital e trabalho. Logo, pode-se afirmar que não há política social sem as lutas sociais (PIANA, 2009).

Neste contexto, a questão social emerge a partir da Revolução Industrial, onde trabalhadores reivindicam uma resposta do sistema liberal-burguês para os problemas sociais. Eis que se inicia uma busca, pelo Estado, para uma alternativa ao liberalismo, dando origem mais tarde ao Estado de Bem-Estar ou Estado Social (PEREIRA, 2009).

No Estado Social – ou também denominado *Welfare State*, as políticas sociais se intensificam, posto que em suas raízes encontram maior similitude, dado às características deste modelo de Estado, conforme narrado a seguir:

o ideário do Estado de Bem-Estar Social é proposto pela teoria keynesiana em países da Europa e nos Estados Unidos da América, que tinha como princípio de ação o pleno emprego e a menor desigualdade social entre os cidadãos. É erigido pela concepção de que os governos são responsáveis pela garantia de um mínimo padrão de vida para todos os cidadãos, como direito social. É baseado no mercado, contudo com ampla interferência do Estado que deve regular a economia de mercado de modo a assegurar o pleno emprego, a criação de serviços sociais de consumo coletivo, como a educação, saúde e assistência social para atender casos de extrema necessidade e minimizar a pobreza (PIANA, 2009, p. 30).

Tratando-se das políticas sociais, é possível afirmar que seu tipo ideal está arraigado no modelo de Bem-Estar Social, posto que este visa a diminuir a pobreza e aumentar a qualidade de vida dos seus cidadãos, levando em consideração a efetivação de direitos sociais como mecanismo adequado para tanto. Porém, em se tratando do Estado brasileiro, Edvaldo Vieira (2001, p. 20) faz críticas ao modo com que o Brasil conduz sua política social, especialmente na década de 1990,

[...] a política social no Brasil é setorializada, fragmentada, emergencial, nada semelhante ao que Lorde Keynes pensou e conseguiu implantar no “New Deal” norteamericano, um plano econômico-social com certa homogeneidade. Na realidade e não no papel dos planos brasileiros, a

política de saúde, a política de habitação popular, a política de educação, de assistência, de lazer, de condições de trabalho, não formam um todo com alguma coerência. Por isto, educação não se articula com saúde e alimentação. A política social aqui tem figurado uma coisa desconjuntada, uma colcha de retalhos, uma operação tapa-buraco. Tal quadro não constitui Estado de Bem-Estar Social, ou rede de proteção. Constitui intervenção estatal no campo econômico e no campo social, dependendo das condições do momento.

É possível afirmar que o Brasil não se caracteriza como um Estado de Bem-Estar Social, o que justifica os comentários trazidos pelo autor. Após a Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro passou a adotar em sua política características do neoliberalismo, especialmente com o governo de Fernando Henrique Cardoso, de 1995 a 2003. O governo Lula, por sua vez, também não fugiu deste ideário, embora tenha implantado diversos programas² que visavam diminuir as desigualdades sociais no país durante o período em que governou, entre 2003 a 2011 (MELO, 2007).

Entende-se por neoliberalismo o modelo surgido nos anos 1980 como contraponto ao Estado Social, caracterizando-se como um liberalismo revisitado e adaptado ao capitalismo globalizado, culpando as políticas sociais públicas pelas crises ocorridas no final da década de setenta (PEREIRA, 2008).

Em relação aos direitos sociais – que são base para as políticas sociais – e o neoliberalismo, é possível dizer que

os direitos sociais e a obrigação da sociedade de garanti-los por meio da ação estatal, bem como a universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços sociais, são abolidos no ideário neoliberal. As estratégias para reduzir a ação estatal no terreno do bem-estar social são o corte do gasto social, eliminando programas e reduzindo benefícios; a focalização do gasto, ou seja, sua canalização para os chamados grupos indigentes, os quais devem “comprovar” sua pobreza; a privatização da produção de serviços; e a descentralização dos serviços públicos no “nível local” (SOARES apud VIEIRA, 2009, p. 114)

Neste sentido, critica-se o modelo neoliberal e os cortes aos direitos sociais, que contrariam diretamente aquilo que era meta do Estado Social. Importa dizer que “política social não é um serviço de distribuição de sopa, de distribuição de leite; política social é uma estratégia governamental de intervenção” (VIEIRA, 2001, p. 24).

² Dentre os programas criados, destacam-se o Bolsa Família, Minha Casa Minha Vida e Prouni, criados durante o governo Lula no período entre 2003 e 2010 (LULA, 2018).

Deste modo, tratar de política social significa tratar da relação existente entre o Estado e a população, em seus variados aspectos. A política social não deve ser considerada apenas uma forma de diminuir a pobreza, atendendo momentaneamente a população mais necessitada; deve ser uma estratégia capaz de atender àqueles que mais precisam de modo a diminuir as desigualdades causadas pelo sistema capitalista, numa intervenção sistematizada e que articule as variadas áreas estruturantes do Estado, especialmente no eixo econômico-social. Em outras palavras, a política social

[...] refere-se à política de ação que visa, mediante esforço organizado e pactuado, atender necessidades sociais cuja resolução ultrapassa a iniciativa privada, individual e espontânea, e requer deliberada decisão coletiva regida por princípios de justiça social que, por sua vez, devem ser amparadas por leis impessoais e objetivas, garantidoras de direitos (PEREIRA, 2009, p. 171-172)

Estas leis impessoais e objetivas, garantidoras de direitos, têm sua raiz fincada nos chamados direitos sociais. Em uma espécie de luta contra o capitalismo desenfreado, no século XIX, os movimentos sindicais e socialistas lutaram por uma bandeira que pudesse tornar o mundo menos desigual, conquistando assim os direitos sociais (PEREIRA, 2013). Atualmente, no Estado brasileiro, este eixo pode ser validado a partir dos direitos previstos no artigo 6º da Constituição Federal. A Carta Magna traz uma série de direitos ditos sociais, dentre eles saúde, educação, trabalho e moradia (BRASIL, 1988). Todos estes direitos são trabalhados minuciosamente em outros títulos da Constituição, tornando a lei maior como uma das garantidoras – ao menos positivamente – destas prerrogativas.

A positivação destes direitos é que permite políticas sociais setorializadas, afim de atender à população nos variados espaços em que ela necessita de uma intervenção estatal. Em se tratando de política de saúde, tema aqui abordado, depreende-se que ela está contida na teoria da proteção social, juntamente com a seguridade social e o asseguramento, conforme conceitua Pereira (2000). Para ela, “[...] as políticas sociais constituem uma espécie de política pública que visa concretizar o direito à seguridade social, por meio de um conjunto de medidas, instituições, profissões, benefícios, serviços e recursos programáticos e financeiros (PEREIRA, 2000, p. 16).

Baseando-se em Fleury e Ouverney (2008), a proteção social também é entendida como os modelos que pretendem introduzir mais igualdade, e que variam de acordo com cada sociedade e suas demandas, podendo assumir um modelo assistencial, de seguro social ou de seguridade social. Para tanto, busca-se compreender em que contexto o direito à saúde brasileira se insere, a partir da definição de cada um destes modelos.

Em linhas gerais, o modelo de assistência possui um caráter emergencial, voltado para os mais pobres, com uma ideia de caridade, em um misto entre trabalho voluntário e políticas públicas, mas que não configura necessariamente uma relação de direito social – mesmo que se permita o acesso a certos bens e serviços – podendo se tornar estigmatizantes, pois o indivíduo precisa comprovar o seu fracasso no mercado para ser atendido pela proteção social (FLEURY; OUVERNEY, 2008).

No modelo de seguro, por sua vez, existe uma espécie de contrato que vai nortear a proteção social, em que o indivíduo necessita ter contribuído por algum tempo e estar filiado a determinadas categorias profissionais para ser objeto de tal proteção. Logo, o benefício surge como um privilégio restrito apenas a determinadas categorias ocupacionais, resultante da pressão popular e da relação entre os governos (FLEURY; OUVERNEY, 2008).

Por fim, a partir da Constituição Federal de 1988, passa-se a ter vigência o modelo de seguridade social. Nesta tipologia, busca-se a universalização da cidadania, rompendo com a ideia de que somente determinados setores produtivos poderiam ser objeto da proteção social, conforme predizia o modelo de seguro. Assim, surgem alguns mecanismos que se voltam para o lado da solidariedade e da redistribuição, levando em conta o princípio de justiça social (FLEURY, 2009).

Ao contrário da concepção de seguro (*insurance*), a seguridade social (*social security*) ressaltava o princípio de uma sociedade solidária, a qual deveria garantir a todos um mínimo de subsistência, independente de sua capacidade de pagar regularmente uma contribuição financeira. Desta forma, a construção de um sistema social não deveria prover apenas a segurança econômica em situações de doença, invalidez ou velhice, mas sim os recursos sociais relativos à satisfação das necessidades essenciais do ser humano, como por exemplo moradia, higiene, formação e trabalho (OLIVEIRA; TEIXEIRA apud KLEBA, 2005, p. 155, grifo do autor).

É no artigo 194 da Constituição Federal que o modelo de seguridade social encontra sua legitimidade e adoção, cujo tripé saúde, assistência e previdência

estabelece a garantia de direitos: “Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, p. 1).

São variados os objetivos que asseguram a organização da seguridade social, destacando-se a universalidade da cobertura e do atendimento, irredutibilidade do valor dos benefícios, equidade na forma de participação do custeio e o caráter democrático e descentralizado da administração (BRASIL, 1988).

Além disto, o artigo 195 da Carta Magna estabelece a forma de custeio da seguridade social, sendo ela financiada por toda a sociedade com recursos provenientes da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, através da contribuição das empresas, do trabalhador e demais segurados da Previdência Social (BRASIL, 1988).

Alicerçado nesta característica demarcada pela Constituição Federal é que se pode abordar a categoria saúde, através de sua constituição, da criação do Sistema Único de Saúde e demais subcategorias estruturantes que permitem a discussão da temática em questão.

1.2 A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/SUS

Tratar de saúde como um direito implica em abordar, primeiramente, de que modo esta concepção se estruturou no Brasil. Isto significa dizer que é preciso retomar, ainda que brevemente, a história da saúde brasileira, a partir da Reforma Sanitária, no início da década de 1970, que desembocou no direito à saúde existente hoje.

Quando se trata de Reforma Sanitária, destaca-se o processo político e estratégico que deu o tom para este movimento histórico, norteado por diversas articulações que propiciaram a garantia constitucional de direito à saúde atual:

a reforma sanitária no Brasil é conhecida como o projeto e a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional. Emergindo como parte da luta pela democracia, a reforma sanitária já ultrapassa três décadas, tendo alcançado a garantia constitucional do direito universal à saúde e a construção institucional do Sistema Único de Saúde-SUS (FLEURY, 2009, p.1).

Conforme abordado por Sônia Fleury, tratou-se de uma reformulação na estrutura e no próprio entendimento de saúde pública, vez que as características existentes à época diferiam em diversos aspectos. Estruturalmente, a saúde brasileira englobava distintos campos, dos quais estavam a saúde pública, com caráter preventivo e voltado para a coletividade; a saúde do trabalhador, que estava inserida no Ministério do Trabalho; além da medicina previdenciária e a assistência médica liberal e filantrópica (PAIM, 2009).

O sistema de saúde possuía dois campos diferentes e desarticulados, o que dificultava as ações de saúde no país. Nele continha o Ministério da Previdência e Assistência Social, que se relacionava com os benefícios ligados ao trabalhador – apenas o contribuinte, na ótica de seguro – como aposentadoria e auxílios, englobando também o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS. Além deste Ministério, existia o Ministério da Saúde, com ações voltadas para programas de caráter permanente, como campanhas, imunizações, dentre outros, e com serviços de assistência médica que possuía um caráter assistencial para os pobres (KLEBA, 2005).

À época, o modelo de proteção social existente era o de seguro. Logo, aqueles que não contribuía com a previdência e não tinham dinheiro para a medicina privada deveriam recorrer à filantropia, o que dificultava o acesso à saúde para uma boa parte da população (KLEBA, 2005). Há que se destacar, também, a falta de recursos para a área da saúde, que não chegava a 2% do PIB, levando à decadência e precarização, afetando gravemente a saúde da população em geral (ESCOREL, 2008).

O acesso à saúde era voltado apenas a uma parcela da população, não existindo um sistema articulado que pudesse pensar em estratégias e ações capazes de atender a todos indistintamente, a promover o bem-estar populacional e garantir assim o direito de cidadania. A presença do setor privado era forte, onde cerca de 85% dos hospitais eram particulares no início dos anos 70 (KLEBA, 2005), o que impedia de se trabalhar com saúde pública de modo amplo.

Insatisfeitos com estas características que compunham a saúde brasileira, grupos de pessoas ligados à área da saúde começaram a se articular, dando origem ao que foi denominado de movimento sanitário.

Chamamos de 'movimento sanitário' o movimento de profissionais da saúde – e de pessoas vinculadas ao setor – que compartilha o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor de saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania (ESCOREL, 2008, p. 407).

Entre estes grupos, Sarah Escorel (2008) destaca três principais vertentes: a primeira era composta pelo movimento estudantil e pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebis); a segunda era composta pelos movimentos de Médicos Residentes e Renovação Médica; e a terceira integrava a academia com os docentes e pesquisadores.

Estes grupos possuíam algumas diretrizes para as reivindicações, dentre elas ampliar a consciência sanitária na população, demonstrando a relação existente entre a saúde e as condições sociais, econômicas e políticas; transformar a área médica por meio da criação de um novo paradigma na área da saúde pública; desenvolver uma nova ética profissional; conquistar parcerias políticas em prol do direito à saúde; e criar instrumentos para um agir democrático (TEIXEIRA apud KLEBA, 2005).

Com o surgimento e atuação do Cebis é que o paradigma começa a mudar, considerando que a área denominada de Medicina Social passa a se chamar Saúde Coletiva, por pensar justamente na defesa dos interesses coletivos e na população como um todo (COHN, 1989).

Alguns fatores foram relevantes para que o movimento sanitário tomasse cada vez mais força ao longo do tempo. Primeiramente, no final dos anos 70 e início dos anos 80, surge uma forte crise financeira na Previdência Social, que à época financiava o setor da saúde. Surgem propostas como alternativas para fortalecer o setor público de saúde, dentre elas o Plano Conasp, que integrava o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde. Este plano deu origem às Ações Integradas de Saúde – AIS, que tinham por objetivo transferir recursos da previdência para os estados e estes para os municípios, o que era visto pelos reformistas como uma estratégia para transformação do modelo de saúde brasileiro (COHN, 1989). Ainda, as AIS privilegiavam o setor público e propunham uma democratização e descentralização da saúde como um todo, pensando especialmente em um sistema unificado (ESCOREL, 2008).

Escorel (2008) relembra que a resistência no ideário transformista da Reforma era grande, e que o processo de mudança não foi simples, principalmente por conta da resistência dos setores privatizantes de saúde. Isto se dá, também, por conta do cenário político que envolvia o país à época, posto que na década de 1980 o regime militar ainda persistia e o contexto político e a movimentação em torno da saúde caminhavam juntos. Para Bravo e Matos (2002, p. 199), o Projeto de Reforma Sanitária

Tem como preocupação central assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. Como fundamentos dessa concepção, destacam-se: melhor explicitação do interesse público, democratização do Estado, criação de uma esfera pública como controle social. Outros aspectos significativos da proposta são: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações.

A ruptura com a hegemonia existente no setor de saúde muito se aproximava com a ruptura política com o regime militar, especialmente com a luta pela redemocratização. Tratava-se de um pensamento contra hegemônico que visava romper com o modelo de saúde existente, que não tinha como característica a universalidade no atendimento.

Tal proximidade se verifica com a intensificação das ações do Movimento Sanitário a partir do ano de 1983, “[...] cuja influência alcançou as instituições estatais de saúde, objetivando mudanças concretas em suas políticas, acompanhando a decisão democrática que também chegava ao seu momento mais decisivo” (FOGAÇA, 2017, p. 63).

Cronologicamente, alguns eventos tiveram influência na caminhada do Movimento Sanitário em busca de um novo modelo de saúde. No ano de 1979, ocorreu o I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, em que houve a possibilidade de estabelecer um diálogo e de ceder um espaço para que se expusessem alguns pontos fundamentais para a nova concepção de saúde. Em março de 1980, foi realizada a 7ª Conferência Nacional de Saúde, cujo escopo principal era a articulação entre os ministérios da Previdência/Saúde e Assistência Social, para trabalhar em prol da saúde como um direito de todos. Já em 1981, a recessão econômica provocou uma crise na previdência, atingindo a assistência

médica previdenciária, dando forças para a discussão da saúde descentralizada (ESCOREL, 2008).

A partir de 1983, as AIS começam a ter seus convênios assinados com as unidades da federação, em que a previdência social repassa seus recursos para os estados e estes repassavam para os municípios, numa perspectiva de descentralização. As AIS já se apresentavam como a implementação de ideias reformistas, dando passos para a constituição de um Sistema Único de Saúde no país (COHN, 1989).

Em 1986 houve a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em março daquele ano, na cidade de Brasília. Trata-se da primeira oportunidade na qual a população foi convidada para discutir as questões de saúde, sendo colocado em pauta não apenas questões técnicas, mas também a saúde como um direito fundamental; reforma do sistema com a finalidade de unificar os serviços, descentralizar a gestão e universalizar o acesso; definição de papéis específicos para cada ente da federação; além do financiamento dos serviços públicos e privados (KLEBA, 2005).

Escorel (2008) ressalta que esta conferência não se restringiu ao momento de sua realização, mas culminou em etapas posteriores, em 1986 e 1987, sobre temas específicos e áreas de atuação, como saúde da mulher, da criança, do consumidor, do trabalhador, saúde bucal, mental, dentre tantas outras, cujo relatório final da 8ª Conferência serviu como parâmetro. Tal relatório traz uma concepção de saúde distinta da existente até então, atendendo aos anseios do Movimento Sanitário. A partir de então

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e 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 (BRASIL, 1986, p. 4).

Há que se ressaltar, também, que o relatório coloca como responsabilidade do Estado a criação de uma política de saúde adequada e integrada com as políticas econômicas e sociais (MARTINS; PREUSS, 2017). Tal necessidade está em consonância com o que é defendido pelas políticas sociais e pela proteção social como modelo de atuação estatal na garantia de direitos sociais.

Em suma, a Reforma Sanitária pode ser sintetizada da seguinte forma:

[...] enquanto proposta foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Transformou-se em projeto a partir da 8ª CNS e desenvolveu-se como processo desde então, especialmente com a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Pode-se afirmar que a Reforma Sanitária é, simultaneamente, uma proposta, um projeto, um movimento e um processo (PAIM, 2008, p. 173).

A partir disto, no ano de 1988, é dado um passo no cenário jurídico-político que acabou por influenciar a questão da saúde no país: promulga-se a Constituição Federal de 1988, fortemente marcada por seu caráter democrático, que busca assegurar os direitos sociais, individuais, a liberdade, segurança, bem-estar, desenvolvimento, igualdade e justiça como valores fundamentais de uma sociedade fraterna, com pluralidade e sem preconceitos, conforme disposto em seu preâmbulo (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal foi quem deu o primeiro passo na positivação do direito à saúde, trazendo uma seção exclusiva com o título “Da Saúde”, em que trata das principais características e da instituição do SUS, posteriormente detalhado em leis infraconstitucionais.

De acordo com o artigo 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 (BRASIL, 1988, p. 1).

Nota-se que a Carta Magna abordou, em seu texto, as reivindicações trazidas pelo Movimento Sanitário, além de reafirmar o que estava disposto no relatório final da 8ª CNS. Com isto, a universalização e a igualdade de acesso tornam-se marcantes, em se tratando de saúde, o que caracteriza uma concepção ampla e um novo modelo adotado pelo Estado brasileiro. Para Paim (2009, p. 46),

o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação, tal como previsto pela Carta Magna, permite, portanto, desenvolver uma atenção integral à saúde. Em vez de se limitar a uma assistência médica curativa, o direito à saúde no Brasil estende-se à prevenção de doenças, ao controle de riscos e à promoção da saúde. Assim, as ações e serviços de saúde são de relevância pública.

Além de abarcar as principais características da saúde, a Carta Maior também institui, em seu artigo 198, um sistema único, cujas ações e serviços

públicos formam uma rede regionalizada e hierarquizada, com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Nota-se que tanto o artigo 196 quanto o artigo 198 trouxeram princípios e diretrizes essenciais à saúde brasileira a partir deste novo entendimento pós Reforma Sanitária: a universalidade, igualdade, integralidade, descentralização e participação social. Para tanto, é preciso detalhar tais conceitos para uma melhor compreensão de como se organiza a saúde brasileira.

Primeiramente, é importante apontar a distinção entre princípios e diretrizes, em razão das peculiaridades de cada um deles. Desta forma,

princípios são aspectos que valorizamos nas relações sociais, a maioria derivados da moral, da ética, da filosofia, da política e do direito. São valores que orientam nosso pensamento e as nossas ações. Funcionam como se fossem os mandamentos no caso das religiões. Já as diretrizes são as orientações gerais de caráter organizacional ou técnico que auxiliam as diferentes partes que compõem o sistema de saúde a seguirem na mesma direção ou, talvez, no mesmo caminho (PAIM, 2009, p. 56)

Portanto, aqui são tratados conjuntamente os princípios e diretrizes, que respaldam a compreensão do modelo de saúde brasileiro.

A universalidade implica em dizer que os serviços de saúde devem ser disponíveis a todos, independentemente da complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos, mudando a ótica anteriormente existente do modelo contributivo de seguro social. Assim, a sociedade deve arcar solidariamente com o financiamento deste acesso universal, que passa a ser de todos indistintamente (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Este princípio se contrapõe à prática existente até a Reforma Sanitária, posto que o acesso era restrito devido ao modelo de proteção social vigente. Assim, a Previdência manteve os moldes contributivos, enquanto que a assistência passou a atender a todos os cidadãos indistintamente, inclusive no âmbito da assistência hospitalar. Neste sentido,

o direito à assistência ambulatorial ou hospitalar foi ampliado, assim, aos grupos sociais e à grande parcela da população brasileira até então excluída, sendo condicionado agora à capacidade instalada e ao nível de complexidade existente na área de referência dos moradores em questão” (KLEBA, 2005, p. 175).

A universalidade exige uma atuação ainda maior do Estado, considerando que o acesso deve ser amplo e privilegiando a todos os cidadãos. É papel do Estado atuar de forma que privilegie também os grupos sociais mais excluídos, e não apenas grupos privados, o que vem a atender tal princípio (KLEBA, 2005). Demanda-se do SUS e sua gestão uma atuação efetiva, que está diretamente ligada a outro princípio: a igualdade de acesso.

Este, por sua vez, surge para impedir que haja qualquer tipo de discriminação no acesso aos serviços de saúde, de modo que qualquer cidadão possa receber um tratamento igualitário, de acordo com as suas necessidades (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Sua principal proposta é aniquilar os preconceitos e os privilégios de qualquer espécie, a fim de que todos sejam tratados da mesma forma. Torna-se, assim, o princípio central do SUS, embora haja discussão acerca de equidade – dar atendimento de acordo com as necessidades. Reforça Paim (2008) que esta discussão é desnecessária, pois tanto a Constituição Federal de 1988 quanto a Lei Orgânica da Saúde colocaram a igualdade como princípio maior, deixando a equidade como uma orientação que parece ser evidente.

Já a integralidade está relacionada com uma articulação entre as políticas de saúde e as políticas de cunho econômico e social, atuando diretamente nos determinantes do processo saúde doença, tais como alimentação, moradia, trabalho, renda, dentre outros (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Possui ligação estreita com os serviços voltados para promoção, proteção e recuperação da saúde. Entende-se também “[...] como um 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” (PAIM, 2008, p. 56).

Kleba (2005, p. 177) esmiúça ainda mais esta diretriz, apontando a diversidade de fatores que fazem parte de sua caracterização:

Uma assistência que se propõe a abordar o ser humano em sua integralidade requer a compreensão da saúde enquanto processo dependente de fatores biológicos, psicológicos, sociais e históricos. Nesta perspectiva a assistência à saúde não se limita a uma intervenção institucionalizada, determinada por uma patologia, cujo diagnóstico provém de uma queixa do paciente e de uma avaliação profissional realizada sob parâmetros do modelo biomédico. Uma política de saúde deve levar em

conta o conjunto dos condicionantes que tornam a vida das pessoas uma vida saudável, ou, ao contrário, favorecem os processos mórbidos.

Tal direcionamento também se faz presente na Lei Orgânica da Saúde, em seu artigo 3º, que aponta os determinantes da saúde que afetam a vida dos indivíduos, por meio de fatores externos e ligados aos aspectos sociais e econômicos. A integralidade é uma das diretrizes mais importantes, pois ela amplia o entendimento de saúde e analisa os diversos prismas que influenciam a vida dos usuários da saúde pública.

Por isto, as decisões políticas atuam diretamente na concepção de integralidade, requerendo uma atuação consciente e voltada para o bem-estar social. Isto implica na melhoria do meio ambiente, segurança pública, oportunidades de trabalho, acesso à moradia, educação, bem como o lazer e acesso a atividades que desenvolvam o conforto físico e mental.

Requer, sobretudo, uma atuação profissional humanizada que olhe para o paciente como alguém que está suscetível a situações externas que afetam a sua saúde, demandando uma atenção especial capaz de superar tais problemas e de compreendê-los em toda sua complexidade. Assim,

a atuação profissional, em todos os níveis, deve superar o foco restrito sobre riscos e problemas, buscando identificar potenciais e recursos produzidos e utilizados pelos indivíduos e grupos no enfrentamento de situações problemáticas. Isto requer uma nova compreensão do significado da doença e do papel que os sujeitos da ação terapêutica – profissional e indivíduo – assumem neste processo. Implica reconhecer o “paciente” enquanto sujeito em seu próprio processo de adoecer e tornar-se saudável, não como “culpado” ou “vítima” mas como “criador”, referência da atuação profissional (KLEBA, 2005, p. 179)

A diretriz da integralidade está associada às análises de vulnerabilidade, em especial no tocante à vulnerabilidade social, que também considera os fatores externos nos impactos da saúde do indivíduo. Tais análises são abordadas com mais ênfase no capítulo seguinte, em que é possível compreender tal relação.

A descentralização, por fim, visa a democratização do processo decisório no âmbito de saúde, dando maior responsabilidade e autonomia para os governos estaduais e municipais nas ações e implementações dos serviços de saúde de um modo geral. Isto permite que os governos consigam trazer para si os problemas locais de sua comunidade, relacionando-se diretamente com a ideia de participação da comunidade, na qual a população, por meio de entidades representativas, pode

colaborar no processo de formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde, além de fiscalizar as ações dos governos, nos diferentes níveis (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Tais princípios e diretrizes é que permitem a criação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, cujo tema é objeto principal deste estudo. O acesso universal garante que membros desta comunidade possam acessar o SUS; a igualdade permite que estes usuários sejam tratados iguais, independentemente da orientação sexual e de suas características; a integralidade, ainda, é fator determinante, pois considera a população LGBT em sua totalidade, analisando os diversos fatores externos que prejudicam o seu bem-estar, especialmente o preconceito; e a descentralização é quem proporciona ao Estado como um todo as responsabilidades de cada ente de sua federação, especialmente no município cujo recorte é primordial nesta pesquisa.

Sob estes pilares é que se sustenta o novo modelo de saúde brasileira, adotado na Constituição Federal de 1988 e que posteriormente foi complementado, em sede de lei infraconstitucional, com a promulgação da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Seu principal objetivo é regular as ações e serviços de saúde em todo território nacional, dispondo que a saúde é um direito fundamental do ser humano, corroborando o já disposto na Carta Magna. Além disto, direciona ao Estado a responsabilidade por seu pleno exercício, através da formulação e execução de políticas econômicas e sociais; incumbindo-lhe também o papel de assegurar o acesso universal e igualitário à todos os serviços de saúde (BRASIL, 1990).

O artigo 3º da referida Lei também traz o entendimento do que são os determinantes e condicionantes da saúde, ou seja, aquilo que influencia de alguma forma as condições de saúde do cidadão, destacando-se a alimentação, moradia, saneamento básico, trabalho, educação, dentre outros (BRASIL, 1990).

O destaque se dá para a regulamentação do Sistema Único de Saúde, detalhando-se minuciosamente o que já estava previsto na Constituição Federal de 1988. De acordo com o art. 4º, o SUS é caracterizado por ações e serviços de saúde, divididos entre União, Estados e municípios, seja pela administração direta ou indireta. Detalhando mais o conceito, explicita Paim (2009, p. 54) que

[...] o SUS corresponde a um sistema público de saúde formado por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais. Não é exclusivamente

constituído por organismos da administração direta, como o Ministério da Saúde e as secretarias municipais e estaduais correspondentes. Integram também o SUS os órgãos e instituições da chamada administração indireta, a exemplo das autarquias, fundações e empresas públicas. Assim, serviços e estabelecimentos de saúde vinculados à administração indireta poderiam gozar de maior autonomia de gestão, adequando-se à melhor natureza e às especificidades das ações de saúde. A iniciativa privada pode participar do SUS, em caráter complementar, mediante contrato regido pelo direito público. Neste sentido, os serviços privados e filantrópicos contratados funcionam como se público fossem.

Abre-se um leque de possibilidades de atuação no Sistema, em seus variados ramos da Administração Pública, acentuando-se principalmente a característica da descentralização, uma vez que se definem competências comuns e específicas para cada ente.

Neste sentido, a legislação que regulamenta o SUS reafirma o seu caráter regional e hierarquizado, com a possibilidade de participação complementar ou atuação direta da iniciativa privada. Para isto, cada esfera do governo possui uma composição e uma atribuição específica para as ações e serviços de saúde. No âmbito da União, a competência é do Ministério da Saúde; nos Estados e Distrito Federal, a responsabilidade é da Secretaria de Saúde Estadual; e aos Municípios delega-se a incumbência para a Secretaria de Saúde Municipal (BRASIL, 1990).

De acordo com o artigo 15 da Lei, algumas das competências pertinentes ao SUS, no âmbito administrativo, possuem atribuições em comum para todas as esferas do governo, das quais destacam-se o controle, fiscalização e avaliação dos serviços de saúde; administração de recursos financeiros; elaborar e atualizar periodicamente o plano de saúde; realizar pesquisas e estudos na área de saúde; elaborar a proposta orçamentária; elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação de saúde; dentre outras (BRASIL, 1990).

Todavia, muitas destas atribuições são específicas para cada uma das esferas governamentais, enfatizando o caráter democrático e autônomo do SUS em relação ao Estado e seus variados campos de atuação. No caso da União, as competências estão distribuídas em dezenove incisos, dentre os quais frisam-se a participação e formulação de políticas de alimentação, nutrição, saneamento básico, meio ambiente e saúde no ambiente de trabalho; vigilância sanitária e epidemiológica, por meio da coordenação de sistemas e ações voltadas para estas áreas; prestação de assistência técnico e financeira aos Estados, Municípios e Distrito Federal; elaborar normas tanto para o SUS quanto para os serviços privados

de saúde; promover a descentralização dos serviços e ações de saúde em relação aos Estados e municípios; dentre outras (BRASIL, 1990).

Em se tratando dos Estados, as competências estão distribuídas em quatorze incisos, enfatizando-se a necessidade de descentralização em relação aos municípios; avaliar, acompanhar e controlar as redes do SUS; prestar apoio técnico financeiro aos Municípios; cuidar do saneamento básico através da formulação de políticas; acompanhar, avaliar e divulgar indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada; dentre outros.

Por fim, os Municípios – aqui com destaque devido ao recorte dado ao objeto de estudo – possuem uma competência ainda mais afunilada em se tratando do caráter descentralizador do Sistema, com competências específicas. As responsabilidades estão definidas em doze incisos, presentes no artigo 18 da Lei 8.080 de 1990.

Neste caso, são os municípios quem planejam, organizam, controlam e avaliam as ações e os serviços de saúde, além de gerir e executar os serviços públicos de saúde. Ainda, articula-se com a direção estadual para planejar, programar e organizar a rede regionalizada e hierarquizada do SUS. Atua, também, com as ações voltadas para as condições e ambiente de trabalho, além de executar serviços diretamente na vigilância epidemiológica, sanitária, na alimentação e nutrição, saneamento básico e saúde do trabalhador (BRASIL, 1990).

Outrossim, aos municípios compete executar em seu território a política de insumos e equipamentos para a saúde; colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente; formar consórcios administrativos intermunicipais; gerir laboratórios públicos de saúde; colaborar com Estados e União na vigilância de portos, aeroportos e fronteiras; controlar e fiscalizar os serviços privados de saúde, além de com eles firmar convênios; e por fim criar normas para as ações e serviços públicos de saúde em seu âmbito de atuação (BRASIL, 1990).

Percebe-se que com este novo modelo de saúde introduzido pelo SUS, algumas mudanças ocorreram desde a Reforma Sanitária e seu padrão outrora vigente. O caráter descentralizador do sistema acentuou-se, o que permitiu a participação especialmente dos municípios brasileiros, inclusive por meio das comunidades, conforme o excerto a seguir:

o SUS tem alcançado importantes resultados, além do desenvolvimento de programas e da produção de serviços. A descentralização da gestão do sistema avançou, abrangendo a totalidade dos estados e municípios brasileiros. A participação da comunidade se efetiva mediante conferências e conselhos de saúde (PAIM, 2009, p. 83)

Com isto, há um avanço na forma com a qual a saúde brasileira é gerenciada, o que beneficia a população que dela depende, realçando a proteção social como um modelo de Estado que visa garantir aos cidadãos o suporte necessário para protegê-los dos riscos advindos da sociedade em que estão inseridos.

Para que todo este sistema funcione e de modo efetivo, a gestão financeira surge como um pilar, pois é dos recursos financeiros que saem o sustento para o custeio de serviços, medicamentos, pessoas, dentre outros demais gastos advindos com o serviço público.

A respeito do SUS, a gestão financeira também segue os padrões da descentralização. Em linhas gerais, a gestão financeira é realizada pelo Ministério da Saúde, no âmbito federal – pertencente à União, sendo o governo federal o principal financiador de saúde pública e criador da política nacional de saúde. Os estados, por sua vez, utilizam os recursos próprios e os repassados pela União, devendo também fazer um repasse aos municípios. É o estado quem deve formular algumas políticas próprias, mas em consonância com a hierarquia da estrutura federativa brasileira, ou seja, considerando a política nacional de saúde. A última instância, os municípios, recebem recursos da União e dos estados, aplicando-os em conjunto com os seus próprios recursos. Ressaltam-se que todos estes recursos aplicados no SUS provém de tributos em nível federal, estadual e municipal (PAIM, 2009).

Com o passar dos anos desde sua implementação, o SUS começou a apresentar dificuldades em sua gestão, dado o seu tamanho e complexidade e as constantes mudanças exigidas para atender às demandas surgidas, além do Brasil ser um país muito grande e desigual. Deste modo, criou-se, em 2006, o chamado “Pacto pela Saúde”, a fim de consolidar o SUS como um sistema previsto desde a Reforma Sanitária, além de atuar na expectativa de superar os problemas até então apontados, enfatizando precipuamente nas necessidades da população. É uma responsabilidade pactuada entre os três gestores do SUS que acordaram em uma unidade de princípios que

[...] respeita as diferenças loco-regionais, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social, qualifica o acesso da população a atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo (BRASIL, 2006, p. 1)

O Pacto pela Saúde está dividido em três dimensões: o Pacto pela Vida; Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS, cujos objetivos principais estão na reforma de aspectos vigentes a fim de alcançar mais efetividade, eficiência e qualidade. Em linhas gerais, o Pacto pela Vida busca um compromisso entre os gestores do SUS na observação de prioridades na situação de saúde da população brasileira. Estas prioridades se voltam para a saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da Saúde; fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006).

O Pacto de Gestão, por sua vez, foca nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação Social e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Por fim, o Pacto em Defesa do SUS busca consolidar o sistema de acordo com os compromissos estabelecidos na Reforma Sanitária, assegurando seus princípios estabelecidos pela Constituição Federal, além de estabelecer ações nas três esferas do governo no sentido de assegurar o SUS como uma política pública (BRASIL, 2006).

Ressalta-se que os financiamentos para custeio do SUS, a partir do Pacto, se dão mediante cinco blocos: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

As questões financeiras da saúde em geral sofreram um grande impacto recentemente, após a aprovação da Emenda Constitucional n. 95, pelo Congresso Nacional, em 2016. Trata-se de uma alteração na Constituição Federal de 1988, no sentido de limitar os gastos do governo federal através de um novo regime fiscal que vigorará durante os próximos vinte anos. Em linhas gerais, pelo novo regime, a partir de 2017 os valores investidos na área social serão limitados pelos valores estabelecidos no ano anterior, corrigido pelo Índice Nacional de Preços ao

Consumidor Amplo – IPCA, conforme disposto no artigo 107 do Ato das Disposições Constitucionais e Transitórias (BRASIL, 1988).

Esta alteração de regime possui um impacto direto na saúde pública brasileira, posto que não será possível aumento nas despesas do governo acima da inflação, o que acaba por afetar drasticamente o financiamento dos recursos no âmbito da saúde. Neste sentido, reforça-se o posicionamento por meio da seguinte crítica:

As regras do novo regime não permitem, assim, o crescimento das despesas totais e reais do governo acima da inflação, nem mesmo se a economia estiver bem, o que diferencia o caso brasileiro de outras experiências estrangeiras que adotaram o teto de gastos públicos. Somente será possível aumentar os investimentos em uma área desde que sejam feitos cortes em outras. As novas regras desconsideram portanto, as taxas de crescimento econômico, como também as demográficas pelos próximos 20 (vinte anos), o que (e aqui já antecipando a nossa crítica a respeito), poderá levar ao sucateamento das políticas sociais, especialmente nas áreas da saúde e educação, pondo em risco por completo a qualidade de vida da população brasileira (MARIANO, 2017, p. 261).

Este tipo de aprovação pelo Congresso Nacional viola diversos direitos e garantias fundamentais estabelecidos pela própria Constituição Federal de 1988, uma vez que estas garantias são realizadas especialmente pela efetivação de direitos sociais. Considerando o corte realizado neste âmbito, esta dificuldade aumenta e só vem a prejudicar a população usuária do SUS.

Ainda, o impacto na saúde também afeta os princípios básicos de seu Sistema, de modo que a universalidade do acesso diminui, a integralidade é prejudicada – pois os cortes se dão no investimento em moradia, educação, alimentação, segurança, saneamento básico e demais aspectos da vida social, o que abala a saúde em sua composição multifacetada; além de reduzir a participação social nas discussões, que ficam limitadas face à escassez de recursos públicos.

É nítido que o investimento é fator primordial para o sucesso de um complexo Sistema como o de saúde brasileira, de maneira que, à medida que cortes são feitos, o Sistema tende a falhar. Pela Constituição Federal de 1988, na sua disposição originária, há um gasto mínimo nas áreas de saúde e educação, que não foram isentas do teto dos gastos públicos. Isto afeta diretamente nas despesas destes dois segmentos. Em linhas gerais,

a União federal é obrigada a aplicar na saúde ao menos o mesmo valor do ano anterior mais o percentual de variação do Produto Interno Bruto (PIB). Estados e Municípios precisam investir 12% e 15%, respectivamente. Na

educação, a União federal deve gastar 18% do arrecadado, e Estados e Municípios 25%. Sem essa exclusão do teto, o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) nos Estados e Municípios será fortemente atingido, pois cerca de 2/3 das despesas do Ministério da Saúde são transferidas fundo a fundo para ações de atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância epidemiológica e sanitária, entre outras, a cargos dos entes federados (MARIANO, 2017, p. 262).

Há que se ressaltar, também, que além da fragilização de um modelo de saúde criado – que é referência inclusive para outros países – há uma expansão dos planos privados, que já foram manifestados inclusive como metas do governo, através de posicionamentos do próprio Ministro da Saúde Ricardo Barros, no sentido de enxugar cada vez mais o SUS. O problema está, portanto, a três grandes fatores: “[...] globalização financeira no setor saúde, o perfil conservador da atual coalizão no governo federal e a baixa capacidade de pressão da sociedade civil” (VIEIRA; BENEVIDES, 2016, p. 14).

Para a doutora em Saúde Coletiva e pesquisadora do IPEA, Fabíola Sulpino Vieira, os impactos na saúde pública se voltam para diversas áreas. Uma delas refere-se à questão da epidemiologia. O teto dos gastos públicos limita os valores investidos na saúde, o que reduz a distribuição de medicamentos. Isto pode aumentar o índice de sífilis congênita, por exemplo, ou abalo na saúde mental dos indivíduos, devido à precariedade dos serviços de saúde, o que pode levar inclusive ao suicídio (ABRASCO, 2017).

O SUS depende, portanto, de investimentos, e o teto dos gastos públicos serve como impedimento para que o Sistema funcione adequadamente. A Constituição Federal de 1988, com uma Carta garantidora de direitos, acaba por sofrer impactos que se contrapõem diretamente aos seus objetivos primordiais.

Diante deste contexto, afirma-se que o Sistema Único de Saúde compõe uma estrutura complexa, em que as competências são bem definidas e as ações para que este modelo atenda ao proposto na Reforma Sanitária são grandes. O Pacto pela Saúde surge como uma proposta alternativa para reformular o sistema, considerando as falhas encontradas até a sua criação.

É a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 e nela a consolidação do SUS como o nosso sistema de saúde, além da ratificação da seguridade social como um modelo de proteção social brasileiro, a saúde pública brasileira passou por uma imensa transformação que teve impactos positivos na vida da população.

Contudo, algumas peculiaridades se fazem presente, conforme demonstrado, especialmente ao considerar que tal Sistema é complexo e demanda uma gestão eficiente e zelosa, buscando assim consolidar a saúde como universal, integral, equitativa e de qualidade, de acordo com os moldes constitucionais.

Após a contextualização da política social e da saúde no Brasil, o próximo capítulo apresenta a população LGBT, demonstrando alguns aspectos de seu processo histórico de ativismo, bem como a criação de políticas públicas para este segmento, voltados especialmente para a área da saúde. Com isto, é possível compreender em que contexto se insere a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, também apresentada no próximo capítulo.

CAPÍTULO 2: A POPULAÇÃO LGBT E QUESTÕES EMERGENTES DE SAÚDE

A população LGBT é a base do presente estudo, sendo necessário compreender de que modo as demandas de saúde deste segmento passam a tomar forma no cenário brasileiro. Neste sentido, em atenção ao método adotado – o materialismo crítico dialético, interessa compreender racionalmente todos os fatos que compõem a estrutura (a Política de Saúde LGBT) para assim realizar a sua reconstrução a partir de uma perspectiva crítica.

Isto significa que os processos históricos fazem parte desta totalidade, pois são eles que dão embasamento para a Política e se colocam como uma das essências do objeto de estudo. Além disto, a população LGBT também correlaciona-se com os estudos de vulnerabilidade, uma vez que a atenção da saúde pública para este grupo tem relação direta com esta teoria.

Por isto, o presente capítulo visa demonstrar como a população LGBT se insere no histórico da saúde brasileira, tornando-se uma pauta essencial a partir de suas demandas. Logo, parte-se do conceito de vulnerabilidade, perpassando pelos caminhos que levaram a uma atenção para este grupo específico.

Sua estrutura se dispõe da seguinte forma: primeiramente, trabalha-se o conceito de vulnerabilidade em suas três dimensões, para posteriormente demonstrar como a comunidade LGBT se enquadra nestas discussões. Em seguida, analisa-se o processo histórico deste grupo, desde o surgimento do HIV/Aids no Brasil até às políticas sociais voltadas para este segmento, que foram anteriores à Política de Saúde LGBT. Por fim, analisa-se a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, em toda a sua estrutura, como suporte teórico para a pesquisa.

2.1 VULNERABILIDADE E POPULAÇÃO LGBT

As origens do conceito de vulnerabilidade estão calcadas na advocacia internacional, relacionado com os direitos humanos, na ideia de que grupos fragilizados deveriam ter seus direitos de cidadania promovidos, garantidos e protegidos contra as mazelas por eles sofridas (AYRES et al, 2003). Sua utilização no campo da saúde, por sua vez, possui estreita ligação com o surgimento do vírus HIV/Aids, posto que mediante esta nova epidemia é que foi possível identificar determinados grupos que estavam sujeitos a riscos. Ou seja, era necessário

identificar quem estava adoecendo por meio da infecção, bem como suas características.

Deste modo, os homossexuais foram os primeiros a se contaminar e eram classificados como 'grupo de risco', uma vez que os estudos epidemiológicos identificavam que esta classe possuía um índice maior de contaminação. Isto acabava por gerar uma verdadeira 'morte social', considerando que estes grupos eram isolados socialmente e se tornavam reféns dos preconceitos existentes à época (AYRES et al., 2006).

[...] rapidamente foi possível identificar grupos afetados, mas com pouca informação acerca dos significados mais concretos dessa distribuição e, portanto, com limites para instruir ações preventivas mais finas e adequadas aos contextos concretos da prevenção. Os resultados práticos dessas primeiras ações diante da epidemia de aids, voltadas para o "isolamento" dos grupos de risco, mostraram importantes limites no seu controle, acabaram por acirrar preconceito e discriminação com relação aos grupos populacionais identificados como de risco, produziu pouca sensibilidade para transformar a situação dos afetados e retardou a identificação da suscetibilidade das pessoas que não se incluíam nestes grupos (AYRES et al, 2006, p. 393-394).

O HIV/Aids passou ao longo do tempo a afetar diversos outros grupos sociais, dentre eles os mais pobres, negros, mulheres e pessoas que vivem nas periferias, levando os estudiosos a compreender a epidemia mediante uma outra perspectiva. A responsabilidade inicial foi da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, que criou as denominadas análises de vulnerabilidade às infecções pelo vírus do HIV (AYRES et al., 2006).

O conceito de vulnerabilidade é compreendido a partir da definição de Ayres, que ampliou estes estudos iniciais, classificando-a da seguinte maneira:

de forma geral, a noção de vulnerabilidade busca responder à percepção de que a chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento pela aids não é resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos. As análises de vulnerabilidade buscam, assim, integrar três eixos interdependentes de compreensão dos aspectos das vidas das pessoas de comunidades ou, até mesmo, nações, que tornam mais ou menos susceptíveis à infecção pelo HIV e ao adoecimento ou morte por aids [...] (AYRES et al, 2006, p. 396)

Há que se destacar que o conceito de vulnerabilidade não pode ser confundido com a ideia de risco. Isto porque o risco está ligado à “[...] probabilidade e as chances de grupos populacionais de adoecerem e morrerem por algum agravo de saúde”, enquanto que a “[...] vulnerabilidade expressa os potenciais de adoecimento, de não adoecimento e de enfrentamento, relacionados a todo e cada indivíduo” (AYRES, 1997 apud BERTOLOZZI et al, 2009, p. 1327).

A partir desta concepção, a doutrina entende as análises de vulnerabilidades a partir de três dimensões: individual, social e programática, assim definidas nos estudos de José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres e demais autores (2006).

A dimensão individual compreende que todos os indivíduos são suscetíveis à infecção pelo vírus do HIV/Aids, a depender do grau de informação que estes indivíduos possuem e o modo de vida que levam. Isto significa que se a informação chega para as pessoas, deixando claro o modo de transmissão, uso de drogas e demais questões de sexualidade, o risco de contaminação é menor e os modos de prevenção aumentam, transformando-se de fato em uma preocupação geral da população.

A dimensão social, por sua vez, entende que alguns comportamentos estão além da dimensão individual. Isto porque as informações que chegam aos indivíduos, bem como sua qualidade e conteúdo estão diretamente ligados às questões culturais, materiais, políticas e morais. O contexto social influencia na forma com a qual os indivíduos se comportam em sua dimensão individual, tomando por base

[...] a estrutura jurídico-política e as diretrizes governamentais dos países, as relações de gênero, as relações raciais, as relações entre gerações, as atitudes diante da sexualidade, as crenças religiosas, a pobreza, etc. são aspectos que permitem compreender comportamentos e práticas que se relacionam à exposição dos indivíduos à infecção (AYRES et al, 2006, p. 397).

Ou seja, o objetivo da dimensão social não é compreender como funciona a organização social em sua complexidade, mas sim levar em consideração que fatores externos como escolaridade, recursos materiais, acesso aos meios de comunicação, dentre outros, são relevantes para afetar a dimensão individual de modo geral, afetando assim as análises de vulnerabilidade.

Por fim, a dimensão programática considera que os esforços institucionais são essenciais para que uma prevenção efetiva se consolide, por meio de suas

variadas instituições como escola, família, serviços de saúde, entre outros. Neste aspecto, considera-se que, também, é de responsabilidade destas instituições colaborar no sentido de superação, seja por indivíduos ou grupos sociais, das dificuldades apresentadas em seus contextos desfavoráveis.

Assim, esta dimensão valoriza a qualidade dos serviços, recursos, competências, comprometimento, dentre diversos outros fatores que melhoram tanto as condições sociais quanto as individuais, buscando elementos para a superação da vulnerabilidade.

Ayres et al (2006) apresentam alguns aspectos que devem ser levados em consideração nas análises de vulnerabilidade, em cada uma das suas dimensões. Na dimensão individual, sobressaem-se aspectos como valores, interesses, crenças, desejos, atitudes, relações familiares, afetivas, emocionais e situação física. Na dimensão social, destacam-se o acesso à saúde, justiça, educação, relações sociais, relações de gênero, emprego, salário, cidadania e participação política. E na dimensão programática citam-se o compromisso político do governo, governabilidade, acesso aos serviços e qualidade, controle social, participação social no planejamento e avaliação, além da integralidade da atenção.

Carmo e Guizardi (2018), em uma revisão de literatura, abordam o conceito de vulnerabilidade a partir do entendimento de que alguns seres humanos estão mais suscetíveis a danos devido à sua cidadania fragilizada. Deste modo, a vulnerabilidade não se trata de uma condição puramente natural deste indivíduo, mas afetada pelo contexto em que ele se insere, especialmente o coletivo. São as “[...] situações de desigualdade, que marcam a diferenciação no usufruto de direitos por parte dos cidadãos, da mesma forma que tensionam as políticas sociais” (CARMO; GUIZARDI, 2018, p. 6)

Em seu estudo, as autoras destacam a vulnerabilidade em saúde como uma interação entre as dimensões individuais, programáticas e social, posto que demonstra um processo condizente com a realidade e que não culpabiliza apenas o indivíduo pelos danos sofridos. Neste sentido,

a conjugação de componentes relacionados ao tipo das informações recebidas pelos sujeitos, aos recursos e oportunidades para a obtenção e manuseio destas informações e às maneiras planejadas e democráticas de se potencializar tais recursos, permite alcançar a feição sintética do conceito de vulnerabilidade que, em saúde, não pretende superar a feição analítica do conceito de risco, ao passo que dialogam e se complementam

em suas singularidades, interesses e limites, vinculando-se a diferentes referenciais ético-políticos (CARMO; GUIZARDI, 2018, p. 7).

No âmbito da assistência social, a vulnerabilidade está instaurada em maior grau nas populações mais pobres, porém a questão econômica não é determinante. As condições de vulnerabilidade estão mais associadas à dificuldade no acesso à garantia de direitos e proteção social, o que precariza o acesso a serviços recursos que colaboram para uma vida com qualidade (CARMO; GUIZARDI, 2018).

As autoras entendem a vulnerabilidade, tanto na área da saúde quanto na seara da assistência, um conceito em construção, do qual decorre uma necessidade do Estado de maior aproximação com o indivíduo, por meio dos serviços públicos. Destaca-se o princípio da integralidade como determinante para esta redução da vulnerabilidade, devido aos diversos fatores que influenciam na vida do indivíduo:

o conceito de vulnerabilidade observado nas produções teóricas sobre as políticas públicas de saúde e assistência social evidenciam a conformação de um conceito em processo, mas, sobretudo, indicam a multiplicidade de fatores que determinam o fenômeno. O olhar para a integralidade dos sujeitos em situação de vulnerabilidade nada mais faz do que se alinhar à constatação de que estes sujeitos possuem demandas e necessidades de diversas ordens, possuem capacidades e se encontram em um estado de suscetibilidade a um risco devido à vivência em contextos de desigualdade e injustiça social. Assim, justiça e equidade na distribuição de riquezas, poder decisório e na estrutura de oportunidades são o horizonte para se romper com a ordem capitalista e buscar uma nova ordem societária, livre de discriminações e subalternizações (CARMO; GUIZARDI, 2018, p. 9).

Já para Janczura (2012), citando os estudos de Carneiro e Veiga, entende que a vulnerabilidade social está ligada à pobreza, especialmente em famílias que não possuem acesso a uma rede de proteção social efetiva. Isto é, não possuem acesso a bens e serviços que permitam uma melhor qualidade de vida para lidar com as adversidades. Portanto, a vulnerabilidade está ligada às questões de carência e exclusão, que só pode ser melhorada a partir da inclusão destes indivíduos a bens e serviços, tais como nutrição, saúde, habitação, segurança pública, dentre outros. Assim, estes grupos desenvolvem “[...] competência, autonomia, autodesenvolvimento e capacidade de ação” (JANCZURA, 2012, p. 304).

Expostos os conceitos, o presente estudo adota a concepção de vulnerabilidade a partir do aspecto social, uma vez que são os diversos fatores que influenciam na vida da população LGBT. De modo que, a Política de Saúde para este segmento, realiza uma abordagem baseada no princípio da integralidade, são

os diversos fatores sociais que influenciam nesta concepção; as causas externas afetam a vida do indivíduo a ponto de sofrer um abalo em sua saúde. Logo, tanto a concepção de saúde quanto a de vulnerabilidade são mais amplas e consideram todas as externalidades que são inerentes ao processo saúde-doença.

Isto posto, depreende-se que a vulnerabilidade, como uma categoria, pode ser emprestada para outras áreas do conhecimento e setores de atuação da saúde, como a saúde da criança, idoso, questões de violência, e demais questões de saúde de modo geral (AYRES et al, 2006). A partir desta possibilidade é que as discussões acerca da vulnerabilidade podem se inserir na temática da saúde para a população LGBT, examinando-a sobre variados aspectos que não apenas o contexto do HIV/Aids.

Isto ocorre porque a população LGBT se encaixa na categoria de grupos historicamente vulneráveis em razão de suas características pessoais, tendo inclusive espaço garantido em Conferências Nacionais de Direitos Humanos voltadas para debater temas da dignidade para grupos minoritário (POGREBINSCHI, 2012).

Esta vulnerabilidade decorre das dificuldades em termos de saúde sofridos por este grupo, que está exposto a uma violência maior em decorrência da associação com diversos outros fatores, como raça, idade, etnia, pobreza, escolaridade, dentre outras. Todos estes fatores levam a uma exposição deste grupo a agravantes que permitem a ocorrência de um abalo na saúde (PAULA; SILVA; BITTAR, 2017).

De acordo com Parker (2013), o estigma teve um crescimento considerável a partir do surgimento da epidemia de HIV/Aids, tendo relação com a saúde pública. Já a discriminação está ligada ao racismo, motivado principalmente pelo preconceito. Com o passar dos anos, estes conceitos foram difundidos em diversas áreas, e em termos de saúde passou-se a estudar os abalos na discriminação motivados pelo estigma e preconceito. Para o autor,

a discriminação tem sido vista como uma espécie de resposta comportamental causada por estas atitudes negativas – ou, como por vezes tem sido descrita na literatura, como uma forma efetivada de estigma ou preconceito. Em acepções mais populares, tanto o estigma quanto o preconceito têm sido considerados, em certo sentido, como a teoria, e a discriminação como a prática. Estabeleceu-se, então, uma nítida distinção entre ideias, atitudes ou ideologias, e suas consequências comportamentais e ações discriminatórias. Essa distinção entre pensamento e ação, por sua

vez, tem servido como ponto de partida para aqueles que procuram intervir, particularmente em relação às consequências do estigma, do preconceito e da discriminação na saúde. Muitas intervenções se concentram nos pensamentos percebidos como determinantes das práticas discriminatórias, procurando modificar as atitudes negativas e reduzir os níveis das atitudes de estigma ou preconceito, para assim obter resultados na redução da incidência dessas práticas (PARKER, 2013, p. 28-29).

Parker (2013) também avança em seus estudos sobre estigma, preconceito e discriminação, associando-os com as desigualdades sociais que circundam o processo de exclusão dos indivíduos., que estão intimamente ligados a questões de estrutura e de poder. Ou seja, são relações de poder existentes nas sociedades que desembocam em ações estigmatizadoras, decorrentes da exclusão social.

Tal posicionamento do autor relaciona-se com o conceito de vulnerabilidade social, outrora trabalhado nesta dissertação, que também leva em consideração demais fatores que provocam a referida condição de vulnerabilidade. Isto significa que são diversas as questões que abalam a saúde da população LGBT, dentre elas o estigma, preconceito e discriminação.

Deste modo, são diversos os problemas que afetam a população LGBT como um todo, quais sejam:

a) Preconceito:

Atualmente, os debates sobre questões de gênero têm gerado muitas discussões no cenário brasileiro. Isto produz uma desinformação na sociedade em geral, que reforça estereótipos e preconceitos já existentes e agrava uma situação de desigualdade e vulnerabilidade em relação à comunidade LGBT. De acordo com as Nações Unidas no Brasil (2016), o preconceito contra homossexuais, um dos segmentos da população em análise, associado à desinformação relativa às questões de gênero, acabam por desembocar em um atendimento de má qualidade, resultando inclusive na recusa de atendimento por parte de alguns profissionais – que nem sempre estão preparados para atender esta população.

A perspectiva da integralidade da saúde é que visa proteger estes grupos vulneráveis, uma vez que focaliza os variados aspectos que determinam a condição de saúde do indivíduo, conforme discutido no capítulo anterior. Assim,

Com o atual alargamento da perspectiva da integralidade da atenção à saúde desses segmentos populacionais brasileiros, reconhece-se que a orientação sexual e a identidade de gênero constituem situações muito mais complexas e são fatores de vulnerabilidade para a saúde. Tal reconhecimento deve-se não apenas por implicarem práticas sexuais e

sociais específicas, mas também por exporem a população GLBT a agravos decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e de exclusão social, que violam seus direitos humanos, entre os quais, o direito à saúde, à dignidade, à não-discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento (BRASIL, 2008a, p. 571).

O SUS é o responsável, conjuntamente com o Ministério da Saúde, por promover a igualdade de acesso para a população LGBT em seu âmbito de atendimento, especialmente por conta de sua vulnerabilidade. Tal entendimento está em consonância com a Organização Mundial da Saúde/OMS, que compreende a identidade de gênero e a livre orientação sexual como questão de segurança pública e de saúde mental, a fim de reduzir as vulnerabilidades e a homofobia nos serviços de saúde (BRASIL, 2008a).

Relativo às travestis e transexuais, geram-se alguns questionamentos acerca de quais as implicações trazidas por este tipo de comportamento preconceituoso no âmbito do SUS, conforme o excerto a seguir:

Ao tratarmos com travestis e transexuais, estamos tratando com uma população heterogênea em diversas características como faixa etária, orientação sexual, raça, religião, atividades laborais, nível socioeconômico – enfim, tratando um ser inserido em uma sociedade e com necessidades de saúde singulares. Desta forma, inserem-se nas diversas áreas de cuidados como saúde da mulher, do homem, do trabalhador, do idoso, saúde mental entre outras, requerendo atenção integral. Nesse sentido, questiona-se quantos travestis procuram os serviços de saúde durante o HIPERDIA; quantos têm o cartão vacinal em dia; quantos trans. 843 homens ainda não cirurgiados fazem o exame citológico. Essas são situações muitas vezes negligenciadas pela distância desse público na atenção básica ou levadas ao sistema privado de saúde por acreditarem que o plano cobre também o respeito profissional (SILVA et al, 2017, p. 842-843)

Tratam-se de apontamentos que nos remetem a uma situação de vulnerabilidade, posto que afeta diretamente a saúde das travestis e transexuais, considerando-se que muitas delas evitam procurar o SUS por conta do preconceito e desrespeito sofrido.

b) Uso do nome social:

O desrespeito ao uso do nome social também é considerado como uma espécie de violência a travestis e transexuais, na medida em que causa constrangimentos e fere alguns dos princípios básicos do SUS. Ainda, este desrespeito atinge estas pessoas com uma carga de preconceito que viola a saúde de modo amplo, uma vez que o uso do nome social por parte de profissionais da

saúde demonstra acolhimento e vínculo entre estes e os usuários (SILVA et al., 2017).

c) Machismo e heteronormatividade em relação às mulheres lésbicas

Tratando-se das lésbicas, a vulnerabilidade se coloca em duplicidade. As mulheres possuem um histórico de sujeição ao machismo e misoginia, lidando com o preconceito pelo fato de serem mulheres, além da violência sofrida por elas, especialmente por seus companheiros, em variados ambientes. A vulnerabilidade se apresenta para as mulheres lésbicas devido ao entendimento heteronormativo de que elas são mal resolvidas, com desejos reprimidos, e por não cumprirem com seu papel de reprodutora, gerando um processo de exclusão e estigmatização. Assim, os homens se colocam como superiores e demonstra-se uma evidente opressão de gênero e uma cultura sexista, que prejudicam a mulher lésbica de modo repressivo (TOLEDO, 2008).

d) A falta de aceitação social e o uso de drogas

Em relação às travestis a aceitação social é fator preponderante para análise de vulnerabilidade. Muitas sobrevivem com o pouco de programas sociais ou trabalham na prostituição como única fonte de renda, uma vez que são excluídas ou possuem acesso restrito à escolaridade e profissões de modo geral (PERES, 2010). A vulnerabilidade social se faz presente, neste sentido, em fatores que vão além da dimensão individual e surgem como preponderantes na determinação deste segmento.

A prostituição, por sua vez, é porta de entrada para o uso de drogas em muitas situações. Isto implica em dupla vulnerabilidade, por acarretar um dano e exposição na saúde deste grupo. Em estudo etnográfico, Silva (2007, p. 33-34) aponta como as travestis se comportam nestas situações:

Outro dado que salta aos olhos de quem vai a campo nos espaços de prostituição travesti é o uso que elas fazem de drogas lícitas e ilícitas. O álcool é bastante consumido, principalmente destilados como conhaque e pinga, mais do que fermentados como cerveja, que além de mais cara é uma bebida gelada, que não contribui para dar o conforto térmico que a noite por vezes pede. Muitas travestis contam que o crack é a droga da vez e que tem causado mortes e decrepitude entre elas. Outras, sempre se eximindo de pertencer ao grupo das “colocadas” (as que usam drogas) ou das “bandidas” (as que roubam), me falam que esse tipo de comportamento atrai repressão e bandidos para as áreas onde trabalham. Por isso, muitas delas recorrem às cafetinas e cafetões (estes últimos são mais raros na prostituição travesti) para assegurarem a ordem.

e) Uso de silicone industrial

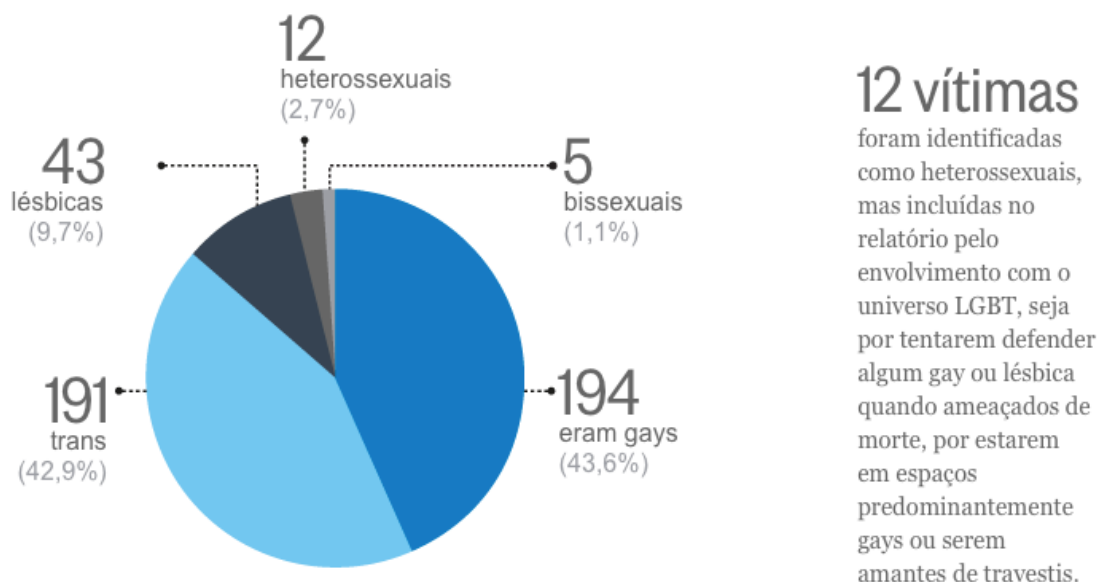
O uso do silicone líquido industrial por travestis acaba por afetar a sua saúde. Devido a dificuldade ao acesso de silicone cirúrgico e, por conta da necessidade de feminilização do corpo, muitas travestis recorrerem a este método mais barato, porém prejudicial. O uso deste tipo de silicone é voltado para máquinas, não possuindo recomendação para humanos e possui diversas advertências para o cuidado ao manusear, podendo causar irritações na pele. Logo, o uso deste produto de modo inadequado acaba por causar diversos danos, como infecções, deformidades, necroses, embolia pulmonar e até morte (PINTO et al, 2017). Isto também demonstra a necessidade de atenção nas questões de saúde, considerando a vulnerabilidade das travestis nas dificuldades do ser feminino.

f) Violência

As questões de violência contra a população LGBT afetam a saúde deste grupo, acarretando também em vulnerabilidade. Estudo recente demonstra que, em 2017, foram registradas 445 mortes de pessoas da comunidade LGBT, aumentando em 30% o número de assassinatos em relação ao ano anterior. Destes registros, 30,8% das mortes foram causadas por arma de fogo, seguido de morte por arma branca em 25,2%. Em geral, estes crimes ficam sem punição, posto que em menos de 10% dos casos resultou-se na abertura de processo e punição dos assassinos (GRUPO GAY DA BAHIA, 2018).

As vítimas foram classificadas de acordo com o gráfico a seguir:

GRÁFICO 1 – Vítimas de LGBTfobia
DAS 445 VÍTIMAS REGISTRADAS EM 2017:



Fonte: G1, 17/01/2018

Denota-se que há uma porcentagem elevada de assassinatos da população LGBT, o que é um número preocupante por se considerar que tal violência é motivada apenas pelo fato deste grupo ser como é, ou seja, a não adequação ao padrão heteronormativo vigente. Destaca-se também que a violência atinge inclusive heterossexuais que possuem algum tipo de relação com membros da população LGBT, o que é alarmante por demonstrar desrespeito.

Todos estes fatos demonstram que a vulnerabilidade da população LGBT é um fator determinante nas políticas de saúde para este segmento, uma vez que as violências sofridas por este grupo são nítidas. Tudo isto afeta diretamente a saúde na perspectiva da integralidade, o que acarreta em um abalo no seu bem-estar.

As vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas se fazem presente em se tratando de LGBTs, considerando que estes sofrem individualmente – em sua suscetibilidade ao abalo na saúde; socialmente, por considerar que diversos fatores externos influenciam em suas condições de fragilidade, principalmente pelo processo de exclusão social; e programática, pela necessidade do Estado agir diretamente em relação a este grupo.

Nesta perspectiva é que as demandas da população LGBT começam a entrar na pauta da saúde brasileira, considerando-se este grupo como um todo. Para tanto, explicita-se de que modo isto ocorre, mediante alguns aspectos do processo histórico e de fatos determinantes nesta trajetória de reivindicações.

2.2 TRAJETÓRIA E PRINCIPAIS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO LGBT

Conforme demonstrado, a população LGBT é considerada uma população vulnerável, levando em consideração o processo discriminatório ao qual está sujeita, as questões relacionadas ao bem-estar e saúde, bem como o alto índice de violência sofrido por ela.

Cabe então apresentar como este grupo surgiu no cenário brasileiro, apontando os principais fatores que levaram a um destaque e atuação como movimento, seja na conquista de direitos ou de políticas públicas que viessem a concretizar os direitos até então suprimidos.

Embora o presente trabalho analise as questões de saúde para a população LGBT de modo global, torna-se necessário tecer algumas considerações acerca da homossexualidade, posto que os homens homossexuais foram o primeiro grupo a surgir no cenário brasileiro como um precursor de demais movimentos ligados à população LGBT que posteriormente teriam destaque.

A noção de homossexualidade está voltada para a sexualidade em si, e o modo como a moral atua como determinante para torna-la uma fonte de estigma e opressão, advindos da atuação de grupos como Igreja, escolas, família, mídia, polícia, dentre outros. Assim, é papel do movimento LGBT lutar contra estes estigmas e contra as influências destes grupos sobre a sexualidade (SIMÕES; FACCHINI, 2009).

Em um contexto global, foi na década de 1960 – pós-segunda guerra – que surgiu o primeiro movimento, à época denominado GLBTT (Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transgêneros). Em 28 de junho de 1969, nos Estados Unidos da América, este grupo teve destaque na luta contra as batidas arbitrárias constantes em um bar de Nova Iorque, chamado Bar Stonewall. Cerca de 10 mil homossexuais marcharam nas ruas de Nova Iorque em sinal de protesto e em busca de direitos (SIMÕES; FACCHINI, 2009).

No contexto brasileiro também houve uma eclosão do movimento homossexual, não destoando daquilo que ocorrera em outros países. Em linhas gerais, pode-se dizer que

[...] o desabrochar de um movimento homossexual no Brasil se deu no final da década de 1970, com o surgimento de grupos voltados explicitamente à militância política, formados por pessoas que se identificavam como homossexuais (usando diferentes termos para tanto) e buscavam promover e difundir novas formas de representação da homossexualidade, contrapostas às conotações de sem-vergonhice, pecado, doença e degeneração. Considerando tais características – de aglutinar pessoas dispostas a declarar sua homossexualidade em público e que se apresentavam como maioria oprimida em busca de alianças políticas para reverter essa situação de preconceito e discriminação –, podemos dizer que o movimento político em defesa da homossexualidade no Brasil já completou trinta anos. O marco consagrado nessa historiografia particular é a formação do grupo Somos, em São Paulo, em 1978, na mesma época em que era lançado o *Lampião*, jornal em formato de tabloide que se voltava para um enfoque acentuadamente social e político da homossexualidade, assim como de outros temas políticos afins e até então considerados ‘minoritários’, como o feminismo e o movimento negro (SIMÕES; FACCHINI, 2009, p. 13).

Isto posto, evidencia-se que o movimento homossexual era marcado por estigmatizações e buscava, em meio aos preconceitos e características a eles atribuídas – doença e ‘sem vergonhice’ – reverter uma situação de exclusão, não descolado de demais grupos que também eram considerados minoritários – negros e feministas. Isto também se torna mais evidente devido ao momento em que se encontrava o Estado brasileiro, caminhando para o fim do regime militar no início dos anos 80, com ondas fortes de protestos por todo o país em busca de democracia e liberdade.

Juntamente com o grupo Somos, existia também o Grupo de Ação Lésbica-Feminista/GALF, que contava com reuniões de grupos de mulheres lésbicas, cuja principal característica era o ideário “[...] da contracultura e do espírito contestatário e antiautoritário da época, produzindo um discurso voltado para uma transformação mais ampla, compreendendo a homossexualidade como estratégica para transformação cultural” (SIMÕES; FACCHINI, 2009, p. 61).

Foi com o surgimento do HIV/Aids que a visibilidade dos homossexuais se tornou ainda mais forte, principalmente pela associação do vírus a este público, denominado como a ‘peste gay’. Esta denominação, embora surgisse no contexto internacional, foi internalizada no Brasil por intermédio da mídia, tornando-se um propulsor de preconceitos e, inclusive, reforçando a ideia ‘grupos de riscos’ e de que

homens homossexuais e bissexuais eram responsáveis pela proliferação do vírus (MARQUES, 2003).

Havia, à época, uma mobilização no sentido de prevenção e tratamento da doença, que eram diretamente focadas para este grupo. “Ao surgir a epidemia HIV/Aids, no início dos anos 80, à época fortemente relacionada aos gays, o governo brasileiro apoiou mobilizações da população homossexual masculina na prevenção da doença” (BRASIL, 2013, p. 9).

Desta forma, os grupos que antes tinham precipuamente uma característica combativa no sentido de aceitação dos gays e lésbicas na sociedade como um todo, passaram a se unir em prol de um mal maior: a incidência do vírus (SIMÕES; FACCHINI, 2009).

Embora a associação entre o HIV/Aids e os homossexuais servisse como meio para reforçar estereótipos e o preconceito já existente com o grupo, em termos de saúde pública a discussão acerca da temática aumentou e, aquilo que era considerado um grande tabu, passou a ser tratado de uma forma nunca vista anteriormente. “Sexo anal, sexo oral, doenças venéreas, uso de camisinha e outras práticas e circunstâncias ligadas ao exercício e à expressão da sexualidade passaram a ser comentados e debatidos com uma franqueza sem precedentes” (SIMÕES; FACCHINI, 2009, p. 52).

As demandas de movimentos sociais, especialmente formados por homens homossexuais, foram determinantes para as cobranças de respostas do Estado à crise do vírus. Há que se ressaltar, também, que o Estado brasileiro passava por um período de articulação política em busca da redemocratização, e na década de 1980 o regime militar ia perdendo cada vez mais forças (MARQUES, 2003).

Neste período, a presença de travestis surge como uma forma de resistência e cultura, posto que estas se apresentavam em espaços alternativos/teatros, já que a repressão era grande no regime vigente. Ainda, a bissexualidade³ era tratada

³ Apresentam-se aqui alguns conceitos relativos à gênero e sexualidade. De acordo com o livro *Gênero e Diversidade na escola* (2009), o heterossexual é aquele que possui atração sexual por pessoas de outro gênero, possuindo relação afetivo-sexual com elas; homossexuais possuem atração sexual e relações afetivas por pessoas do mesmo sexo; já os bissexuais apresenta estas relações com pessoas de ambos os sexos. Há, também, as travestis, que são pessoas que nascem do sexo masculino ou feminino, mas com identidade de gênero oposta ao seu sexo biológico; e os transexuais, que possuem identidade de gênero distinta do sexo designado no nascimento, manifestando desejo de se submeterem a intervenções cirúrgicas para se adaptarem à sua identidade de gênero constituída.

como algo não natural, um refúgio, rodeado de preconceito ainda maior (SIMÕES; FACCHINI, 2009).

Em se tratando de saúde, é possível estabelecer uma relação entre setores fundamentais que contribuíram para que o Estado se mobilizasse em prol da prevenção e tratamento ao vírus do HIV/Aids: o movimento homossexual, que estava interligado ao processo de redemocratização com diversos outros movimentos sociais e, ainda, o movimento sanitário, fundamental para a mudança no entendimento de saúde no Brasil (MARQUES, 2003).

Destaque também para a despatologização da homossexualidade, no ano de 1985 no Brasil, antecipando-se à Organização Mundial da Saúde/OMS, que só tomou tal entendimento no ano de 1994 (SIMÕES; FACCHINI, 2009). Trata-se de uma grande conquista para o segmento LGBT como um todo e que tem íntima relação com o novo conceito de saúde.

Conforme visto anteriormente, com a Constituição Federal de 1988, firmando a democracia e a liberdade como características fundantes do Estado brasileiro, houve uma proposta de mudança no cenário nacional. Os grupos começam a ter mais espaços e as políticas públicas em prol deste segmento como um todo começam a surgir (GIOVANELLA, 2008).

Na década de 1990, por exemplo, as travestis começam a se organizar, focadas no impacto da Aids para este segmento, bem como o aumento dos casos de violência contra este grupo em específico, posto que na comunidade LGBT eram os que mais se expunham (FACCHINI, 2011). Isto é próprio do contexto histórico de abertura política no país, movimentado pelas garantias de direitos até então suprimidos.

Cronologicamente, em linhas gerais, o movimento LGBT era formado predominantemente por homens homossexuais na década de 1970, passando a integrar as lésbicas pouco tempo depois, no início dos anos 1980; na década de 1990, as travestis e transexuais surgem como figuras ativas no cenário social e, por fim, nos anos 2000, os bissexuais se fazem presentes em busca de direitos e reconhecimento (FACCHINI, 2011).

Para Simões e Facchini (2009), a partir dos anos 90 o movimento LGBT como um todo volta a florescer, os encontros tornaram-se mais frequentes, além de que novos grupos foram se formando, surgindo assim as associações, organizações, dentre outros.

Um demonstrativo, ainda que resumidamente, apresenta como se deu a trajetória do movimento LGBT como um todo ao longo dos anos pode ser retirado dos estudos de Franco (2009, p. 67), conforme quadro a seguir:

Quadro 01: Descrição Resumida do Movimento Homossexual Brasileiro

Anos 60	- Organização entre homossexuais masculinos para socialização.
Anos 70	- Primeiras formas de organização política entre homossexuais masculinos. - Criação do Movimento Homossexual Brasileiro (MHB).
1979	- Grupo Somos anuncia sua existência em debate na USP.
1980	- Criação do Grupo de Ação Lésbico-Feminista.
1980/1992	- Realização de seis edições do Encontro Brasileiro de Homossexuais (EBHO).
1993	- Realização do VII Encontro Brasileiro de Lésbicas e Homossexuais. - Realização do I Encontro Nacional de Travestis. - Criação do Festival de Cinema GLS (Gays, Lésbicas e Simpatizantes).
1995	- Realização do VIII Encontro Brasileiro de Gays e Lésbicas. - Realização do I Encontro Brasileiro de Gays e Lésbicas que trabalham com AIDS. - O movimento torna-se Movimento de Gays e Lésbicas (MGL).
1997	- Realização do IX Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Travestis. - Realização do II Encontro Brasileiro de Gays e Lésbicas que trabalham com AIDS.
1998	- Adequando-se ao movimento internacional, adota-se a sigla GLBT (Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros – Travestis e Transexuais).
2008	- Realização da I Conferência Nacional de Políticas Públicas para GLBT. - Mudança da sigla para LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais).

Fonte: Franco (2009, p. 67).

Acrescenta-se a este movimento as Paradas do Orgulho LGBT, que se iniciaram no ano de 1997 em São Paulo, na Avenida Paulista. O objetivo era reunir gays, lésbicas, bissexuais, travestis e ativistas para celebrar a diversidade e protestar contra o preconceito. Em 1998, criou-se a ONG “Associação do Orgulho GLBT de São Paulo”, responsável pela organização da Parada anualmente (PARADASP, 2018).

Tomando por base os estudos de Mello, Avelar e Maroja (2012), é possível estabelecer que até o ano de 2001 as políticas públicas se voltavam principalmente para a prevenção e o tratamento do HIV/Aids, devido ao processo histórico e o modo como o vírus se inseriu no país e na população LGBT de modo geral.

Entretanto, a partir da criação do Conselho Nacional de Combate à Discriminação, no âmbito do Ministério da Justiça, as políticas públicas passaram a se estabelecer em áreas voltadas para os direitos humanos, não se atentando apenas ao caráter preventivo ou ao tratamento de pessoas com o vírus HIV/Aids,

mas aumentando este leque para privilegiar também outras demandas voltadas à dignidade deste grupo (MELLO; AVELAR; MAROJA, 2012).

São diversas as políticas e ações voltadas para a comunidade LGBT. Quatro delas são reconhecidas como marcos para este grupo, de acordo com os estudos de Mello, Avelar e Maroja (2012) – que serão adotados aqui como referência – pois representaram algum tipo de avanço na conquista de direitos: o “Programa Brasil Sem Homofobia”, a “1ª Conferência Nacional LGBT”, o “Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT” e, por fim, o “Programa Nacional de Direitos Humanos – 3”.

a) Brasil Sem Homofobia

Lançado no ano de 2004, o “Brasil Sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT⁴ e de Promoção da Cidadania Homossexual” é um programa interministerial, embora vinculado à Secretaria de Direitos Humanos do Governo Federal. Tratou-se de um avanço no que se refere à política para o segmento, no objetivo principal de promoção da cidadania e combate às discriminações homofóbicas (CONSELHO, 2004).

O elo existente entre a criação do Programa e a comunidade LGBT está fundado especialmente na promoção de direitos e na garantia de que todos podem ser tratados igualmente, respeitando aquilo que está prescrito na Constituição Federal (BRASIL, 1988) quando consolidou os direitos e garantias fundamentais. Em suma, o Programa

[...] sinaliza, de modo claro, à sociedade brasileira que, enquanto existirem cidadãos cujos direitos fundamentais não sejam respeitados por razões relativas à discriminação por: orientação sexual, raça, etnia, idade, credo religioso ou opinião política, não se poderá afirmar que a sociedade brasileira seja justa, igualitária, democrática e tolerante. Com esse novo Programa, o governo brasileiro dá um passo crucial no sentido da construção de uma verdadeira cultura de paz (CONSELHO, 2004, p. 13-14)

As justificativas apresentadas para a criação do Programa estão centradas no fortalecimento de grupos voltados para a população LGBT, que renderam bons frutos como o combate ao HIV/Aids, dentre diversas ações na seara da saúde, educação e justiça. Entretanto, aponta que junto com este crescimento está o

⁴ Esta era a sigla adotada até a realização da 1ª Conferência Nacional LGBT, a qual foi responsável pela alteração da nomenclatura, conforme se verá posteriormente.

aumento da violência aos LGBT, motivadas pela discriminação por orientação sexual ou homofobia. Ainda, a impunidade é relevante fator para que estes ataques se perpetuem em diversos ambientes, inclusive no âmbito escolar (CONSELHO, 2004).

Para que o Programa se efetive, foi criado um Programa de Ações dentro desta política, dividido em onze eixos temáticos, quais sejam: I – Articulação da Política de Promoção dos Direitos de Homossexuais; II – Legislação e Justiça; III – Cooperação Internacional; IV – Direito à Segurança: combate à violência e à impunidade; V – Direito à Educação: promovendo valores de respeito à paz e à não discriminação por orientação sexual; VI – Direito à Saúde: consolidando um atendimento e tratamentos igualitários; VII – Direito ao Trabalho: garantindo uma política de acesso e de promoção da não-discriminação por orientação sexual; VIII – Direito à Cultura: construindo uma política de cultura de paz e valores de promoção da diversidade humana; IX – Política para a Juventude; X – Política para as Mulheres; XI – Política contra o Racismo e a Homofobia (CONSELHO, 2004).

Em matéria de saúde, destaca-se o item VI, que aborda a necessidade de investir na capacitação dos profissionais da saúde, a fim de conscientizá-los e melhorar o atendimento aos LGBT em busca da redução de preconceitos. Ainda, visa a criação de um Comitê Técnico responsável pela posterior construção de uma Política Nacional de Saúde. Por fim, um dos objetivos neste âmbito é a produção científica e o acesso ao conhecimento em saúde da população LGBT (CONSELHO, 2004).

Para que tais ações sejam implementadas, o Governo Federal colocou, em 2004, como sua a responsabilidade, em conjunto com representantes dos segmentos LGBT e, sobretudo, a sociedade civil, em um trabalho articulado entre todos. Propõe-se também a criação de indicadores para avaliar de que modo a situação dos homossexuais brasileiros se encontra, no que tange à vitimização por homofobia. Porém, o Programa não define especificamente como isto será realizado, deixando tal tarefa para um momento posterior (CONSELHO, 2004).

O Programa foi criticado por ativistas por considerá-lo apenas um programa de boas intenções, mas de pouca efetividade. Isto se deve também ao fato de que em 2008 ocorreu a 1ª Conferência Nacional GLBT, que apenas reforçou o que já existia no Brasil Sem Homofobia e pouco de novo trouxe (MELLO; AVELAR; MAROJA, 2012).

b) 1ª Conferência Nacional GLBT

Realizada de 5 a 8 de junho de 2008, a Conferência foi convocada pelo então presidente Luiz Inácio Lula da Silva, com o tema “Direitos Humanos e Políticas Públicas: o caminho para garantir a cidadania de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais”. Foi o primeiro país a convocar uma conferência nacional com esta temática, contando com a participação de diversos membros do governo e da sociedade civil organizada, que foram eleitos nos encontros anteriores realizados em sede municipal e estadual (BRASIL, 2008b).

Os dois principais objetivos da Conferência eram propor diretrizes para a implementação do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, além do fortalecimento do Programa Brasil Sem Homofobia. Uma das mudanças foi a alteração da sigla GLBT para LGBT, objetivando fortalecer as mulheres lésbicas que sofrem um duplo preconceito: por serem mulher e por se relacionar com pessoas do mesmo sexo (MELLO; AVELAR; MAROJA, 2012).

A Carta de Brasília, uma espécie de documento final, construída durante a Conferência, ressalta a importância do Poder Público, em todas as suas esferas de atuação, trabalhar em prol da consolidação de direitos e cidadania LGBT, atuando inclusive com a esfera internacional. A Carta clamava, com urgência, a criação do Plano Nacional de Direitos Humanos e Cidadania LGBT e a consolidação do Programa Brasil Sem Homofobia (BRASIL, 2008b).

Os estudos de Mello, Avelar e Maroja (2012) apontam as variadas críticas à Conferência. Por um lado, gestores e ativistas participantes da pesquisa dos autores demonstram a sua importância, como um marco histórico de políticas para a população LGBT. Por outro, grupos de ativistas se mostraram resistentes à Conferência, especialmente por entender que esta era diretamente vinculada a um partido – à época o Partido dos Trabalhadores – além de classificá-la como mais um programa sem efetividade, posto que já existia o “Brasil Sem Homofobia” que, até então, não havia sido cumprido em sua perspectiva.

c) Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

Muito esperado pela população LGBT, o Plano, elaborado por uma Comissão Técnica Interministerial, envolveu diversos ministérios representando o governo,

além da participação da sociedade civil, objetivando fortalecer o programa anterior – “Brasil Sem Homofobia”, bem como implementar políticas voltadas para os direitos da população LGBT (MELLO; AVELAR; MAROJA, 2012).

Foi, ainda, resultado da 1ª Conferência Nacional ocorrida em 2008, uma espécie de Plano que saiu das discussões ocorridas naquele momento, por meio de uma pesquisa qualitativa e quantitativa, tendo “[...] como base as diretrizes e preceitos éticos e políticos que visam à garantia dos direitos e do exercício pleno da cidadania” (BRASIL, 2009a, p. 9).

Seu objetivo geral é construir políticas públicas a fim de realizar inclusão social, bem como reduzir desigualdades em se tratando de população LGBT. Duas de suas características inovadoras são a transversalidade e a intersetorialidade, que realça não ser este um plano de execução única, mas que depende de diversos outros setores sociais, podendo ser aplicado em diversas áreas (BRASIL, 2009a).

Como objetivos específicos, o Plano pretende promover os direitos da população LGBT que estão em consonância com a Constituição Federal de 1988, seja nos direitos fundamentais ou nos direitos sociais. Ainda, objetiva combater as discriminações e preconceitos sofridos pelo grupo.

Os princípios elencados no Plano se voltam para a promoção da cidadania e respeito às diversidades, mediante ações do Estado que são pressionadas pelos impulsionadores da política. Além disso, o Plano “[...] orienta-se pelos princípios da igualdade e respeito à diversidade, da equidade, da laicidade do Estado, da universalidade das políticas, da justiça social, da transparência dos atos públicos e da participação e controle social” (BRASIL, 2009a, p. 12).

Em se tratando de diretrizes, o Plano apresenta 51 orientações que se voltam para diversas áreas, dentre elas destacando-se o combate à discriminação no serviço público; ampliação do conceito de família para incluir a população LGBT nos programas sociais do governo federal; combate à intolerância religiosa; inserção da temática LGBT na educação básica e superior; legalização do direito à adoção por casais homoafetivos; garantia de integralidade, universalidade e acessibilidade para pessoas idosas LGBT; informar a sociedade acerca de temas relacionados à população LGBT; inserção da temática LGBT nos diversos meios de comunicação a fim de promover a visibilidade de direitos humanos relativos a esta área; formar redes de proteção social para a população LGBT; e com destaque ainda maior a aprovação e implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas,

Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em todas as instâncias do SUS (BRASIL, 2009a).

Para que as ações se implementem, foram criados dois eixos estratégicos que se subdividem em estratégias de ação, quais sejam: “Eixo Estratégico I – Promoção e Socialização do Conhecimento; formação de atores; defesa e proteção dos direitos; sensibilização e mobilização; Eixo Estratégico II – Formulação e promoção da cooperação federativa; articulação e fortalecimento de redes sociais; articulação com outros poderes; cooperação internacional; gestão da implantação sistêmica da política para LGBT” (BRASIL, 2009a, p. 20).

A partir destes eixos é que são detalhadas estratégias que permitam implementar as diretrizes e cumprir o objetivo do Plano. Ressalta-se que o documento também trouxe mecanismos para monitoramento e avaliação, por meio de acompanhamento contínuo durante a sua implementação. A responsabilidade por tal acompanhamento ficou a cargo do Grupo de Trabalho Interministerial, que possui caráter permanente e tem ligação com os órgãos do Poder Executivo Federal. Ainda, “O Grupo de Trabalho Interministerial (GT) terá a responsabilidade de elaborar um relatório semestral de gestão, que informe ao governo e à sociedade o andamento das ações governamentais e subsidie os gestores públicos na tomada de decisões” (BRASIL, 2009a, p. 42).

O Plano conta, por fim, com um Comitê Técnico, ligado à Subchefia de Articulação e Monitoramento da Casa Civil, ao Ministério do Planejamento e à Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Sua função é colaborar para o cumprimento dos objetivos estabelecidos e subsidiar o GT. A sociedade civil também exerce seu papel colaborativo, como convidada, auxiliando na tomada de decisões.

Entretanto, o Plano não escapou de críticas, assim como os documentos anteriores:

Todavia, após sua apresentação em solenidade realizada em Brasília, o documento praticamente saiu de circulação, não sendo disponibilizado na página web da SDH ou impresso em número significativo para divulgação entre ativistas, gestoras/es e demais interessadas/os. O “Plano Nacional LGBT” sequer chegou a ser instituído pelo governo na forma de decreto ou portaria, reproduzindo a inexistência formal que também caracteriza o “Brasil sem Homofobia” (MELLO; AVELAR; MAROJA, 2012, p. 301).

Os autores abordam, ainda, a falta de recursos como um dos principais elementos para a dificuldade de implementação do Plano, que não chegou ao conhecimento da população em geral, acarretando na invisibilidade social. A dificuldade de monitoramento e avaliação também é apontada como um problema. No ano de 2010 um relatório de monitoramento foi divulgado, com uma síntese de informações relativas a 16 ministérios responsáveis pela implementação do Plano. Tais informações eram passíveis de fragilidades e possuíam uma distinção considerável entre elas, o que demonstrou a dificuldade do governo em fazer as conexões necessárias interministeriais (MELLO; AVELAR; MAROJA, 2012).

d) Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3)

Importante documento no contexto nacional, o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3) está em sua terceira versão desde o ano de 2009. Embora não seja diretamente ligado às questões da população LGBT em si, o Programa aborda a temática em diversos pontos do seu documento. Trata-se de um Programa que se relaciona diretamente com as questões internacionais de direitos humanos, buscando colocar em prática, especialmente, o princípio da dignidade da pessoa humana (BRASIL, 2009b).

Criado pelo Decreto n. 7.037/09, expedido pelo Presidente da República – à época Luis Inácio Lula da Silva – o PNDH-3 é um plano plurianual, elaborado com a colaboração de diversos setores da sociedade civil, que estabelece diretrizes, objetivos e metas que devem ser implementados por meio de políticas públicas voltadas para a consolidação dos direitos humanos (BRASIL, 2009b).

O Programa está estruturado em seis eixos orientadores, subdivididos em 25 diretrizes, 82 objetivos estratégicos e 521 ações programáticas. Dentre estes eixos, estão: I. Interação Democrática entre Estado e Sociedade Civil; II. Desenvolvimento e Direitos Humanos; III. Universalizar Direitos em um Contexto de Desigualdades; IV. Segurança Pública, Acesso à Justiça e Combate à Violência; V. Educação e Cultura em Direitos Humanos; e VI. Direito à Memória e à Verdade.

Destaca-se, no PNDH-3, a importância da atuação de diversos Ministérios como forma de garantir a sua promoção, além de assumir o caráter de transversalidade, ou seja, a adoção e implementação de políticas públicas deve levar em conta a atuação dos diversos órgãos e poderes estatais, a fim de que estas políticas sejam conjuntamente elaboradas e monitoradas.

O Programa está vinculado diretamente à Secretaria Especial de Direitos Humanos, logo havendo conexão com o Poder Executivo Federal, responsável por sua criação. Salienta-se que o artigo 5º do seu Decreto fundador estabelece que tanto os Estados, Distrito Federal e Municípios, bem como os órgãos dos Poderes Legislativo, Judiciário e Ministério Público são convidados a aderir ao Programa (BRASIL, 2009b).

A relevância do PNDH-3 em relação à comunidade LGBT encontra-se principalmente no Eixo Orientador III - Universalizar Direitos em um Contexto de Desigualdades, em sua diretriz 10 – garantia de igualdade na diversidade, no objetivo estratégico V – Garantia do respeito à livre orientação sexual e identidade de gênero.

Tal objetivo contempla diversas ações, dentre elas promover uma cultura de respeito à livre orientação sexual; apoiar projetos de lei que tratem da união civil de pessoas do mesmo sexo; promover o direito de adoção por casais homoafetivos; desconstruir a heteronormatividade ao incluir arranjos familiares variados que incluam a população LGBT; promover meios para o uso do nome social para travestis e transexuais; incluir um campo específico para identidade de gênero nos prontuários do SUS; promover núcleos de pesquisa e promoção da cidadania em universidades públicas; realizar relatórios que permitam acompanhar políticas contra a discriminação da população LGBT (BRASIL, 2009b).

Coloca-se em evidência que algumas das ações previstas no PNDH-3 já estão em pleno funcionamento, demonstrando o alcance de bons resultados de acordo com as propostas na garantia de direitos para a comunidade LGBT. A união entre pessoas do mesmo sexo, por exemplo, foi permitida a partir de uma decisão do Supremo Tribunal Federal, posteriormente regulamentada pela Resolução n. 175/2013, do Conselho Nacional de Justiça, que obriga cartórios do país a realizar casamento entre casais homoafetivos (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2013).

A adoção por casais homoafetivos, por sua vez, teve decisão fundamentada pela Ministra Carmen Lúcia, do Supremo Tribunal Federal, no ano de 2015. Neste caso, decidiu-se que o direito de adoção por casais homoafetivos encontra respaldo na própria Constituição Federal, que garante diversos direitos fundamentais. Ainda, entendeu-se que casais homoafetivos formam entidades familiares, conforme decisão da própria Corte em 2012 (G1, 2015).

Por fim, recentemente, o uso do nome social para travestis e transexuais passou a ser regulamentado no âmbito da Administração Pública a partir do Decreto n. 8.727, de 28 de abril de 2016. Assim, poderá ser incluído o nome social em fichas, cadastros, registros de sistemas de informação, bem como programas do governo e demais informações que constem no sistema público (BRASIL, 2016). Trata-se de um avanço para àqueles que se sentiam constrangidos por ter que utilizar seu nome do registro civil e não o da identidade de gênero atual.

Recentemente, em março de 2018, o Supremo Tribunal Federal decidiu que pessoas que desejam alterar seu gênero e nome no registro civil poderão fazê-lo diretamente no cartório. Anteriormente, era necessário realizar uma cirurgia de mudança de sexo, bem como ajuizar uma ação com o pedido de alteração. A via judicial não é mais necessária, significando um grande avanço no que se refere às conquistas pela comunidade LGBT como um todo (O GLOBO, 2018).

Embora tenha alcançado grande representatividade, as políticas apresentadas não fogem das críticas tanto de gestores quanto da população LGBT em si. Isto porque são programas ligados ao Poder Executivo, o que representa metas e objetivos a serem cumpridos, mas que não vinculam e nem obrigam outros Poderes. Gera-se uma insegurança e a não garantia de que os direitos serão alcançados – embora alguns deles ocorreram, principalmente, por atuação do Poder Judiciário (MELLO; AVELAR; MAROJA, 2012).

Em se tratando do PNDH-3, muitas das responsabilidades atribuídas no documento pertenciam a Ministérios que atualmente foram dissolvidos ou incorporados a outros, devido a mudança de governo e a atual estrutura do Poder Executivo Federal, dispostos na Lei n. 13.502, de 1º de novembro de 2017. Isto acaba por dificultar a implementação das ações previstas no Programa, embora não seja um plano de governo específico, mas de validade em todos os anos de sua vigência (MELLO; AVELAR; MAROJA, 2012).

Para finalizar, denota-se que os passos dados ao longo dos anos, partindo da década de 1960, na batalha por espaço no cenário nacional e na busca de direitos, bem como estes quatro fatos marcantes na trajetória da população LGBT, permitem a construção de uma nova política voltada para este segmento específico em termos de saúde, denominada Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (MELLO; AVELAR; MAROJA, 2012).

Destaca-se o ativismo da população LGBT nesta trajetória, sem a qual não seria possível muitas destas conquistas. É com esta luta que o grupo conseguiu inserir nas pautas da saúde um novo modelo, não se voltando apenas para o tratamento do HIV/Aids, mas sim de uma concepção de saúde na sua integralidade, baseado nos princípios do Sistema Único de Saúde. Nestes moldes é que se firma a Política Nacional de Saúde LGBT.

2.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS/LGBT

Após a trajetória histórica dos movimentos sociais ligados à comunidade LGBT, na busca de direitos e garantias voltados para a área de saúde e demais áreas que afetam a vida deste grupo, a saúde pública brasileira cria uma política que se volta especificamente para esta população.

Baseada nos princípios e diretrizes do SUS, a Política de Saúde LGBT está assentada especialmente na integralidade, que considera a vida dos indivíduos em seus variados aspectos, atentando-se ao fato de que diversos fatores externos podem afetar a sua saúde. Neste sentido, tal Política visa atender a população LGBT levando em consideração todos estes fatores capazes de alterar seu bem-estar.

Em 1º de dezembro de 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria n. 2.836, que criou a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Sua finalidade é evitar qualquer tipo de preconceito ou discriminação no âmbito do SUS, por meio de “diretrizes cuja operacionalização requer planos contendo estratégias e metas sanitárias, e sua execução requer desafios e compromissos das instâncias do governo, especialmente das secretarias estaduais e municipais de saúde, dos conselhos de saúde e todas as áreas do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2013, p. 6).

A Política destaca as questões de vulnerabilidade como determinantes para a sua criação, uma vez que esta população está sujeita a riscos e abalos na saúde, devido ao preconceito sofrido, que resulta em um processo de exclusão. As desigualdades e iniquidades em saúde para grupos minoritários são fundamentais para que se criem políticas específicas, que visam diminuir a discriminação e melhorar, conseqüentemente, a qualidade de vida e o acesso efetivo aos serviços de saúde.

Esta Política reafirma o compromisso do SUS com a universalidade, a integralidade e com a efetiva participação da comunidade. Por isso, ela contempla ações voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, além do incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da representação do segmento nas instâncias de participação popular (BRASIL, 2013, p. 8)

Desta forma, o acesso universal, pautado no atendimento integralizado e que tenha participação social é o que norteia a Política. Isto porque são princípios e diretrizes que permitem sua criação, graças ao novo modelo de saúde trazida no Brasil pós-Constituição Federal de 1988, conforme visto anteriormente.

A participação da comunidade é ressaltada na apresentação da Política por considerar que ela foi determinante para sua existência. Os processos históricos são ressaltados, ainda que brevemente, para demonstrar que os movimentos sociais, mediante suas demandas, tiveram participação para que a saúde pública brasileira se pautasse em um atendimento mais amplo, não apenas voltados para a questão do HIV/Aids – cuja pauta era a principal em se tratando da população LGBT.

O que se nota é uma estreita ligação entre a Portaria e os princípios e diretrizes do SUS, restando evidente que ela não está desconexa daquilo a que se propõe a saúde pública brasileira. A proposta da integralidade do serviço, visando reduzir principalmente o preconceito institucional, demonstra que a preocupação com o bem estar do indivíduo, em todos os aspectos de sua vida, é um marco estruturante da Política de saúde LGBT.

A sua fundamentação legal se faz presente na própria Constituição Federal de 1988, que além de instituir a saúde como um direito universal, apresenta direitos fundamentais como a cidadania e a dignidade da pessoa humana. Além disto, o objetivo da República Federativa do Brasil é “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988).

Neste sentido, o artigo 1º da Portaria é que institui a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, cujo objetivo geral é a promoção da saúde integral deste segmento, além de eliminar a discriminação e o preconceito institucional que se fazem presentes no atendimento em saúde. Ou seja, tais objetivos visam precipuamente atender aos princípios e diretrizes do SUS, a fim de reduzir as desigualdades que impedem o seu avanço como um sistema garantidor de direitos.

O artigo 2º da Portaria que institui a Política apresenta os objetivos específicos, que são distribuídos em vinte e quatro incisos. Isto demonstra a preocupação em atender a saúde da população na perspectiva da integralidade, uma vez que as ações são voltadas para diversos setores que ampliam a atuação do sistema de saúde. Dentre eles, destacam-se a ampliação de acesso da população LGBT aos serviços de atendimento do SUS (II); qualificar o rede de atendimento do SUS para dar melhor atenção a população LGBT (III); coleta de dados e análise acerca da saúde LGBT (IV); garantir acesso ao processo transexualizador no âmbito do SUS (VI); criar estratégias para diminuir a mortalidade de travestis (IX); cuidado e saúde de adolescentes e idosos LGBT (X); oferecer atenção integral às DST's no âmbito do SUS (XI); prevenir casos de câncer ginecológico para lésbicas e de próstata para demais membros da comunidade LGBT (XII e XIII); eliminar os preconceitos nos serviços de saúde (XVI); garantia do uso do nome social aos usuários do SUS (XVII); promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS; realizar estudos voltados para as necessidades em saúde da população LGBT (XXIV); dentre tantos outros (BRASIL, 2013).

As diretrizes da Política estão representadas no artigo 3º, divididas em nove incisos que estabelecem o respeito aos direitos humanos da população LGBT; promoção da cidadania por meio de políticas sociais de educação, trabalho e segurança; inclusão das diversidades populacionais nas políticas do SUS; eliminação da homofobia e demais formas de preconceito no âmbito do SUS; implementação de ações que objetivam alívio do sofrimento e adoecimento; difusão de informações de acesso ao SUS; inclusão da temática de gênero nos processos educacionais desenvolvidos pelo SUS; produção de conhecimento científico visando melhorar as condições de vida da população LGBT; e, por fim, fortalecer a participação social nas instâncias próprias do SUS (BRASIL, 2013).

Atendendo à diretriz descentralizadora do SUS, que define as competências específicas de cada ente da federação, os artigos 4º, 5º e 6º da Portaria definem, respectivamente, qual a responsabilidade da União, Estados e Municípios. Desta forma, são direcionadas as demandas de cada um deles, que em conjunto implementam a Política em todo o país.

O Ministério da Saúde tem o dever de apoiar a implantação e implementação da Política, tanto nos Estados quanto nos Municípios. Seu papel principal é auxiliar e colaborar, de maneira articulada, para que diversas ações sejam realizadas no país,

voltadas para os objetivos específicos da Portaria. Neste sentido, articula com os demais entes para questões voltadas à saúde mental, prevenção da violência, cuidados com questões hormonais, promoção de material didático, fomentar pesquisas, apoiar movimentos sociais e disseminar informações acerca da Política nos Conselhos de Saúde. São ações que visam propiciar maior notoriedade à saúde da população LGBT, por meio da colaboração com Estados e Municípios (BRASIL, 2013).

Quanto aos Estados, por meio das Secretarias Estaduais, a responsabilidade se volta para apoio ao Município, bem como a necessidade de monitoramento para a implementação da Política no âmbito de seus territórios. Ainda, deve manter ações que se voltam para a promoção de saúde mental da população LGBT, priorizando os materiais didáticos utilizados nos processos de educação dos servidores da saúde pública. A articulação com os Municípios se mostra evidente, posto que estes trabalham em conjunto visando a implementação da Política. A participação da comunidade também é fundamental, se fazendo presente nos Conselhos municipais e estaduais de saúde (BRASIL, 2013).

Por fim, a competência municipal demonstra uma responsabilidade ainda mais direta, justamente por executar ações imediatas que se relacionam com a descentralização do sistema de saúde. De modo que o próximo capítulo visa avaliar a implementação da Política em um município, mostra-se necessário a transcrição literal do artigo 6º da Portaria, uma vez que é ele quem define quais os encargos deste ente federativo, conforme o que se dispõe:

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 (BRASIL, 2013, p. 25-26).

Diante destas atribuições é que se funda esta dissertação, analisando cada uma das responsabilidades para compreender se a Política é, de fato, implementada. As ações municipais se encontram em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, por demonstrar a integralidade como proposta determinante de análise da saúde a partir de diversos aspectos, além da universalidade, descentralização e participação da comunidade, que é representada através dos movimentos sociais e de organizações não governamentais.

Em termos de saúde pública, a Política traz um avanço em relação às demandas da população LGBT ao longo dos anos. A partir deste marco legal, percebe-se uma visão integradora, na qual as políticas de saúde não se voltam mais apenas para a prevenção e tratamento do HIV/Aids, mas permite uma abordagem sob diversos outros aspectos.

A proposta da integralidade está presente essencialmente nos objetivos específicos. Isto porque é no artigo 2º que este princípio se apresenta com mais força, mediante o amplo acesso, redução de danos, o cuidado com adolescentes e idosos, o respeito ao uso do nome social, direitos reprodutivos, participação social, dentre outros (BRASIL, 2013). Tudo isto demonstra a preocupação do Ministério da Saúde em garantir um acesso de modo amplo, além de conscientizar profissionais que realizam atendimento para que não haja nenhum tipo de discriminação.

Por se tratar de uma política social de saúde, enfrenta alguns desafios em sua implementação a nível global. Em um estudo recente, Prado e Souza (2017) realizaram uma revisão de literatura sobre o que foi produzido cientificamente após a publicação da Política de Saúde LGBT, entre 2011 e 2016. Neste estudo, surgiram dois temas macro: “Desafios da atualidade: direitos da população LGBT e a luta por uma política sexual não discriminatória” e “Papel do Estado na atenção a população LGBT”.

As autoras destacam as tensões existentes entre os polos de interesses em uma Política como esta, o que resulta em diversos desafios. Isto decorre principalmente do processo de exclusão e marginalização às quais este segmento está sujeito. Porém a resistência dos movimentos sociais ligados à população LGBT

se mostram como principais fontes de avanços da política sexual no país, demonstrando um aspecto positivo no que se refere à saúde pública para LGBTs.

Destacam-se, também, a homofobia, heteronormatividade e o papel das religiões como limitantes das garantias de direitos, o que reflete na atuação antiética dos profissionais da saúde, que ferem os direitos da população LGBT que busca atendimento. Assim, a literatura deposita esperança na Política como redutor dos preconceitos existentes.

Destas produções científicas resultam uma análise sobre o papel do Estado nesta seara, mediante a despatologização da homossexualidade, além da associação entre governo e movimentos sociais na luta por políticas voltadas para a população LGBT. As dificuldades apresentadas estão relacionadas com a “[...]complexidade de entender as diversidades dos usuários e simultaneamente encaixá-los em “caixas” binárias e heteronormativas (PRADO; SOUZA, 2017, p. 78). As autoras concluem que a Política representa um grande avanço em termos de saúde pública, mas que ainda não existem produções a respeito dos avanços na atenção à saúde integral da população LGBT.

Destaca-se, também, o estudo de Sena e Souto (2017), que analisam os avanços e desafios da implementação da Política de saúde LGBT. Desta forma, apresentam como progressos a inclusão do nome social no cartão SUS; a ampliação do processo transexualizador a partir da criação da Política; o 1º Seminário Nacional de Saúde Integral LGBT; cartilha voltada para a saúde das mulheres lésbicas, além do Seminário Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais; cartilha e seminário para homens gays e bissexuais; cursos à distância no âmbito da educação, referente à Política; e os estudos da Universidade de Brasília, denominado “Análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no SUS”.

Concluem as autoras que a Política de saúde LGBT foi um marco no âmbito do SUS, com forte influência da participação social e organizações da sociedade civil. Além disso, focam nas campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, que auxiliam na redução de preconceitos e conscientização, embora reconheçam que ainda existem desafios que devem ser apontados pelos usuários do sistema de saúde brasileiro (SENA; SOUTO, 2017).

Conforme elencado nestes estudos que revisam a literatura científica acerca da Política de Saúde Integral LGBT, existem ações voltadas para uma perspectiva

integralizadora do acesso à saúde, o que garante maior igualdade e universalidade no acesso. Entretanto, o preconceito ainda existe em termos de saúde pública e algumas questões precisam avançar, uma vez que são amplos os objetivos específicos da Portaria e que representam um atendimento integral de fato.

Os estudos ainda são incipientes e não existe um relatório avançado acerca da implementação da Política ao longo do território nacional. A Universidade de Brasília, em sua pesquisa intitulada “Análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no SUS” pretende estabelecer um panorama geral, que pode fornecer dados para estudos posteriores de forma mais aprofundada. Porém, tal estudo está em processo de análise dos dados e ainda não foi publicado.

Frente a isto, importa analisar como se dão as responsabilidades atribuídas aos municípios, neste estudo, a partir do município de Ponta Grossa, para compreender o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT de maneira mais eficaz.

CAPÍTULO 3: IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INTEGRAL LGBT NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA

Neste último capítulo, visando responder aos objetivos propostos na dissertação, analisa-se o processo de implementação da Política Nacional de saúde integral LGBT no município de Ponta Grossa. Para atender a este objetivo, inicialmente se realiza uma caracterização do município, com uma justificativa da sua escolha e qual a sua aplicação na pesquisa, reforçando o que já foi explicitado na introdução.

Além disto, apresenta-se a ONG Renascer como locus de pesquisa e que serve como parâmetro para compreender a percepção da população LGBT nas ações de saúde do município voltadas para este segmento. A instituição foi escolhida como representante dos movimentos sociais por ser a única instituição no município de Ponta Grossa com recursos financeiros vinculados à gestão municipal, além de possuir CNPJ e prestar atendimento para a população LGBT.

Em seguida, foram realizadas as análises de documentos do município, quais sejam o Plano Municipal de Saúde, além de eventuais materiais didáticos utilizados na saúde pública municipal que se voltem para a população LGBT. Estas análises documentais também servem como parâmetro para compreender um dos objetivos específicos desta dissertação, que está relacionado com uma das competências exclusivas do município na implementação da Política.

Por fim, realizaram-se as análises das entrevistas coletadas durante a pesquisa de campo. Foram elencadas quatro categorias de análise que permitem responder aos objetivos específicos e ao objetivo geral desta dissertação, no intuito de compreender o processo de implementação e se ela existe no município de Ponta Grossa – PR.

É neste capítulo que o método crítico-dialético se torna mais presente, pois é o momento em que o objeto é analisado e reconstruído, sob uma perspectiva crítica, a fim de compreendê-lo em sua essência. É o momento em que se dá o suporte necessário para a reconstrução do objeto e uma posterior conclusão do fenômeno pesquisado.

3.1 O MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA – PARANÁ

O município de Ponta Grossa possui 305.545 mil habitantes, de acordo com o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística/IBGE (2010), e compõe a região dos Campos Gerais, tratando-se de uma cidade de médio porte. Tal região situa-se no segundo planalto paranaense, limitados pela chamada Escarpa Devoniana, um limite natural formado por vegetação de campos e rochas.

Os Campos Gerais, ganharam destaque no século XVIII, devido ao Caminho de Viamão, rota dos tropeiros – em sua grande maioria gaúchos – que exploravam o local devido ao seu rico pasto natural e boa água, muitos se estabelecendo na região e formando as características político-culturais existentes até hoje (UNIVERSIDADE, 2018).

Já no início do século XX, graças ao entroncamento de linhas férreas, foi possível o desenvolvimento da cidade de Ponta Grossa, uma vez que a ferrovia permitiu o contato mais rápido e direto com outras cidades e grandes centros, em especial São Paulo (CHAVES, 2001; DITZEL, 2004). A chegada de imigrantes ajudou a dinamizar a cidade e em conjunto com as políticas de desenvolvimento da Era Vargas, contribuiu para que avanços acontecessem na cidade e região.

Com a urbanização, industrialização, formação do mercado consumidor, êxodo rural, a chegada de imigrantes, o Brasil ganhava uma nova configuração e precisava de um discurso que contribuísse para essa nova fase. Fazia parte da ideia de modernização do país o discurso científico qualificado para livrar a população dos males e enfermidades. Era fundamental a articulação dos discursos e práticas médicas com caráter científico, que conseguisse alcançar toda a população que se encontrava sem assistência e espalhada pelo vasto território brasileiro que tentavam sanar suas doenças com curandeiros, chás, benzedadeiras entre outros mecanismos que passam a ser desconsiderados pela prática médica (CHAVES, 2006).

Assim correu este processo também no município de Ponta Grossa. A cidade contava com alguns médicos no início do século XX, dentre eles o italiano Francisco Búrzio, que chegou à cidade em 1908 e ajudou na fundação da Santa Casa de Misericórdia no ano de 1912. De acordo com Chaves (2006, p.15), “o hospital era referência e atendia a população de cidades próximas como Castro, Tibagi e Teixeira Soares”.

No ano de 1931, em meio às discussões de saúde, os médicos fundaram a Sociedade Médica Pontagrossense. Organizados e institucionalizados enquanto um grupo, os profissionais passaram a se reunir para discutir problemas de saúde, além de formulação de propostas sanitárias para a cidade. (LEANDRO; CRUZ, 2006).

As benfeitorias trazidas pela institucionalização dos médicos locais em parceria com o governo municipal foram muitas. As atas da Sociedade mostravam que “a grande variedade de temas abordados pelos trabalhos apresentados nas comunicações da Sociedade Pontagrossense e do Centro Médico, que a sucedeu, corresponde ao grande número de enfermidades e males que afetavam a população brasileira” (LEANDRO; CRUZ, 2006, p.47).

A agremiação chegou ao fim no ano de 1941 e não se sabe ao certo o porquê, pois o caráter “predominantemente formal das reuniões impede qualquer análise mais aprofundada sobre o que, efetivamente, teria ocorrido ao longo desse período” (CHAVES, 2001, p. 140)

A falta que a instituição fez e a necessidade de seguir as discussões e inovações na área da saúde, fizeram com que os médicos da Santa Casa de Misericórdia fundassem o Centro Médico Eurico Branco Ribeiro (CMEBR) em setembro do mesmo ano.

O CMEBR continuou levantando discussões acerca da comunidade científica e necessidades da população, dialogaram com médicos de centros maiores como São Paulo e outras cidades. Mais tarde, “os desdobramentos ocorridos nos anos seguintes levariam ao fechamento do Centro e ao aparecimento de outra instituição, [...], a Associação Médica de Ponta Grossa, sessão local da Associação Médica Brasileira.” (CHAVES, 2011, p. 151).

Em 1951 foi fundada a Associação Médica de Ponta Grossa (AMPG), e segundo Chaves (2011), trouxeram novas perspectivas de avanço na medicina local tanto para os profissionais como para a população. Ponta Grossa na década de 1960 já contava com avanços na infraestrutura hospitalar na cidade, com a inauguração de novos hospitais como o Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha (HPFR), o Hospital Bom Jesus e aumento no número de leitos nos demais hospitais já existentes na cidade.

Os avanços na área da saúde fez com que a cidade recebesse pessoas do interior do estado e também do interior de São Paulo, para se tratarem aqui. Hoje,

Ponta Grossa sedia a 3ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, abrangendo mais onze municípios, dos quais: Arapoti, Carambeí, Castro, Ipiranga, Ivaí, Jaguariaíva, Palmeira, Piraí do Sul, Porto Amazonas, São João do Triunfo e Sengés (PARANÁ, 2017).

A região de saúde se constitui por um

[...] espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Para ser instituída, a região deve conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária, urgência e emergência, atenção psico-social, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, vigilância em saúde (PARANÁ, 2015, p. 8)

A 3ª Regional de Saúde localizada no município é uma espécie de intermediária entre o estado do Paraná e as cidades que a compõem, a fim de melhorar a comunicação no Sistema de Saúde, captar informações e trabalhar de forma conjunta. Neste sentido, “À Regional de Saúde cabe desenvolver a inteligência necessária para apoiar o município em todas as áreas e para influenciar na gestão das questões regionais, fomentando a busca contínua e crescente da eficiência com qualidade” (MPPR, p. 1, 2018).

O município conta com 50 centros de saúde/Unidades Básicas de Saúde (UBS); 07 hospitais gerais; 13 postos de saúde; 01 unidade de pronto atendimento, 04 centros de atenção psicossocial (CAPS), de acordo com o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES, 2018).

Acerca de dados epidemiológicos, o DATASUS disponibiliza diversas informações, das quais destacam-se: no ano de 2014, foram registrados 220 casos de violência sexual, doméstica e outros tipos de violência no município de Ponta Grossa; somente em agosto de 2018, foram 2.357 internações no município, por causas gerais; os casos de Aids não foram acessados, devido a uma manutenção temporária no sistema. Entretanto, em reportagem do jornal Diário dos Campos, a Secretaria Municipal de Saúde informou que os casos de Aids, de 2018 em relação a 2017, reduziram drasticamente. Foram notificados 22 casos até o fechamento da reportagem, em 29 de novembro, enquanto que em 2017 foram notificados 66 casos durante o ano todo (DIÁRIO DOS CAMPOS, 2018).

Em relação às condições de moradia, aponta-se que 19 mil pessoas aguardam na fila para serem atendidas pela Companhia de Habitação do Município

de Ponta Grossa, com cerca de 20% da população vivendo em áreas de risco. São cerca de 9.000 famílias vivendo em situação de precariedade habitacional. Há que se ressaltar que a prefeitura não conta com abrigos temporários, mas depende de ONGs que fazem este tipo de serviço, acolhendo pessoas em vulnerabilidade social – atualmente existem 197 pessoas morando em situação de rua (GRADIN; DOVHY; HONORATO, 2018).

O papel das ONGs no município exerce um papel no contexto de promoção da cidadania LGBT. Neste sentido, o grupo Renascer de Apoio à População LGBT, surgido no ano de 2000, que visa fortalecer vínculos entre a comunidade LGBT como um todo. Sua área de atuação abrange direitos de cidadania, não discriminação e assistência jurídica, além da promoção da saúde e prevenção (GRUPO RENASCER, 2018).

Para tanto, torna-se importante neste momento conhecer a história da instituição e sua atuação no município como provedora de saúde para a população LGBT. Para a produção de dados históricos da instituição, foram colhidas duas entrevistas com membros que atuam desde a fundação e participaram da diretoria do Grupo. Estas entrevistas foram gravadas, os membros assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme modelo em Apêndice A e deram depoimentos relatando como foi fundada a instituição. Além disso, utilizou-se o Estatuto da Instituição como documento de referência para a construção teórica.

3.1.1 ONG Renascer de apoio à população LGBT: atuação no município de Ponta Grossa.

O Grupo Renascer de Apoio à População LGBT, Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e Abordagem Social, nesta dissertação adotado como ONG Renascer, é uma organização não governamental sem fins lucrativos, fundada em 20 de setembro de 2000 no município de Ponta Grossa – Paraná (GRUPO RENASCER, 2018).

Fundada por Altair Luiz dos Santos, um militante do movimento LGBT no município, a ONG tinha como objetivo inicial combater a violência sofrida principalmente por travestis e transexuais, dado o alto índice de mortes que ocorriam à época – também relacionada ao HIV/Aids – além de trabalhar a prevenção às ISTs, posto que o município ainda não contava com o Serviço de Assistência

Especializada/Centro de Testagem e Aconselhamento como ocorre atualmente (SAE-CTA).

Inicialmente, um grupo de voluntários, na ânsia de ajudar pessoas vivendo com HIV/Aids, bem como respaldar a população LGBT, se reuniu e obteve um espaço, dentro de outra ONG do município – denominada Reviver, cujo principal objetivo é atender pessoas com HIV – para receber treinamentos e iniciar atividades neste sentido.

Sua sede inicial se encontrava no centro de Ponta Grossa, na Rua Coronel Dulcídio, onde permaneceu por cerca de um ano e meio. Posteriormente, foi transferida para a Rua Bittencourt Sampaio, n. 283, bairro Nova Rússia, onde se encontra atualmente.

Os recursos repassados para a instituição já partiam do município, à época da gestão do prefeito Péricles de Holleben Mello, entre os anos de 2001 e 2004. Tais repasses se voltavam para o pagamento do aluguel da sede, telefone e demais despesas. No entanto, eram recursos pequenos, validados por projetos realizados pela gestão da ONG, que se voltavam especialmente para prevenção, por meio da distribuição de preservativos e campanha de conscientização.

Durante este período, a instituição correu riscos de ser extinta devido à dívidas que possuía com a falta de pagamento de aluguel, contas de água, luz e telefone em atraso, além de dívidas com contador. Foi um momento divisor de águas, em que uma nova estrutura precisou ser montada para que a ONG Renascer continuasse seus trabalhos.

Com a mudança para a atual sede, a diretoria foi assumida por Debora Lee⁵, a qual continua à frente da instituição até hoje como uma de suas protagonistas. Após a regularização de toda a documentação legal e o pagamento de dívidas, novos projetos começaram a ser desenvolvidos dentro da instituição, a fim de captar recursos. Em meados de 2004, uma nova assistente social, Regina Rosa, passa a participar da equipe técnica, atuando em prol da conquista de novos repasses. Há

⁵ Nascida no município de Cachoeira do Sul, no Rio Grande do Sul, Debora Lee Comassetto Machado mudou-se para Ponta Grossa no ano de 1994, com sua identidade de gênero definida como travesti, atuando como profissional do sexo como meio de sobrevivência por mais de 30 anos. Engajada na militância LGBT, ajudou a fundar o Grupo Renascer, sendo atualmente uma personalidade do município, participando de debates, mesas redondas e proferindo palestras. Atua como agente de ação social, contratada pela Fundação Municipal de Saúde, além de ser uma das membros da diretoria da instituição. Débora cursa Serviço Social, com o objetivo de fortalecer ainda mais sua atuação em prol da população LGBT.

que se ressaltar que seu trabalho era voluntário, posto que a prefeitura não repassava verba para pagamento de pessoal ligado à instituição.

De acordo com os relatos, para a captação de recursos, era necessária a apresentação de um projeto para a Secretaria Municipal de Assistência Social que fazia a análise e, se aprovado, encaminhava as verbas necessárias. Com isto, eram apresentados relatórios e prestação de contas, a fim de verificar como estava o trabalho da instituição.

Neste período, a única profissional atuando na ONG era a assistente social, que fazia estes projetos para a captação de recursos e manutenção da instituição. Posteriormente, em meados de 2006, uma advogada – Lorena Bianca – passou a fazer trabalho voluntário na ONG também, para atendimentos jurídicos e auxílio nos aspectos burocráticos envolvendo a documentação legal.

Os projetos, que inicialmente eram apresentados de seis em seis meses, passaram a ter uma durabilidade maior, ocorrendo de um em um ano a partir do ano de 2007. Os repasses eram executados pela Secretaria Municipal de Assistência Social, feitos fundo a fundo – ou seja, não havia concorrência com outras instituições, e os recursos eram encaminhados diretamente para a ONG Renascer.

Os recursos advindos da saúde começaram a ser repassados a partir do ano de 2010, de maneira que, até então, eram provenientes apenas da Assistência Social. De acordo com os relatos, os repasses da Assistência Social eram voltados para a defesa e garantia de direitos; porém, a instituição realizava também os trabalhos voltados para a prevenção, mesmo que sem um convênio diretamente com a Secretaria Municipal de Saúde.

O município, por meio da saúde, percebeu a necessidade de um trabalho voltado para esta população na área da prevenção. Até então, Débora Lee atuava como voluntária e fazia este trabalho pela defesa da causa. Foi então que, em 2012, ela foi contratada pela gestão municipal como Agente de Ação Social, com o objetivo de fazer o trabalho de campo na prevenção às ISTs.

Os relatos dos entrevistados apontam que a contratação de profissionais para a equipe técnica ocorreu com o tempo, à medida que os projetos eram aprovados e os recursos vinham. Isto é, por muitos anos, a ONG Renascer atuou por meio de trabalho voluntário.

Em 2017, o município passou a reger suas parcerias por meio do Marco Regulatório, que foi aprovado pela Lei n. 13.019, de 31 de julho de 2014. Em linhas

gerais, a lei estabelece como a Administração Pública realiza suas parcerias junto às organizações da sociedade civil. Desta forma, a instituição precisou reformular seu Estatuto, passando a atender a população em geral e não apenas os LGBT, justamente para não deixar de receber o recurso público (GRUPO RENASCER, 2018).

O novo Estatuto passou a vigor a partir de 09 de janeiro de 2018, possuindo como finalidades defender a liberdade de orientação sexual, combater a AIDS, defender direitos humanos da população LGBT, participar de fóruns relativos à saúde, dentre outros (GRUPO RENASCER, 2018).

Débora Lee, uma das fundadoras, cedeu uma entrevista em abril de 2018, na sede da instituição, em que explicita alguns trabalhos ali realizados:

Então assim, a gente tem uma equipe de profissionais pra atender os usuários como a advogada, a assistente social, a psicóloga, tem o agente de ação social...meu trabalho já na área da saúde também mais específico na área da prevenção das ISTs, HIV/Aids e hepatites virais, sífilis, né? Aí temos a psicóloga também nossa que é também da área da saúde, mas trabalha também no serviço de convivência e fortalecimento de vínculos...e a nossa assistente social que é a nossa porta de entrada né, que faz todo o trabalho administrativo, o atendimento individual, visitas domiciliares; e a nossa advogada que pega e lida com os processos direcionado a população LGBT e também a comunidade se assim necessário e a instituição veja que é possível pegar e dar esse atendimento.

Ou seja, o atendimento realizado pela instituição abrange uma pluralidade de serviços, que vão ao encontro da Política de Saúde LGBT justamente por sua característica da integralidade. No ano de 2018, somente no mês de setembro – dados mais recentes fornecidos pela instituição – foram atendidas 131 pessoas, desde o atendimento jurídico ao psicológico ou de participação nos grupos de fortalecimento de vínculos. Ressalta-se que este dado refere-se apenas ao número de pessoas atendidas, diferindo-se do número de vezes em que elas foram atendidas no mês.

Com isto, a ONG Renascer é a instituição voltada, no município de Ponta Grossa e nos Campos Gerais, para a defesa e garantia de direitos da população LGBT, mediante a parceria estabelecida com o município por meio das Secretarias Municipal de Saúde e de Assistência Social. Ao longo dos anos, sua história foi de dificuldades, mas que foi superada e hoje realiza um trabalho relevante no âmbito municipal, sendo referência para demais cidades. A ONG Renascer é abordada

novamente adiante, na análise das entrevistas, para aprofundar o estudo acerca de seu protagonismo no município de Ponta Grossa.

3.1.2 Análise documental do Plano Municipal de Saúde

Relativo aos documentos elaborados pelo município e, em consonância com os objetivos propostos nesta dissertação, importa analisar neste momento documentos da gestão municipal que estejam relacionados à Política de Saúde Integral LGBT.

Elenca-se o Plano Municipal de Saúde como documento coletado, posto que não foram encontrados demais materiais ligados à temática LGBT. Além disto, o Plano abarca diversas áreas, sendo um documento amplo que visa atender às demandas de saúde do município.

Recorda-se que uma das responsabilidades do município é a de incluir conteúdos ligados à temática LGBT nos materiais didáticos de educação permanente dos profissionais em saúde. Ocorre que, após pesquisa minuciosa por meio de contato com profissionais e gestores entrevistados, não foram identificados materiais didáticos com esta temática. Por esta justificativa, apenas o Plano Municipal de Saúde é destacado nesta subseção.

Elaborado para vigor entre os anos de 2018 e 2021, o Plano tem por objetivo “[...] aperfeiçoar a gestão do SUS no município, de forma a garantir, por meio das Redes de Atenção à Saúde, o acesso integral da população a ações e serviços resolutivos de promoção, prevenção e reabilitação à saúde” (PONTA GROSSA, 2017, p. 13)

Após reunir diversas entidades da sociedade civil, o Plano observa outros documentos legais como os Planos Nacional e Estadual de Saúde, bem como as deliberações da Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2015 para elaborar suas propostas e metas durante o período de sua vigência (PONTA GROSSA, 2017).

Em se tratando de população LGBT, destaca-se que a ONG Renascer fez parte da elaboração do Plano, como instituição representativa. Ainda, Débora Lee participou como membro do Conselho de Saúde, também representando a instituição e a sociedade civil como um todo.

Depois de ouvir todos os atores envolvidos com a política de saúde do município, bem como efetuar um diagnóstico situacional, a gestão definiu quatro

objetivos como marcos da gestão e como resultados esperados pela população. São eles: reduzir a Mortalidade Materno-Infantil por causas evitáveis; reduzir a Mortalidade por Causas Externas; reduzir a morbimortalidade por doenças crônicas degenerativas; reduzir o impacto decorrente dos transtornos mentais e do uso abusivo de álcool e outras drogas (PONTA GROSSA, 2017).

Destacam-se, ainda, as perspectivas dos processos elencados pela gestão, em uma lista de cinco itens considerados importantes para o município e que devem ser implantados durante a vigência do Plano. Entre as perspectivas, estão: Instituir Política Municipal de Saúde; Instituir Política Municipal de Atenção Primária; Instituir as Redes de Atenção à Saúde prioritárias (Saúde Mental, Saúde do Idoso, Urgência e Emergência, Doenças crônico degenerativas e Saúde da Mulher); Fortalecer o papel estratégico da Vigilância em Saúde; Fortalecer o papel regulador, em especial da Atenção Primária (PONTA GROSSA, 2017).

Ou seja, dentre políticas públicas arroladas na perspectiva da gestão, não se inclui a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Em se tratando da matéria, menciona-se um avanço em relação ao Plano anterior: a temática da diversidade foi incluída pela primeira vez na gestão em saúde, promovendo o respeito e o tratamento igualitário, conforme as diretrizes do SUS (PONTA GROSSA, 2017).

A terceira diretriz do Plano, que se aproxima da Política de Saúde LGBT, inclui como meta o cuidado integral dos indivíduos durante toda a sua vida,

[...]considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades como as pessoas com deficiência – PCD, gênero e a diversidade sexual, religiosa e étnica (quilombolas e povo cigano) na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde (PONTA GROSSA, 2017, p.

Tal Diretriz demonstra que o Plano Municipal de Saúde está em consonância com os princípios do SUS. O respeito à diversidade e orientação sexual é uma novidade na gestão, o que demonstra um avanço neste sentido. Deste modo, o município deve atender a todos, na atenção básica e nas redes de atenção à saúde, de maneira a respeitar as diversidades e reduzir o preconceito que envolve a população LGBT.

Neste aspecto, é dever do município orientar seus profissionais para que esta Diretriz seja colocada em prática. Uma de suas metas é a implementação de fluxos

de referência e contrarreferência no município, respeitando-se a diversidade (PONTA GROSSA, 2017).

Ou seja, é o encaminhamento de pacientes para a média e alta complexidade para tratamentos específicos. Para a população LGBT, este fluxo maior colabora, posto que os/as transexuais dependem disto para fazer seu tratamento hormonal ou o processo transexualizador, que ocorrem fora do município de Ponta Grossa. Com um fluxo maior, a fila de espera pode diminuir e o atendimento se amplia, respeitando um dos aspectos da saúde integral desta população.

Outro ponto do Plano que está relacionado à Política de Saúde LGBT trata-se do atendimento psicossocial. Conforme exposto no segundo capítulo desta dissertação, as crises de pânico e ansiedade nos membros da população LGBT podem se tornar recorrentes. O atendimento psicossocial visa atender a saúde mental destes indivíduos, colaborando para que estas crises diminuam ou desapareçam.

Assim, o Plano atribui como uma diretriz do município o atendimento psicossocial de modo a respeitar os direitos humanos, garantindo a liberdade e autonomia das pessoas, além de combater estigmas e preconceitos (PONTA GROSSA, 2017). Este tipo de atendimento está em consonância com o que prega a Política de Saúde LGBT, uma vez que o estigma e preconceito ainda são recorrentes quando se trata deste grupo específico, conforme abordado no segundo capítulo. Logo, trata-se de um aspecto importante contemplado pelo Plano Municipal de Saúde, e que é benéfico aos LGBT.

Dentre as quarenta e duas ações estratégicas listadas no Plano, apenas uma está diretamente relacionada com a Política de Saúde Integral LGBT, qual seja, “Promover ações de prevenção, diagnóstico e tratamento às DST/HIV/AIDS/HV e outras doenças transmissíveis e não transmissíveis na atenção primária em saúde” (PONTA GROSSA, 2017, p. 73).

Já as demais ações estratégicas, de certa forma, contemplam a população LGBT, vez que se direciona à população em geral. Entretanto, por se tratar de uma população vulnerável e por possuir características próprias que demandam uma atenção específica – amplamente debatidas nos capítulos anteriores –, o Plano não abrangeu integralmente a Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

Com isto, percebe-se que houve um avanço em relação ao Plano anterior na medida em que foi inserida a temática da diversidade e da orientação sexual. Porém,

o município ainda não trata como primordial a saúde da população LGBT, posto que não aborda em seu Plano Municipal de Saúde as demais questões que envolvem este segmento.

3.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBT NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA: UM OLHAR A PARTIR DOS SUJEITOS DE PESQUISA

Levando em consideração o percurso metodológico descrito na introdução, nesta etapa são realizadas as análises das entrevistas coletadas no campo de pesquisa. Foram realizadas oito entrevistas semiestruturadas, até que se atingisse o ponto de saturação a fim de representar o universo de pesquisa proposto. As entrevistas foram realizadas em seus devidos locais de atuação, com os seguintes sujeitos: dois membros da Secretaria Municipal de Saúde⁶; dois membros da ONG Renascer LGBT; dois membros da 3ª Regional de Saúde do Paraná; e dois membros do Conselho Municipal de Saúde, sendo um deles representante dos gestores e outro representante dos usuários.

Os contatos foram realizados via e-mail, telefone ou pessoalmente, adotando-se a técnica metodológica da “*snowball sampling*” – traduzido como “bola de neve”, em que se trabalha em rede e mediante indicações – conforme explicitado na introdução. No momento de entrevistas, os sujeitos foram informados acerca do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi devidamente apresentado e assinado, deixando claro que as entrevistas não teriam os sujeitos identificados, a fim de garantir mais liberdade nas respostas.

O quadro a seguir permite uma leitura mais detalhada acerca da caracterização dos sujeitos de pesquisa:

⁶ A proposta inicial, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, seria de três sujeitos neste local de atuação, porém, o secretário adjunto de saúde municipal rejeitou o pedido de entrevista, por entender que não teria conhecimento suficiente para responder aos questionamentos.

QUADRO 2: Caracterização dos sujeitos de pesquisa

SUJEITO	LOCAL DE ATUAÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO
<i>Entrevistado 1</i>	ONG Renascer	3 anos e 5 meses
Entrevistado 2	ONG Renascer	18 anos
Entrevistado 3	Conselho Municipal de Saúde (Representante do Município)	8 anos
Entrevistado 4	3ª Regional de Saúde	34 anos
Entrevistado 5	Conselho Municipal de Saúde (Representante dos Usuários)	4 anos
Entrevistado 6	Secretaria Municipal de Saúde	5 anos
Entrevistado 7	Secretaria Municipal de Saúde	18 anos
Entrevistado 8	3ª Regional de Saúde	37 anos

Fonte: O Autor, 2018

Observando o referencial teórico trazido e os objetivos especificados no início desta dissertação, utilizou-se o método adotado por Bardin (1977), denominado análise de conteúdo, que seguiu os seguintes passos: primeiramente, as entrevistas foram transcritas para, em seguida, realizar uma leitura flutuante. A partir desta leitura, foram identificadas quatro categorias recorrentes, que foram agrupadas a fim de analisar que tipo de mensagem elas querem trazer.

As categorias possuem estreita conexão entre elas, o que permite uma articulação com a pesquisa em si. Além disto, apresentam diferentes nuances e tendências a partir das falas dos sujeitos. Isto nos remete ao método crítico-dialético adotado, onde as partes, articuladas, permitem uma análise crítica que nos leva à reconstrução do objeto de pesquisa.

CATEGORIA 1: A prevenção às ISTs no entendimento de saúde para a população LGBT

Nas entrevistas, houve unanimidade dos sujeitos ao abordar questões ligadas à prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis/ISTs. As ações de prevenção são tidas como prioritárias em termos de saúde, seja através das próprias

atuações nos locais ligados à saúde pública, seja em eventos relacionados à temática, conforme demonstrado na fala a seguir:

Entrevistada 1 (ONG Renascer): é, a população precisa né, tem que ter uma política voltada, principalmente na questão de prevenção pra população LGBT. temos projeto que a gente desenvolve sobre prevenção... Prevenção....DSTs...é o que a gente mais trabalha ne...uma das coisas...mas é prevenção, DST, HIV, Aids e hepatites virais...então nesse sentido, vai ter um evento agora no final de julho, no SESC, e a gente vai tá lá, participando do evento junto com...com o SAE, com as unidade de saúde...então todos os evento a gente tá envolvido nessa questão de prevenção.

Percebe-se que a questão da prevenção às ISTs possui uma estreita relação com o processo histórico vivenciado pela população LGBT, conforme demonstrado no segundo capítulo. As primeiras ações de saúde voltados para este grupo se iniciaram a partir da eclosão do vírus HIV e as consequentes mortes trazidas pelo avanço da Aids, gerando uma espécie de união entre setores da sociedade na busca de frear a ascensão do vírus (MARQUES, 2003).

A atuação do movimento LGBT em si, por meio de suas lutas, conseguiu trazer diversos avanços para esta população em específico. As ações deste segmento iniciaram-se pela busca da aceitação da sociedade, passando pela luta contra a incidência do vírus do HIV/Aids e ampliando-se para outras demandas de políticas públicas que visasse a defesa e garantia de direitos (SIMÕES; FACCHINI, 2009). Esta atuação reflete diretamente em termos de saúde para este grupo, e a trajetória da população LGBT como movimento é reconhecida nos impactos positivos trazidos, especialmente nas ações de prevenção às ISTs.

Entrevistado 4 (3ª Regional de Saúde): eu acho que o movimento, em si, ele trouxe muito avanço pra saúde da população em geral, inclusive pra essa população, que acabou disseminando pra todo mundo. HIV, as DSTs, as hepatites virais, a própria sífilis, então esse movimento, ele proporcionou, além da própria política, como é que eu vou dizer? Um avanço em todas essas questões, de pesquisa, como de implementação das políticas mesmo.

Entrevistado 7 (Secretaria Municipal de Saúde): quando eu comecei a trabalhar com o HIV, foi em noventa, então já se tinha um grande movimento da população em busca dos seus direitos, pela própria história do HIV, que foi a população homossexual que mais se mobilizou, e eu acho que ela que traz, hoje, tudo que os portadores de HIV têm, foi essa população, porque naquele momento ser o foco da atenção, e dos casos do HIV

A partir do momento em que os entrevistados ressaltam a prevenção como fator preponderante da saúde da população LGBT, depreende-se que ainda prevalece o entendimento de que as ações de saúde são predominantemente focadas nesta seara.

Uma das tendências apontadas na categoria prevenção foi o vírus HIV/Aids como a IST de maior destaque. A relevância da Aids como fundamento da política de saúde LGBT é ressaltada por um dos entrevistados inclusive pela data na qual ela foi criada.

Entrevistado 3 (Conselho Municipal de Saúde): a Política LGBT é uma política constituída em 2011 né...na época eu ainda trabalhava com a Aids, então ela ficou bem clara porque ela foi instituída no dia 1o de dezembro, que é o dia mundial do combate à Aids, de 2011.

Tal referência decorre, também, do fator histórico que remete a um medo da população causado pelo alto índice de mortes à época do surgimento do vírus no país. A fala de um dos entrevistados exemplifica que o foco no vírus HIV/Aids está pautado nestes antecedentes e no temor, conforme pode-se observar no excerto a seguir:

Entrevistada 2 (ONG Renascer): Então assim, eu fui capacitada né na área da prevenção das ISTs, HIV/Aids que anos atrás aqui o índice era muito alto de...da população nossa se infectar pelo vírus da AIDS. [...] a gente fez esse trabalho de formiguinha na área de prevenção, porque na época a gente perdeu muitas colegas nossa pelo vírus da Aids aqui em Ponta Grossa porque era uma doença desconhecida também, foi no final da década de oitenta, começo de noventa, então muitas já estavam já...não estavam com o vírus, já estavam no caso de Aids né, da doença já avançada em estado terminal...e até mesmo que não tinham os retrovirais todos né, que nós temos hoje as drogas. E...e a instituição foi direcionada a isso, trabalhar a prevenção com as prostitutas, travestis e transexuais na prostituição a noite, bares, BRs, e assim começou o meu trabalho.

Extraí-se deste excerto o avanço referente ao tratamento do vírus, por meio de medicamentos eficazes que impedem o avanço da doença. Este progresso é fruto dos investimentos do Estado em articulação com a sociedade civil, cujo atores são o Movimento Sanitário – que lutou por uma saúde de acesso amplo e que priorize todos os aspectos que afetam a vida do indivíduo, conforme apresentado no capítulo primeiro – e o movimento LGBT, que foi um dos mais afetados pelo vírus HIV/Aids.

Ainda em se tratando de prevenção, compreende-se que o Estado brasileiro investiu em políticas de saúde com a finalidade de combater as ISTs. A fala de um dos entrevistados demonstra que este investimento ocorre atualmente – seja através da capacitação de profissionais, seja através da distribuição de preservativos e campanhas de prevenção – tornando-se a marca principal da política de saúde voltada à população LGBT.

Entrevistado 8 (3ª Regional de Saúde): Mas, por exemplo, dentro da coordenação estadual de infecções sexualmente transmissíveis, tem toda uma produção de insumos, materiais, que são utilizados pra formação dos profissionais de saúde, das equipes, de saúde da família, de apoio da saúde da família, então, tem uma produção de material, inclusive, com financiamento do estado pra produção

Este investimento do Estado, de modo focalizado, possui um aspecto positivo do ponto de vista epidemiológico. O tratamento para pessoas vivendo com HIV/Aids foram se desenvolvendo ao longo dos anos, a partir da década de 1980, com apoio da Organização Mundial da Saúde, onde o Brasil seguiu a tendência mundial ao elaborar políticas públicas e criar leis no país que se voltem para este aspecto (VILLARINHO et al, 2013). Isto justifica a produção constante de materiais voltados para as ISTs – em especial ao HIV/AIDS – retratado na fala do entrevistado 8.

Por outro lado, a partir do momento em que o Estado visa garantir uma saúde integral, é papel dele fomentar políticas públicas que assegurem esta amplitude da saúde pública, não atuando apenas de modo focalizado. Esta é a principal diferença entre a política de Aids e a política integral, consoante abordado no excerto a seguir:

Entrevistado 3 (Conselho Municipal de Saúde): Por exemplo, hoje um paciente que tem o vírus da Aids, a gente não consegue desvencilhar ele do serviço específico que é pra trabalhar com ele pra uma unidade de saúde, porque ele não se sente primeiro confortável, tem medo da questão da quebra de ética, de comentários, esse sigilo que cerca essas pessoas...então assim, até que ponto a gente consegue fazer uma política que se trabalha de uma forma integral como propõe a política né? Política de saúde integral...então ela é diferente por exemplo do que foi a política de Aids. Quando eu falo da política de Aids acho que no próprio trabalho teu você vai conseguir fazer o link, não tem como desvencilhar né ? Essa questão do LGBT começou com a política de Aids.

O Entrevistado acima ressalta a dificuldade em se expandir e, de fato, concretizar uma política de saúde integral. É possível auferir que esta dificuldade decorre da focalização na prevenção – o que não exclui sua importância, porém

restringe uma atuação do SUS de modo a contemplar a integralidade. Segundo Villarinho et al (2013), a própria política de Aids ainda não abrangeu esta diretriz, posto que não apresenta uma política assistencial em rede, em que se oferece um tratamento de qualidade e que aborde todas as esferas de atenção. Logo, é preciso avançar neste aspecto para que a integralidade da saúde se concretize de fato.

Em se tratando de população LGBT, o entendimento de saúde a partir da prevenção se torna ainda mais evidente, conforme demonstra o Entrevistado 5 em sua fala:

Entrevistado 5 (Conselho Municipal de Saúde): a gente não vê com grande repercussão, com grandes campanhas, como são outras campanhas, por exemplo, como a vacinação, então a gente vê a DST e AIDS, hoje, que não é só uma exclusividade da população LGBT, mas também de heterossexuais, então a gente vê que há, só uma única campanha, isso a nível nacional, que acontece uma vez ao ano, de DST e AIDS, e não se fala mais nisso. Tratando, como se fosse, o único, digamos, a única questão de doença atrelada ao LGBT, DST e AIDS, esquece que teria que ter outras políticas públicas, por exemplo, até o amparo daquelas pessoas que tão em estado de vulnerabilidade

Ao abordar a necessidade de outras políticas públicas, o entrevistado acima remete à ideia de integralidade da saúde, inclusive ao tratar da vulnerabilidade. Neste sentido, a vulnerabilidade decorre de uma multiplicidade de fatores ligados à vida do indivíduo, que implicam em necessidades e demandas de diversas ordens. Estas necessidades estão voltadas também para o contexto de desigualdade e injustiça social, sendo papel do Estado se aproximar do cotidiano do indivíduo para identificar tais suscetibilidades de modo a criar políticas capazes de reduzirem esta vulnerabilidade (CARMO; GUIZARDI. 2018).

A literatura reforça a fala do Entrevistado 5 ao colocar o Estado no papel de garantidor de políticas amplas que se voltam para as necessidades dos indivíduos que vivem em vulnerabilidade, como é o caso da população LGBT. Isto significa que não basta ter um olhar enfatizado nas questões de prevenção, mas sim uma visão ampla que atenda a diretriz da integralidade da saúde, conforme propõe a Política aqui abordada. É papel do Estado intervir em questões como renda, geração de emprego, inserção social, dentre outros fatores, para que a vulnerabilidade seja reduzida e a população LGBT possa atingir uma saúde integral.

Tal entendimento é corroborado na fala a seguir, na qual se demonstra que a saúde integral vai além de discussões voltadas para HIV/AIDS

Entrevistado 6 (Secretaria Municipal de Saúde): nos congressos, todos eles são convidados, pra população fazer a discussão, mas ainda eu vejo que é muito, o congresso em si, é sobre AIDS, aí vem a população, mas não é uma discussão sobre a saúde em si, de forma integral, e isso, os próprios profissionais precisam aprender a trabalhar essas questões

Portanto, entende-se nesta categoria que a prevenção é uma política de destaque dentro das políticas de saúde para a população LGBT. O contexto histórico deste grupo é quem justifica este tipo de política focalizada, devido ao impacto que o HIV/Aids causou à época do seu surgimento no Brasil e no mundo. Entretanto, as falas dos sujeitos constataam que as políticas de saúde possuem dificuldade em avançar de modo integral, como ela se propõe, motivado pela pontualidade das ações do Estado para a população LGBT.

CATEGORIA 2: A relevância dos recursos financeiros e humanos para a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT

A segunda categoria emergente após a leitura das entrevistas está relacionada com a questão dos recursos, sejam eles financeiros ou humanos. Os entrevistados entendem os recursos humanos como aqueles voltados para os profissionais da saúde sensibilizados, com a capacidade de atuar com esta população em específico, pois entendem que é necessária uma atenção diferenciada por se tratar de uma população vulnerável.

De acordo com um dos sujeitos, o recurso humano e a consequente capacitação devem ser anteriores ao recurso financeiro destinado à política de saúde LGBT

Entrevistado 6 (Secretaria Municipal de Saúde): Então, acho que recursos humanos, capacitação pra esses recursos humanos, e aí o incentivo financeiro, acho que primeiro a gente tem que ter as pessoas, capacitá-las, pra daí pensar em recurso. E que nós enquanto programa, não temos recursos humanos pra discutir todas essas questões, embora a gente até quisesse discutir, mas a gente não tem recursos humanos, o programa em si tem duas pessoas? Aí o SAE tem a equipe de assistência, mas também é resumido pra dinâmica dos atendimentos

Com recurso humano capacitado adequadamente, a recepção àqueles que buscam atendimento melhora, o que impacta também na saúde integral da

população, vez que um bom acolhimento proporciona um bem-estar adequado e um atendimento condizente com os princípios do Sistema.

A literatura reforça este entendimento ao colocar como papel do Estado o investimento na educação permanente de profissionais da saúde para um atendimento visando reduzir a vulnerabilidade dos sujeitos, por meio do diálogo, reflexão e problematização para então se concretizar a integralidade do Sistema (PIRES; BARBOSA, 2015). Entretanto, este investimento depende de recursos financeiros, fundamentais para que haja a sensibilização dos profissionais da saúde.

Para o Entrevistado 6, com uma equipe maior e capacitada, é possível discutir a temática e pensar em como trabalhar com este grupo, quais as formas de abordagem, tratamento e, posteriormente, pensar na utilização do recurso financeiro para uma execução mais favorável da política de saúde integral para a população LGBT.

Outra nuance emerge nas entrevistas relacionadas ao binômio recurso financeiro x recurso humano, em que se entende necessário primeiramente o recurso financeiro para, em seguida, conseguir apoio pessoal mediante mais contratação e, posteriormente, capacitação profissional para atendimento pertinente.

Entrevistado 7 (Secretaria Municipal de Saúde): De pessoal. Acho que falta de recursos humanos, a gente trabalha no limite, menos disso, faltando pessoas pra trabalhar. Precisa de recurso financeiro, pra ter mais profissionais

A falta de profissionais afeta o atendimento da população em geral na Atenção Básica, que é a porta de entrada da saúde pública brasileira. Recentemente, houve um impacto considerável no SUS, com a saída dos médicos cubanos do “Programa Mais Médicos”. Criado em 2013 após fortes manifestações políticas no país, o Programa visa levar médicos aos locais de maior carência de atendimento, a fim de melhorar a saúde pública no território nacional. Foram estabelecidas parcerias dentro e fora do país para suprir tais demandas, na qual a principal conveniada foi a República de Cuba, mediante um acordo com a Organização Panamericana de Saúde – OPAS (LIMA et al, 2016).

Em 14 de novembro de 2018, após cinco anos compondo a estrutura do Mais Médicos, o governo de Cuba anunciou o fim de sua participação no Programa. De acordo com o governo caribenho, tal decisão foi tomada após as declarações dadas

pelo presidente eleito em 2018, Jair Bolsonaro, que questionou a qualificação dos médicos cubanos e pretendia modificar a forma pela qual estes médicos ingressariam no Programa, ou seja, por meio de uma revalidação de diploma estrangeiro e com uma contratação individual e não mais através da Organização Panamericana de Saúde – OPAS (FOLHA DE SÃO PAULO, 2018).

Em sua conta em uma rede social, o presidente eleito afirmou: “Condicionamos a continuidade do programa Mais Médicos à aplicação de teste de capacidade, salário integral aos profissionais cubanos, hoje maior parte destinados à ditadura, e a liberdade para trazerem suas famílias. Infelizmente, Cuba não aceitou” (FOLHA DE SÃO PAULO, 2018, p. 1)

Dados do Ministério da Saúde apontam que 8.332 vagas, dentre as 18.420 vagas disponibilizadas pelo Programa, eram ocupadas por médicos cubanos. Diante do rompimento do país caribenho, o Ministro da Saúde, Gilberto Occhi, informou, no mesmo dia, que todas as medidas possíveis seriam tomadas para convocar médicos que quisessem ocupar as vagas deixadas pelos profissionais cubanos (BRASIL, 2018).

Em 11 de janeiro de 2019, ainda existiam 1.462 vagas não preenchidas no Programa, que passarão a ser destinadas a médicos estrangeiros e brasileiros com diploma obtido em outro país (G1, 2019).

Este cenário nacional da saúde brasileira representa um impacto direto na implementação de políticas para a população LGBT e corrobora a afirmação trazida pelo Entrevistado 7. A falta de recursos financeiros, associada à consequente escassez de profissionais da saúde – recursos humanos, acaba por limitar ações focadas no segmento em análise. Este é um dos fatores do qual impede que a Política de Saúde LGBT seja implementada efetivamente.

Em se tratando de recursos financeiros, uma das tendências apresentadas aponta para o que foi denominado de desfinanciamento do SUS, no qual o Sistema de saúde brasileiro, com o passar dos anos, vem sofrendo diversos cortes que impactam em seu orçamento. Este apontamento foi realizado no primeiro capítulo, abordando-se a austeridade fiscal por meio da Emenda Constitucional n. 95, aprovada pelo Congresso Nacional em 2016. Neste sentido, alguns dos entrevistados apresentaram uma visão focada nestes cortes de recursos como impactante na Política.

Entrevistado 3 (Conselho Municipal de Saúde): Dinheiro tá faltando sempre no SUS né? Eu acho que nós...hoje o SUS do jeito que ele é integral, para todos...dinheiro sempre vai faltar, talvez se nós tivéssemos...quando a gente fala de política pública, se não tem financiamento, a gente fica praticamente de mãos atadas, não consegue fazer muita coisa. Não sei os dados ao certo, mas acho que nos últimos cinco anos pra cá, nós tivemos assim um corte do governo federal eu acho que de noventa por cento pras políticas LGBT no país...então assim, o desmonte é muito grande né, quando a gente fala desmonte do SUS não é a toa, é realmente há um desfinanciamento; quando a gente tem um desfinanciamento automaticamente fica difícil a gente implementar uma política de saúde diferenciada no nosso município, da gente viver isso...a gente tá vivendo muito isso. Antigamente a gente lutava pra conquistar os direitos, hoje a gente luta pra mantê-los

O termo 'desfinanciamento' utilizado pelo entrevistado corrobora o que foi abordado no primeiro capítulo em se tratando de congelamento dos gastos públicos. Uma política integral exige ações diversas, que são realizadas em variadas searas da saúde pública. A partir do momento em que há uma restrição destes recursos financeiros, o investimento diminui e as consequentes ações se tornam restritas e limitadas.

Conforme abordado no início desta dissertação, o conceito de saúde é amplo e envolve diversos setores que afetam o bem-estar do indivíduo. O congelamento nos gastos públicos se dão no investimento em moradia, educação, alimentação, segurança, saneamento básico e demais aspectos da vida social, o que abala a saúde em sua composição multifacetada (MARIANO, 2017).

A integralidade da saúde envolve todos estes aspectos da vida cotidiana do indivíduo. Neste sentido, para a população LGBT o impacto se dá de forma acentuada, considerando a vulnerabilidade por eles vividos. A falta de recursos financeiros impede investimentos inclusive na área da epidemiologia, impactando na distribuição de medicamentos e em ações voltadas à prevenção (ABRASCO, 2017). Novamente, há uma ligação entre a falta de recursos financeiros, presente nesta categoria de análise e as questões de prevenção, presentes na primeira categoria, em que ainda se desenvolvem as ações mais contundentes para a saúde da população LGBT.

No que tange a este grupo em discussão, o desmonte da saúde pública, tratado no primeiro capítulo e retomado nas entrevistas, é ainda maior. De acordo com um dos entrevistados, o aspecto da saúde em geral passa por dificuldades, mas quando se trata da população em análise o acesso se restringe ainda mais, por se tratar apenas de uma parcela da população.

Entrevistado 5 (Conselho Municipal de Saúde): como a gente falava anteriormente, esbarra na questão do recurso, recurso tem, a gente sabe, hoje, a gente tem, ou melhor dizendo, tínhamos uma secretaria de direitos humanos, e que tinha uma boa viabilidade, mas hoje, devido ao atual governo que a gente tem, há um desmonte do próprio Sistema Único de Saúde, então isso, se já o próprio Sistema Único de Saúde, não tem políticas públicas adequadas, de boa qualidade, pra população como um todo, se formos tratar uma fatia que é o LGBTTT, a gente já fica mais restrito.

Extraí-se que há um impedimento nos avanços de uma política integral, que deve considerar todos os aspectos da vida do indivíduo. A falta de recurso financeiro é generalizada no SUS e, quando se trata de uma política focalizada, a tendência apresentada é que o investimento seja ainda menor. Neste aspecto, uma das tendências apresentadas caminha em direção aos recursos vinculados, ou seja, que possuem uma destinação específica, como o recurso para a Aids.

Associando-se à primeira categoria que tratou da prevenção e do HIV/Aids como IST que se destaca, a fala do Entrevistado 3 demonstra que a destinação de recursos financeiros são vinculados à Política de Aids, não permitindo que sejam trabalhados outros aspectos da saúde integral da população LGBT.

Entrevistado 3 (Conselho Municipal de Saúde): E você veja, no nosso município especificamente, esses recursos que a gente consegue passar pra entidades, são recursos do programa de Aids, então você veja, é um recurso vinculado do governo federal que vem pro nosso município e a gente faz a transferência.

O conceito de saúde ampliado não se trata apenas de moradia, alimentação, saneamento ou questões epidemiológicas como a prevenção de ISTs. Considerar a saúde de forma integral também diz respeito a diversos outros fatores, que foram destacados nas entrevistas como aspectos positivos. Ou seja, são ações realizadas pelo Estado – que vão além do âmbito municipal – mas que ainda dependem muito de recursos financeiros para avançar e proporcionar um atendimento mais célere e eficaz.

Este entendimento foi uma tendência na fala de dois dos entrevistados, que abordaram o processo transexualizador e a hormonização como aspectos relevantes e positivos de ações do Estado, mas que ainda demoram muito e causam um prejuízo na saúde dos que necessitam deste atendimento específico. Esta

morosidade gera um desânimo nos pacientes, que por vezes desistem do atendimento, conforme relatado a seguir:

Entrevistado 6 (Secretaria Municipal de Saúde): Curitiba promove o tratamento hormonal, mas só destina quatro vagas mês, para o estado inteiro, então seriam trezentos e noventa e oito municípios, disputando quatro vagas no mês, é uma fila interminável, então a gente não consegue realmente dar conta, e nós não temos nenhum serviço, que faça o tratamento hormonal, por exemplo

Entrevistado 7 (Secretaria Municipal de Saúde): Agora a cirurgia, aí é demorado, daí vai pra São Paulo, Porto Alegre, e às vezes, eles se decepcionam, porque demora muito pra sair. Acho que aqui nós temos uns três casos, que deu certo a cirurgia e tal, mas demorou cerca de uns seis, sete, oito anos. É e eles as vezes vem, semana retrasada eu atendi, duas meninas, ela veio e queria fazer o processo da hormonização, mas eles já vem com aquela ânsia de que tudo vai acontecer muito rápido, que ela veio aqui pra ser resolvido, e a questão burocrática é lenta, não acontece assim

Isto gera um abalo na saúde que corrobora o abordado no capítulo segundo, em que se demonstrou que travestis e transexuais possuem crises de ansiedade e depressão por não se identificarem com o seu sexo biológico. Esta dificuldade provoca distúrbios que podem levar à automutilação e, em alguns casos, ao suicídio, motivados pela busca de um corpo feminino (BRASIL, 2013).

Deste modo, entende-se como positiva a implementação do processo transexualizador no país, mas a prejudicialidade reside no lento atendimento, que pode causar os distúrbios anteriormente apresentados devido o tratamento hormonal tardio. Tal problema decorre da falta de recurso financeiro, o que reduz o investimento, resultando em menor número de hospitais especializados para esta demanda.

Reconhece-se, em algumas das falas dos sujeitos, que a falta de implementação de algumas políticas não depende necessariamente do município, mas sim de recursos ou incentivos que vem dos estados ou do governo federal.

Entrevistado 3 (Conselho Municipal de Saúde): Criar política pública não é difícil, mas o difícil é implementar, principalmente quando a gente fala em governos que não dão aporte financeiro sobre isso, porque você cria uma política só que você não acaba não conseguindo reproduzir isso no município porque você acaba não tendo incentivo nenhum, de nenhum lado.

Entrevistado 2 (ONG Renascer): Então assim a gente tem apoio da Secretaria Municipal de Saúde, e o apoio da Assistência Social, que é o que nos mantém as portas abertas. Então a nossa instituição é uma das únicas e poucas também que é mantida pelo município. Olha, do nosso município aqui, eu acho que até eles são acessível, mas o nosso município não

depende só do município pra pegar e repassar alguns apoios pra algumas instituição pra alguns movimentos, mas sim do estado. As vezes de repente lá de Brasília!

Este entendimento decorre de um dos princípios do SUS debatido no início desta dissertação, que é a descentralização. Assim como ocorre na Política de Saúde LGBT, as competências do Sistema de Saúde são fixadas em cada nível da federação. A Lei Orgânica da Saúde fixa como competência do governo federal a prestação de assistência técnico e financeira aos Estados, Municípios e Distrito Federal; os Estados, por sua vez, possuem competência similar, tendo como dever prestar apoio técnico financeiro aos Municípios (BRASIL, 1990).

Para Spedo, Tanaka e Pinto (2009), o princípio da descentralização do SUS não deve ser considerado uma saída mágica para a implementação de políticas públicas ao longo do território nacional, porém tem seu papel fundamental para que tal objetivo ocorra. No caso da Política de saúde LGBT, tal afirmação também se aplica, posto que há uma necessidade de uma articulação no sistema como um todo para que a Política seja implementada. Logo, não há responsabilidade única e exclusiva do município.

O Entrevistado 3 demonstra que os municípios não conseguem implementar políticas e ações de saúde para a população LGBT justamente porque não há incentivo de demais entes da federação. Depreende-se que não se pode responsabilizar o município pela inexecução de políticas de saúde, vez que o ele depende diretamente dos governos federais e estaduais para implementar tais políticas articuladamente. Trata-se, portanto, de uma responsabilidade compartilhada.

Por fim, uma das falas evidencia a dificuldade em produzir materiais didáticos e de conscientização, por exemplo, dada à racionalidade de verba pública.

Entrevistado 3 (Conselho Municipal de Saúde): A gente pensa o seguinte, hoje a gente procura racionalizar muitos recursos né? A gente não manda mais fazer muito folder, porque folder a pessoa faz uma leitura rápida e guarda, então a gente não sabe até que ponto o material didático tem efetividade no serviço. Não adianta a gente dar um material didático pra uma pessoa que é uma pessoa preconceituosa e ela não vai absorver aquilo.

Isto relaciona-se, de acordo com o Entrevistado 7, com a reforma ocorrida no âmbito da saúde em relação aos recursos financeiros, também abordados no primeiro capítulo. Trata-se do Pacto pela Saúde, que dividiu o recurso de custeios

em cinco blocos específicos: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

Entrevistado 7 (Secretaria Municipal de Saúde): Mas isso tudo acaba sendo, com a organização de dois mil e seis dos recursos, ficou muito pouco recurso, então as ONGs também não têm condições de fazer esse material, não dá conta, não têm algum plano, ou alocação de recurso pra isso, nós aqui, eu desconheço.

Com isto, capta-se que a falta de recursos humanos e financeiros ainda afetam a implementação da Política de saúde LGBT, justamente porque não é possível investir em determinadas searas e não há profissionais suficientes ou capacitados para tanto. Reconhece-se que não se trata apenas de uma responsabilidade do município em si, mas sim de um conjunto de ações articulados com o governo.

Algumas ações, embora existentes – como o processo transexualizador e o tratamento hormonal, evidenciados nas entrevistas 6 e 7 –, ainda necessitam avançar e os recursos financeiros são fundamentais para tanto. Porém, o congelamento dos gastos públicos e o desmonte do SUS afetam consideravelmente na implementação da Política, o que prejudica os mais interessados e que devem ser protegidos pela saúde brasileira.

CATEGORIA 3: A dificuldade de comunicação entre os atores envolvidos na Política de Saúde LGBT

A terceira categoria emergente na fala dos sujeitos está relacionada à dificuldade de comunicação entre os atores envolvidos. As entrevistas foram realizadas com profissionais da ONG Renascer, Secretaria de Saúde, Regional de Saúde e Conselho Municipal de Saúde. O que se nota é que há um desconhecimento seja da própria política – por não saber que ela existe – seja da atuação dos órgãos de saúde envolvidos na pesquisa.

Em diversos momentos da entrevista, os sujeitos respondiam às perguntas com frases relacionadas ao desconhecimento de ações voltadas para população LGBT e de como o município lida com estas questões. As respostas convergiam

para a área epidemiológica, com ações bem pontuais ligadas à prevenção, conforme discutidas na primeira categoria.

Entrevistado 4 (3ª Regional de Saúde): Então, como eu tive afastada um tempo, claro, me lembro algumas coisas dessa política, mas não sei, se eu sei te contar tudo, como que tá acontecendo aqui em Ponta Grossa, que que eu vou dizer pra você? Que o pouquíssimo que eu sei, atualmente a respeito disso, é à respeito da vigilância epidemiológica mesmo daqui, e que daí, não tá diretamente relacionada com a política LGBT.

Embora reconheça que a vigilância epidemiológica não está diretamente relacionada com a Política, o entrevistado demonstra que este é o serviço mais debatida no município. Percebe-se que a Terceira Regional de Saúde, ainda que seja um órgão que é ligado tanto ao município quanto ao governo Estado, criando uma espécie de ponte entre eles, não possui conhecimento acerca dos atendimentos voltados para os LGBT, de eventuais problemas sofridos como o desrespeito ao uso do nome social, preconceito no atendimento, dentre outros problemas que afetam a saúde integral desta população em específico.

Em um dos momentos, um dos entrevistados explicita como funciona o sistema de saúde, no que tange à captação de informações, em nível nacional

Entrevistado 4 (3ª Regional de Saúde): É que a Regional, ela é um pedaço da Secretaria Estadual de Saúde, então é como se fosse uma filial aqui, e os dados funcionam como uma bola de neve, então um município, ele capta as informações, diversas delas, e aí dentro da regional, eu agrego os dos municípios da Regional, passo pro estado, o estado agrega, passa pro Ministério da Saúde, ele agrega, e aí assim [incompreensível] Organização Mundial de Saúde

Mesmo que este excerto apresente a forma com a qual deveria funcionar a chegada de informações no Sistema como um todo, percebe-se que isto não ocorre, como deixa evidente a fala de outro entrevistado, quando questionado sobre a chegada de dados para o seu local de atuação.

Entrevistado 8 (3ª Regional de Saúde): Não, pra mim não. Pode ser que até lá no setor de vigilância em saúde, chegue informações epidemiológicas, mas não informações de como anda essa articulação. Até que ponto elas trabalham na perspectiva de inclusão, na perspectiva de melhorar as condições de saúde dessa população, eu sei que eles tem serviços, que atendem à essa população, agora, como que ele tá organizado, quantos frequentam, qual é o grau de satisfação de quem frequenta, isso daí, eu não tenho essa informação.

Em se tratando da Política de Saúde LGBT, o que se extrai desta dificuldade na falta de informações está diretamente relacionada com uma das atribuições do município, presentes no artigo 6º da Portaria do Ministério da Saúde que criou a Política. Neste sentido, uma das competências municipais é a criação de mecanismos de monitoramento e avaliação do impacto da implementação da Política em nível municipal.

No ciclo de políticas públicas, a avaliação surge como um passo posterior à implementação de uma política pública, possuindo uma dimensão técnica que envolve a produção ou coleta de informações que possam contribuir para uma avaliação concreta de como a política se implementou. O monitoramento, por sua vez, compreende um exame contínuo da Política, para eventuais tomadas de decisões durante o curso de sua implementação (RUA, 2009).

Para que isto ocorra, é necessário que haja por parte da Administração Pública um mecanismo adequado capaz de sistematizar as informações e avaliá-las. A fala dos sujeitos se encaminham para o entendimento de que este tipo de mecanismo não existe no município de Ponta Grossa, o que compromete o avanço da Política em si.

A literatura explicita que o ciclo de políticas públicas possui fases, na qual o monitoramento e avaliação surgem ao seu final. Isto indica que, se não há monitoramento e avaliação, não há que se falar em implementação, cujo principal objetivo se discute nesta dissertação.

O desconhecimento dos atores envolvidos demonstra que esta atribuição municipal ainda não foi cumprida. Entretanto, partindo das falas dos sujeitos e das categorias teóricas abordadas no início desta dissertação, não há que se responsabilizar o município exclusivamente, devido à característica descentralizadora do SUS. Em uma das falas, o entrevistado alega desconhecer parte da Política e atribui esta responsabilidade também ao Estado e ao governo federal, por não inserirem o município em debates relativos à temática.

Entrevistado 6 (Secretaria Municipal de Saúde): Como que nós fazemos as leituras? Existem reuniões em nível central em Curitiba, e também, em Brasília, com relação a discussões dessas políticas, mas o que nós vemos, é que não são deixados profissionais de saúde, que fazem, propriamente dito, a assistência. Interessante porque eles levam a comunidade civil, eles levam as ONGs pra discussão, mas nós aqui de Ponta Grossa, só participamos uma vez, em uma plenária em Curitiba, pra eleger conselheiros, isso foi em dois mil e quatorze.

Então, pra nós aqui, com relação à visibilidade, eu acho que ainda ela é muito precária, da política, porque nós não temos orientação de governo estadual, em como proceder, e como ela é uma política, no meu ponto de vista, ela é integral, ela não deve ser executada por um setor, então isso precisa ser implementada na rede e assistência como um todo. Começando com a unidade de saúde, com atenção secundária nas referências, com as unidades hospitalares, e aí, por vias, até nas unidades que trabalham com as urgências. Então, pra nós, a gente acaba vendo muito pouco disso, infelizmente.

A leitura pontual feita pelo sujeito valida a proposta da Política, no sentido de que ela seja articulada com todos os níveis da federação, assim como é o SUS propriamente dito. Deste modo, o município não consegue assumir para si todas as responsabilidades e implementar a política em sua completude pela falta de articulação e comunicação entre todas as partes envolvidas. A queixa por parte dos profissionais da saúde se dá pelo fato de não serem inseridos nas discussões sobre a temática, ainda que estes atuem no serviço diretamente prestado para a população LGBT

Entrevistado 7 (Secretaria Municipal de Saúde): Olha, mais uma vez eu volto a te dizer que, nós não participamos dessa formulação. Nós tentamos fazer, eu não vejo, se o gestor senta pra conversar sobre isso, nós estamos alheio a isso. Se tem pactuações lá na tripartite⁷?, não chegou ao nosso conhecimento isso.

Porque se nós que estamos num serviço desse, que acessamos essa população, quase que diariamente, nunca sentamos pra discutir, diz porque já tem experiência anteriores, e porque não interessa pelo assunto, é assim que a gente tá conhecendo aqui hoje. Então, efetivamente, se está acontecendo lá, nós não estamos sendo convidados pra essa discussão, quem sabe até ela existe, e eu esteja te falando uma bobagem, quem sabe o gestor lá esteja executando alguma coisa, que não estamos sabendo.

O entrevistado acima demonstra que até pode ocorrer algum tipo de discussão sobre a Política, mas que isto não faz parte do seu conhecimento. Novamente se remete à necessidade de um diálogo fortalecido entre os sujeitos envolvidos na implementação da Política, além da inclusão dos profissionais que estão atuando diretamente no serviço nas discussões sobre a temática.

⁷ A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é reconhecida como uma inovação gerencial na política pública de saúde. Constituem-se como foros permanentes de negociação, articulação e decisão entre os gestores nos aspectos operacionais e na construção de pactos nacionais, estaduais e regionais no Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, fortalece a governança nestes espaços e prioriza a responsabilização dos entes de modo que a tomada de decisão na gestão tenha transparência, buscando o acesso integral a assistência à Saúde (BRASIL, 2019).

A respeito do desconhecimento da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, algumas falas são destacadas a seguir para demonstrar que pouco se conhece a respeito. Alguns sujeitos afirmam conhecer a Política por conta de um interesse pessoal ou por trabalhar em determinados setores que acabam perpassando por alguns pontos tocados no documento em análise. Outros, por sua vez, atuam diretamente na saúde da população LGBT mas sequer sabiam da existência de uma política pública com este tipo de demanda. A seguir, transcrevem-se as falas que corroboram estas informações:

Entrevistado 1 (ONG Renascer): Não, falar bem a verdade pra você Dilermando, eu não sabia que tinha uma política voltada, até porque a gente já foi em algumas conferências, a gente sempre brigou pra ter uma pra ter uma coisa voltada pra população LGBT. Então pra mim, fiquei até surpresa, até eu vou procurar pesquisar pra me inteirar mais sobre esse assunto. Eu eu vou pesquisar pra saber dessa, dessa, do que você vem me falar porque não chegou até nós e e era do interesse, a gente que trabalha com a população de ter vindo esse material pra gente poder divulgar, pra poder passar pra população.

Entrevistado 5 (Conselho Municipal de Saúde): hoje, a gente não tem nenhuma política, assim, direcionada pra esse público, há uma superficialidade, porque há alguns atendimentos então dá pra dizer, que à nível municipal, se tem, tem poucas, e que não é difundida entre a própria população.
[...]Em termos de política pública, eu acho que poderia ter uma política pública mais específica, porque o LGBT ele tem características específicas.

Entrevistado 6 (Secretaria Municipal de Saúde): Então, eu conheço a política, não de forma profunda, porque existe algumas questões que a gente até discute internamente aqui, que podem dificultar o processo.

Entrevistado 7 (Secretaria Municipal de Saúde): Olha, então, eu volto a minha experiência anterior, pra poder falar um pouquinho pra você, na integra eu não a conheço. Eu sei que é uma coisa muito recente, e eu sei que é pouco divulgada, então eu li as entrelinhas, mas assim, nunca participei ativamente de uma discussão sobre a política, li por curiosidade, por já ter esse meu perfil de atender essa população. Então eu me interessei, e fui ver alguma coisas, e algumas coisas a gente faz de senso comum, nem sabendo que tá dentro da política, foi organizado de forma sistemática, mas mesmo pelo perfil nosso de atendimento aqui dentro.

Portanto, se os próprios gestores ou representantes da sociedade civil desconhecem a Política em sua íntegra, justifica-se a dificuldade em implementar ações em seus variados aspectos que compõem a integralidade da saúde. Os responsáveis para que tal política pública seja implementada são todos os atores envolvidos, por parte do Estado e da sociedade civil, devendo atuar conjuntamente. Todavia, reconhece-se que muitos destes responsáveis nem sempre tem um acesso

à Política ou mecanismos para que isto ocorra, não devendo ser diretamente responsabilizados por tais falhas.

Uma das categorias teóricas de análise tratou, no capítulo segundo, acerca do protagonismo da população LGBT na conquista de direitos no âmbito da saúde como demais aspectos que envolvem a vida deste grupo. Muito se atribui à inserção social e luta das pessoas LGBT como resultantes de políticas públicas conforme as elencadas anteriormente. A falta deste protagonismo, atualmente, emerge como uma tendência na fala dos sujeitos, que entendem que a falta de diálogo/conhecimento a respeito de políticas públicas, bem como maiores esforços por parte do Estado para implementação delas, reside na ausência da ocupação de espaços pertinentes por parte da sociedade civil, responsável por cobrar dos gestores mais efetividade nas políticas.

Entrevistado 1 (ONG Renascer): A população, elas não entendem a importância de participar das conferências, de fazer parte de um conselho, o poder que elas tem, elas não entendem, não tem essa consciência. Então a popula...então pra ela, é muita baixa essa participação. Talvez se tivesse uma participação maior, hoje poderia tá falando de outra forma pra você.

A falta de representatividade em espaços adequados é um dos fatores que impactam na falta de comunicação a respeito de políticas públicas para a população LGBT. Esta falta de representatividade, de acordo com a visão de um dos entrevistados, ocorre pela desunião do próprio movimento em si. Tal fala está em consonância com o excerto reproduzido acima, do Entrevistado 1, que entende a falta de união e protagonismo como fundamentais para o pouco de visibilidade da Política. O Entrevistado 2 destaca a respeito desta tendência apresentada.

Entrevistado 2 (ONG Renascer): Poucas representações nós temos, sabe? Dentro das nossas cadeiras representando as políticas públicas LGBT, sabe...eu sempre falo assim que se a nossa população fosse mais unida eu acho que nós sofreríamos menos, né? Às vezes eu pago sempre por essa minha fala mas é o que eu sinto e ainda continuo sentindo, que muitas não tem representação lá dentro do legislativo ou lá em Brasília não tem uma cadeira por causa da desunião.

É por conta desta falta de protagonismo que os sujeitos justificam a dificuldade de implementação de políticas voltadas para a população LGBT. Porém, a falta de diálogo entre os atores se faz presente na fala de um dos entrevistados,

que afirma não haver mais participação, no Conselho Municipal de Saúde, de representantes da população LGBT.

Entrevistado 8 (3ª Regional de Saúde): Historicamente, esse segmento sempre tinha um assento no Conselho Municipal de Saúde, no segmento usuários, hoje, se a gente for analisar, essa composição atual do Conselho Municipal de Saúde, não tem representante mais, nem dessas entidades, não têm mais representantes, e sempre teve.

Ocorre que na atual composição do Conselho há a representatividade, no segmento usuário, da ONG Renascer como representante da população LGBT enquanto sociedade civil. Novamente, depreende-se que a falta de comunicação entre os sujeitos envolvidos na implementação da Política é recorrente, o que dificulta algumas ações.

Por outro lado, uma nuance apresentada diverge deste entendimento, mas se torna relevante para corroborar a compreensão de que há uma falta de diálogo entre os atores envolvidos. Isto porque os gestores apontam que a sociedade civil e as ONGs participam muito mais das discussões e nível estadual e municipal do que eles enquanto responsáveis e nível municipal. Estas afirmações sugerem que, por isto, não ficam sabendo a respeito do que está sendo tratado. Na visão dos gestores, portanto, a sociedade civil é incluída na discussão e tem mais conhecimento da temática propriamente dita

Entrevistado 6 (Secretaria Municipal de Saúde): Inclusive assim, esses segmentos eles acabam participando muito mais de eventos fora, do que nós profissionais de saúde, então vem um convite, ou do estado, ou Ministério da Saúde, eles são convidados, que nem a ONG é convidada, mas nós muitas vezes não sabemos nem do que foi tratado lá. Então, no meu ponto de vista, pra se fazer saúde, é preciso ter um envolvimento desses agentes, e também dos profissionais, porque enquanto você não leva esses profissionais pra discutir, pra aprender, pra ver que essa população existe, a assistência vai ficando cada vez mais deficitária, e é o que a gente sente aqui. Existem os eventos, mas nós nunca somos convidados, então não temos acesso a grande parte dessas informações.

Logo, este sujeito entende como fundamental a participação dos profissionais na discussão, como uma forma de aproximação da temática, capacitação e posterior execução das políticas de saúde para a população LGBT. Afinal, os profissionais também são atores envolvidos na Política e, sobretudo, estão diretamente atuando junto a este segmento no dia a dia no SUS.

Desta categoria, é possível captar que a falta de diálogo entre os atores envolvidos na Política prejudica a população LGBT como um todo. À medida em que as informações não são divulgadas, muitos destes atores sequer sabem que existe uma política específica em termos de saúde para este segmento, como é o relato dos profissionais de saúde. Por conseguinte, as ações são fragilizadas, pouco se sabe das atribuições das outras partes envolvidas, comprometendo a execução da Política.

CATEGORIA 4: O protagonismo da ONG Renascer como provedora de saúde para população LGBT no município de Ponta Grossa

A quarta categoria de análise que se revelou nas entrevistas está relacionada com o protagonismo da ONG Renascer no provimento de políticas de saúde para a população LGBT no município de Ponta Grossa. Houve unanimidade nas entrevistas em citar a ONG para elencar ações relacionadas à saúde deste segmento.

O protagonismo se dá por diversos motivos apresentados nas falas dos sujeitos. Um destes motivos ocorre pela facilidade de acesso, por parte da instituição, à pessoas vulneráveis no que tange à exposição às ISTs. Muitos destes indivíduos trabalham com a prostituição e não acessam os postos de saúde ou unidades de referência para a realização de testes rápidos e acompanhamentos preventivos, posto que trabalham durante a noite. Neste sentido, a ONG Renascer realiza este tipo de serviço, que é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, mas repassado à instituição por meio de um convênio.

Entrevistado 3 (Conselho Municipal de Saúde): nós temos aqui em Ponta Grossa mesmo, através do nosso município, a gente tem convênio da Secretaria de Saúde com o Renascer, e a gente repassa aí os valores financeiro pra eles, em contrapartida eles devolvem pra gente com ações de promoção e prevenção junto a essa população específica e também com algumas ações na própria ONG lá eles fazem grupos de...semanais, processos de nome social, então é através do nosso convênio. Especificamente, se a gente vai falar então de população LGBT, a gente tem que falar do Renascer né? É a única instituição hoje no nosso município que tem no estatuto a questão do LGBT né? Então nós não temos outra instituição. Nós podemos ter movimentos, mas que não são socialmente organizados.

A fala do sujeito demonstra que a instituição presta serviços não voltadas apenas para a prevenção – que, conforme analisado na primeira categoria, é uma

das mais fortes ações de saúde para a população LGBT – mas também em outras searas como a retificação do nome social, ou grupos semanais ligados à assistência social e atendimento psicológico.

Este tipo de atendimento reforça a característica da integralidade da saúde, posto que o serviço prestado pela instituição não está focalizado. Luna (2014), em uma revisão de literatura, aponta a importância do atendimento psicológico numa perspectiva da integralidade da saúde. Para tanto, ressalta a relevância de uma equipe interdisciplinar para que isto ocorra, visando qualidade de vida e bem-estar dos atendidos.

Com o atendimento psicológico, jurídico, assistencial e preventivo – realizado pela agente de ação social – a tendência é que o serviço prestado pela instituição se encaminhe para uma perspectiva da integralidade. Há que se ressaltar, porém, que a equipe ainda é reduzida para um trabalho adequado capaz de atender todas as demandas da população LGBT, contempladas na Política de saúde integral para este grupo.

Um dos entrevistados, ligados à gestão da saúde do município, reconhece que o protagonismo da ONG existe porque, de alguma forma, a gestão falhou em algum sentido e não conseguiu atingir esta parcela da população. Porém, ressalta que não há omissão por parte da administração pública municipal, posto que ela faz o repasse de verbas e acompanha de que modo está a atuação da instituição.

Além disto, o depoimento do sujeito ressalta o papel da ONG como uma ponte entre a prefeitura e a população LGBT, fortalecendo o diálogo e criando um relacionamento em que é possível ter um acesso, por parte da administração municipal, a esta população vulnerável. Para tanto, coloca um exemplo a respeito das dificuldades com a prostituição, onde a instituição fez a abordagem e resolveu o problema que ali se apresentou

Entrevistado 3 (Conselho Municipal de Saúde): Obviamente que, essa ponte que nós temos com o Renascer, que é a nossa sociedade civil organizada, ela existe porque nós falhamos em algum momento como poder público, a gente talvez não consiga alcançar essa população por causa dessas peculiaridades, mas daí nós também não nos omitimos né? Nós também criamos meios para que a gente consiga mesmo assim ter acesso, que é através dessas entidades, através dessas ONGs.

Nesse sentido, a Renascer é sempre muito parceiro; por exemplo, a gente tinha um problema com...nós tivemos um problema um tempo atrás com a população de garotas de programa, ali daquela região do cemitério. Muitas delas é população trans. Nós...eu por exemplo a frente do programa nunca consegui ter acesso direto, então eu não poderia nunca chegar ali com o

carro da prefeitura, descer na rua e conversar com as meninas...quem fez isso pra nós foi o Renascer.

Verifica-se que este diálogo entre o município e a instituição fortalece o vínculo entre sociedade civil e administração pública, o que impacta diretamente na terceira categoria de análise acerca da falta de comunicação entre os atores envolvidos na Política.

A proximidade que a ONG Renascer possui com pessoas ligadas à prostituição, por ser uma instituição de referência, permite um atendimento – ainda que raso – integral da saúde, visto que ela intervém em situações pontuais que podem abalar a saúde desta população. Conforme demonstrado no segundo capítulo, muitas travestis e transexuais, por não serem aceitas no mercado de trabalho, acabam indo para a prostituição que, em alguns casos, se torna porta de entrada para o uso de drogas e para a violência sofrida por elas (PERES, 2010; SILVA, 2017).

A partir do momento em que a ONG atua em prol desta população, o abalo em saúde é reduzido e um atendimento ampliado é ofertado – ainda que não do mesmo modo como propõe a Política, mas que representa um avanço em termos de saúde pública para a população LGBT.

Este protagonismo da instituição aparece na fala dos demais sujeitos, demonstrando que, quando ela intervém, as portas de acesso se abrem com mais facilidade e o atendimento é mais célere. Isto assevera que a instituição possui um bom diálogo tanto com a gestão municipal, quanto com a própria população LGBT, solidificando-se como uma representante deste segmento na cidade de Ponta Grossa.

Entrevistado 1 (ONG Renascer): infelizmente é assim que acontece: se você não tiver alguém ali, você não consegue, se você for bater na porta sozinho. Então tem que ter alguém de influencia por trás. Eu acho que daí entra o papel da ONG pra interceder. Quando a gente intercede consegue as coisas mais fácil; falar em nome da ONG tem um peso maior.

O atendimento em saúde de forma integral, que considera os diversos aspectos que impactam na vida do indivíduo, se evidencia de certa forma na fala de um dos entrevistados da ONG Renascer, quando ele explicita como funciona a prestação de serviços na instituição.

Entrevistado 2 (ONG Renascer): Então a nossa instituição por ser a única nos Campos Gerais e no nosso município e faz 18 anos, a gente tem essa abertura, de pegar e entrar nas boates, nos bares, nas BRs, né, nas praças, nos pontos de prostituição, nos prostíbulos, e pegar e fazer esse trabalho de rede, de formação de rede, levar o preservativo...o preservativo tem em todos os lugares, mas a gente usa como estratégia. E também a gente leva os informativos do que a instituição oferece né, que nós temos de profissionais pra pegar e oferecer pra nossa população gratuitamente. [...] Em todos os casos, não só de prevenção como abuso, como homofobia, preconceito, sabe assim a gente pega e dá um apoio inteiro

Então assim, o processo transexualizador a gente é...elas são atendidas por aqui pela nossa psicóloga, elas têm três a quatro atendimento pra pegar e se encontrar, pra ver o que que quer mesmo, e também pra ter o autoanálise aqui do Grupo Renascer pela nossa profissional pra dar encaminhamento. Aí a gente pega e encaminha pra unidade de saúde de referência daquela pessoa, daquele paciente que mora aqui no município, e a unidade de saúde dá o TFD, que é o Tratamento Fora do Domicílio. Daí pega e encaminha pra Curitiba pra ambulatório, daí lá passa por outros profissionais, e lá eles dão os devidos encaminhamentos, que é onde que faz o processo transexualizador, que é em Goiânia, São Paulo e Porto Alegre.

A gente pega e faz tudo isso, corre atrás, a gente discute têm muitas meninas que já fizeram a retificação de nome né, assim, nos documentos, inclusive não só o nome mas também o gênero, né, e têm as outras também que fizeram a transgenitalização também com os processo que foram tudo favoráveis, já estão com os documentos já com os nomes de registro retificados, seus gêneros também né.

Com isto, é notório que o atendimento na ONG é o que mais prioriza a saúde integral LGBT, ao fornecer um atendimento psicológico, reuniões semanais nas quais se fortalecem os vínculos entre os usuários, atendimento jurídico para defesa e garantia de direitos, retificação do nome social, dentre outros serviços prestados à população LGBT. Este protagonismo demonstra que boa parte das ações municipais voltadas para a Política se dão por meio da instituição, que em parceria com a gestão municipal presta atendimentos para a população LGBT.

As ações também se dão mediante parcerias, com trabalho em conjunto. Esta coparticipação nas atividades de saúde prestadas no município deveriam servir para fortalecer o diálogo entre os atores envolvidos, havendo uma ligação com a terceira categoria analisada que tratou da dificuldade de comunicação entre os atores envolvidos na Política.

Entrevistado 4 (3ª Regional de Saúde): a gente fez uma parceria assim, pro sentido, de ir mesmo à campo, em alguns eventos, ou mesmo na rua, nós fomos aos prostíbulos, pra distribuir camisinha, conversar com as mulheres, e com os homens, com os travestis, transexuais, trabalhávamos também a questão da tuberculose em conjunto junto, da hanseníase também, então nessas ações, eu lembro que a ONG sempre estava envolvida

Embora ainda focada em prevenção, primeira categoria analisada, estas parcerias se mostram como positivas de acordo com a fala dos sujeitos entrevistados, pois fortalecem a relação existente entre a ONG Renascer e o município – via Secretaria Municipal de Saúde ou 3ª Regional de Saúde.

As entrevistas demonstraram que esta posição de destaque da instituição ocorre devido à liderança da Débora Lee, uma das fundadoras da ONG Renascer e que está sempre envolvida nas ações e serviços voltados para a população LGBT. Nesta categoria, uma nuance apresentada se volta para a figura da Débora como uma personalidade responsável por levar adiante tais ações, conforme relatam os sujeitos

Entrevistado 3 (Conselho Municipal de Saúde): Nós tivemos a própria Débora Lee que é da ONG Renascer, ela encampou isso, até com material publicitário colocando essa possibilidade hoje de você garantir o nome social no cartão SUS... a Débora Lee por exemplo é uma personalidade LGBT no município, e ela sempre teve acesso às salas da secretaria de saúde, ela inclusive é muito respeitada como líder da comunidade, da mesma forma que o poder público sempre prestigia também os eventos que eles fazem sobre direitos humanos, LGBT, o fórum que eles fazem anualmente, sempre o poder público está representado...então acredito que sim; eu acredito que esta relação é harmoniosa, e respeitosa sobretudo.

[...] a Débora Lee por exemplo, como movimento, ela já participou de reuniões no nosso planejamento, ano passado ela participou enquanto instituição LGBT ela participou do planejamento junto com os outros profissionais, gestores das áreas da secretaria de saúde, então nós nunca vimos esse rompimento de chamar a população LGBT pra fazer parte dessa construção

[...] nós tivemos uma construção junto com o movimento LGBT, que foi a Débora que se fez presente, auxiliou no PPA, no próprio plano nosso nós temos a questão da diversidade sexual, na conferencia de saúde vão entrar propostas dessa população que é pros próximos quatro anos

Entrevistado 4 (3ª Regional de Saúde): Aí, que a gente conheceu a Débora, e eu lembro que, mais de uma vez, nós viajamos juntas, e a Regional sempre teve uma proximidade com a ONG, e eu particularmente também, depois disso a gente sempre troca informação, e ela tá sempre [incompreensível]. Esse dias, logo que eu entrei aqui, faleceu um transexual na cadeia, e aí ela me telefonou pra saber o que tinha acontecido, e como é que foi, pra gente investigar, que era uma coisa, ou outra, mas nessa época, eu me lembro bem que o estado repassava esse recurso, pra desenvolver esses projetos, um deles, eu se não estou errada, era pra qualificar, parece que era prostitutas da terceira idade, e os homossexuais, transexuais, pra que eles tivessem uma outra profissão, acho que ela parece que fez, uma officia de lingerie, uma outra oficina, que não sei se era, cabeleireiro, manicure e pedicure, dentre outras ações que nós fizemos juntas também.

Entrevistado 5 (Conselho Municipal de Saúde): Até a Débora Lee, foi uma das pioneiras, que teve essa questão do nome social

Entrevistado 7: tem acho que a Débora, que está participando do conselho de saúde, a Débora pode te dizer muita coisa sobre a política, ela exerce o controle social, tá participando desse encontros, e ela participa de muitos

congressos fora daqui. Ela tá lá em Recife, vive viajando, indo em congresso, acho que ela representa, ela é representante regional da comunidade LGBT, eu vejo que ela participa bastante, ela nos traz informações, está à frente, ela nos traz informações então nós sabemos mais através dela

Um dos aspectos da vulnerabilidade demonstrado no segundo capítulo trata da falta de emprego voltado para membros da comunidade LGBT, motivados principalmente pelo preconceito (BRASIL, 2013; AYRES, 2006; PARKER, 2013). Com a ONG Renascer, as parcerias realizadas com o município, bem como o protagonismo da Débora como figura de destaque em ações voltadas para esta população, são propulsores para a realização de cursos profissionalizantes, capacitações e qualificação profissional para inserir membros deste segmento no mercado de trabalho.

Esta inserção reduz os abalos em saúde e proporciona um atendimento integral, o que se considera um aspecto positivo para o município – na visão dos entrevistados – que, embora não realize tais cursos diretamente, proporciona sua efetivação mediante o suporte e recursos financeiros.

Corroborando este ativismo da Débora Lee, bem como a realização de procedimentos que se voltam para a população LGBT, alguns sujeitos trouxeram exemplos de como a ONG Renascer atua na saúde no município

Entrevistado 6 (Secretaria Municipal de Saúde): E aí, as atividades acontecem à partir do Renascer, aonde é feito as atividade de promoção e saúde deles, a entrega dos insumos, preservativos, e os géis lubrificantes, a testagem de triagem rápida. Então, a ONG tem um kit lá pra executar, faz as abordagens de rua, promove alguns encontros, e lá na ONG eles tem o serviço de psicologia, que é neste convenio, pra que possa iniciar o processo, daquelas pessoas que buscam a redesignação sexual, Que foi a forma com que a gente achou, de tentar melhorar um pouco a situação, porque aqui nós não temos nenhum serviço especializado, que faça esse atendimento, pra posteriormente encaminhar essas pessoas, que desejam fazer um suporte com hormônio, um processo cirúrgico.

Entrevistado 7 (Secretaria Municipal de Saúde): Mas ONG tá sempre presente, sempre que a gente vai fazer alguma evento, seja o primeiro de dezembro, ou eventos de hepatites, que a gente acabou de realizar um, sempre a gente chama as ONGs pra participarem, e estarem juntas. Então, o Renascer, que é o nosso carro-chefe, que trabalha com essa questões, eles estão sempre juntos, em todas as ações, a gente vai executar uma agora, que é com adolescentes, e jovens dos grêmios estudantis, então a gente chamou eles pra trabalharem em uma sala, em uma oficina só sobre diversidade.

[...] a gestão acertou, que seria o primeiro passo a ONG Renascer, é um psicólogo que é pago no convenio de saúde, e que faz o encaminhamento, então ele passa por todo o processo com o psicólogo ali no Renascer, depois vai na Unidade de Saúde, e todas essas Unidade de Saúde já

sabem, que tem esse processo, antes eles iam até na unidade, e vinham pra cá.

Embora o protagonismo e as ações que a ONG desenvolve, em parceria com o município, fossem de destaque, houve um contraponto em uma das entrevistas, onde o entrevistado reconhece que a instituição é importante, mas que perdeu um pouco de sua essência e protagonismo nos últimos anos

Entrevistado 8 (3ª Regional de Saúde): o grupo Renascer, que são grupos que trabalham na defesa da política pra esse segmento da população. Isso fez com que, essas organizações em ponta Grossa, tivessem num determinado momento, uma boa visibilidade na cidade, mas o que eu percebo, que agora, isso ficou um pouco ofuscado, não sei as causas, mas eu acho que, eles não têm mais tanta visibilidade na cidade, como eles tinham há alguns anos atrás

Mesmo que este seja um contraponto, não anula as falas anteriores ou o protagonismo da ONG Renascer como prestadora de serviços de saúde e parceira do município de Ponta Grossa. O que se depreende desta categoria é que, ainda que o município não execute todas as ações que lhe competem como responsável pela implementação da Política de Saúde LGBT, tampouco se exime delas, firmando uma parceria com a ONG para que estes serviços não deixem de ser prestados.

Aponta-se que há um questionamento teórico a respeito do papel das ONGs enquanto responsáveis pela implementação de políticas públicas. Montaño (2015) afirma que se trata de uma estratégia do Estado para fragmentar as políticas sociais e trazer um novo responsável para elas, isentando-o de determinadas responsabilidades e colocando a sociedade civil como “atuante”.

O fato é que, em meio a este debate, a ONG Renascer surge como prestadora de serviços ligados à saúde integral, que vão além de ações de prevenção ofertadas pelo município. Destaca-se que os serviços prestados não contemplam em sua completude a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, que demanda outras ações que se voltem para este princípio do sistema de saúde brasileiro. Ademais, o município é responsável – ainda que por meio da ONG – pela execução destes serviços, uma vez que delega à instituição as responsabilidades e dá suporte para tanto.

Atribui-se a ela grande parte dos aspectos positivos na implementação da Política, por representar a sociedade civil e estabelecer um bom relacionamento com o município. Contudo, este relacionamento positivo não anula ou contradiz a

categoria anterior, que demonstrou a necessidade de fortalecimento entre todos os sujeitos envolvidos na Política, que vão além do município de Ponta Grossa. A falta de conhecimento acerca da Política demonstrada na terceira categoria vem por parte de um dos profissionais que compõem a equipe técnica da instituição. Com isto, nota-se que existe uma dificuldade para a implementação da Política, que esbarra no próprio desconhecimento dentro da equipe que compõe a instituição.

Ainda, mesmo que preste um serviço alinhado ao princípio da integralidade, a instituição não está isenta das dificuldades decorrentes da segunda categoria, relacionada à falta de recursos financeiros e humanos. A equipe técnica composta por três profissionais é muito reduzida, não sendo capaz de prestar atendimentos suficientes a todas as demandas. Segundo informações obtidas na instituição via e-mail, atualmente há uma lista com nomes de pacientes na lista de espera para atendimento psicológico.

Há aspectos positivos que devem ser considerados. O uso do nome social, a título exemplificativo, é um fator fundamental para travestis e transexuais, que tem respeitada a sua identidade de gênero. Além disso, a oferta de cursos profissionalizantes é um meio positivo de inserção da população LGBT no mercado de trabalho, que impacta diretamente nos aspectos sociais abordados pela saúde integral, como saúde, moradia, emprego, renda, saneamento, dentre outros.

No ano de 2018, algumas ações foram realizadas neste sentido. De acordo com Débora Lee, foi ofertado um curso de informática para membros da população LGBT, em parceria com o Grupo de Estudos Territoriais da Universidade Estadual de Ponta Grossa; um curso de cabeleireiro; de manicure; uma palestra sobre como se portar em entrevistas de emprego e se inserir no mercado de trabalho; e uma oficina de como fazer sabão, em parceria com a Universidade Tecnológica Federal do Paraná.

Ainda que sejam ações pontuais, atingem significativamente esta população vulnerável que se utiliza da instituição para atendimento voltado para sua saúde integral.

CATEGORIA 5: O preconceito como uma sombra que dificulta a implementação da Política voltada para a população LGBT

Esta última categoria de análise considera-se categoria transversal, posto que o preconceito permeia todas as demais categorias e está por trás das dificuldades enfrentadas no processo de implementação da Política de Saúde Integral LGBT. Tal justificativa decorre do objetivo geral da Política, que visa a redução do preconceito institucional no âmbito do SUS (BRASIL, 2013).

Na fala de um dos sujeitos é possível extrair que o preconceito é recorrente quando se associa a população LGBT como uma população “aidética”, atribuindo a este segmento a responsabilidade pelo surgimento da doença e sua continuidade até os dias de hoje

Entrevistado 5 (Conselho Municipal de Saúde): [...] vamos tratar DST e AIDS, e jogar todo mundo naquela questão lá, como se a população LGBT fosse uma população aidética, ou com doença sexualmente transmissível, então eu vejo nesse sentido, não vejo uma política pública eficaz.

O preconceito pode ser definido como “[...] uma crença negativa e generalizante (estereótipo), um afeto negativo e um comportamento negativo (discriminação)” (COSTA; NARDI, 2015, p. 719). Este conceito se aplica na fala acima, onde se generaliza que a população LGBT é uma população com HIV/Aids, ou alguma outra IST, o que implica em uma discriminação. Esta discriminação, de acordo com Costa e Nardi (2015) se manifesta pelo comportamento excludente, enquanto que o afeto negativo se demonstra pelo ódio por determinado grupo. Todos estes aspectos estão intrínsecos ao preconceito.

Este afeto negativo abordado por Costa e Nardi (2015) está representado na fala de um dos entrevistados, que reconhece que existe um ódio pela população LGBT em geral, como se ela devesse ser excluída, num comportamento discriminatório:

Entrevistado 8 (3ª Regional de Saúde): Tinha o preconceito, mas hoje eu vejo, que além do preconceito, tem ódio, e isso que é o perigo, a gente vê hoje discursos assim, que essas pessoas não são normais, essas pessoas não fazem parte da sociedade, essas pessoas precisam ser tiradas do convívio, e isso daí é perigoso.

O preconceito em relação aos LGBT é um dos fatores que torna esta população vulnerável. Tal vulnerabilidade se manifesta na vida deste grupo de diversas maneiras, como a violência, desrespeito ao uso do nome social,

heteronormatividade em relação às mulheres lésbicas, o uso de drogas e prostituição, dentre diversos outros fatores destacados no segundo capítulo.

No âmbito institucional do SUS, o preconceito se manifesta seja pelos profissionais da saúde, seja pelas pessoas que frequentam a atenção básica, conforme demonstrado nas falas a seguir:

Entrevistado 6 (Secretaria Municipal de Saúde): Nós retiramos esse encaminhamento daqui, porque nós não achamos interessante, a ligação, entre população LGBT, e casos de AIDS, por conta do próprio estigma que já vem durante todos esses anos, então quando eles frequentavam aqui, eles acabavam associando, todas essas pessoas vivem com HIV, e na verdade não era.

Entrevistado 7 (Secretaria Municipal de Saúde): Quem sabe não seja pro nosso perfil, seja pros outros que elas vão encontrar aqui dentro, então ainda existe um estigma, preconceito, o pessoal olhando torto e tal, e eu acho que na unidade de saúde acaba acontecendo a mesma coisa, precisa de um olhar diferente pra atender essa população

O olhar diferenciado que o Entrevistado 7 aborda está diretamente relacionado com a segunda categoria de análise, que trata dos recursos humanos e financeiros. Isto significa que falta ao profissional da saúde uma sensibilização para atender esta população, uma abordagem diferente que se dá por meio de capacitação específica – que depende de recursos financeiros do Estado para ocorrer. As categorias estão intimamente ligadas, inclusive porque o preconceito é uma categoria transversal que respinga nas anteriores.

Ao relacionar a população LGBT com a incidência de ISTs – motivados pelo preconceito – há uma restrição da integralidade da saúde, desenvolvendo na sociedade e no âmbito da saúde pública uma concepção de que as políticas públicas para a comunidade LGBT sejam voltadas apenas para as questões de prevenção às ISTs, colocando este segmento em uma espécie de redoma.

O que se percebe é que há uma restrição nas questões de saúde para este grupo, dado a associação constante entre LGBT e ISTs. Tal fator decorre, novamente, do processo histórico vivido por este segmento, que inicialmente associava o HIV e demais infecções como uma “peste” atribuída principalmente aos gays (BRASIL, 2013).

De acordo com Parker (2013), o estigma, preconceito e discriminação estão diretamente relacionados com a desigualdade e com a violência estrutural. Deste modo, tais conceitos atingem a saúde de alguma forma, com efeitos negativos sobre

o bem-estar. Neste sentido, é preciso repensar tais conceitos sob uma perspectiva ampla, de justiça social e direitos humanos como tangenciais à saúde.

Não é a toa que a Política Nacional de Saúde Integral pensa todo seu trabalho sob a perspectiva da redução do preconceito institucional. A integralidade da saúde atinge pontos que estão relacionados com o contexto social do indivíduo, onde o sistema de saúde “[...] deve estar preparado para ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social e, a partir daí, atender as demandas e necessidades das pessoas” (PINHEIRO, 2009, p. 1).

Ao entender estigma, preconceito e discriminação como decorrentes da desigualdade, e a integralidade como a necessidade de compreender o contexto social do usuário para assim realizar um atendimento, é possível compreender porquê a redução do preconceito institucional está relacionada à Política, e porquê se trata de uma política de saúde integral. São conceitos intrínsecos e articulados.

Portanto, o profissional da saúde deve ter um preparo para o atendimento, de modo a compreender o contexto social no qual a população LGBT se insere e atendê-lo de acordo com as suas demandas. Este preconceito institucional começa a reduzir com profissionais preparados para este atendimento.

Uma das falas evidencia a necessidade de uma Política específica para a população LGBT, justamente pelo preconceito sofrido por este grupo e que ainda restringe o atendimento em saúde

Entrevistado 1 (ONG Renascer): Porque elas são ainda marginalizadas, tem o preconceito. Então muitas deixam de ir por causa disso. Então se tiver uma...uma política voltada pra elas, fica mais fácil de trabalhar

Esta fala reforça a necessidade de uma política pública de saúde específica para este segmento, uma vez que, dado às vulnerabilidades causadas pelo preconceito, precisam de uma atenção específica de acordo com suas necessidades.

Entretanto, o preconceito também existe no âmbito da população LGBT dentre os segmentos que a compõem. A invisibilidade da mulher lésbica ainda se reflete em meio a este grupo, como se elas não sofressem estigma e preconceito como os demais membros.

Entrevistado 2 (ONG Renascer): Então acho que as lésbicas não tem tanto problema como o resto da população. pouco trabalho tem direcionado à população de lésbicas, até mesmo porque a própria população de lésbica

elas são mais assim, como eu vou dizer pra você...não é arredia, mas elas são mais assim discretas no assumir a sua identidade, sabe?

Esta fala representa o que foi abordado na literatura por Valadão e Gomes (2011), onde se demonstra que mulheres lésbicas camuflam sua sexualidade nos atendimentos em saúde, não conseguindo falar sobre suas vivências e dificuldades. Isto é prejudicial à saúde mental delas, incorrendo em vulnerabilidade. Portanto, não há que se dizer que existem poucos trabalhos para esta população, conforme disse o Entrevistado 2, mas sim que há uma invisibilidade e um preconceito que ronda este segmento.

Os autores reforçam que muito desta invisibilidade está associada aos próprios movimentos sociais, que colocam “[...] forças do campo do movimento social para que haja mudanças de certos habitus que fazem com que se exclua do foco da atenção integral à saúde as demandas das lésbicas e de mulheres bissexuais” (VALADÃO; GOMES, 2011, p. 1458).

Portanto, esta categoria demonstra que o preconceito ainda é um impeditivo na implementação da Política no município, posto que muitas das ações esbarram neste comportamento por parte dos profissionais da saúde e da sociedade em si. Reduzir o preconceito institucional é o principal objetivo da Política, sendo uma necessidade fundamental para que a atenção à saúde da população LGBT seja levada em consideração na perspectiva da integralidade.

Feitas as análises, retoma-se o objetivo principal desta dissertação: se houve ou não a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município de Ponta Grossa. Conclui-se que esta implementação se deu parcialmente, posto que existem aspectos positivos e negativos na saúde da população LGBT no município.

Notam-se que muitas ações ainda estão adstritas à prevenção e ISTs, por conta do processo histórico vivido pela população LGBT, associado ao preconceito. Ainda, a falta de comunicação entre as partes, associada ao desconhecimento da política e a falta de participação ativa da sociedade civil, impactam de forma negativa, pois não há uma articulação entre as partes envolvidas para que se implemente a Política conjuntamente.

Há que se ressaltar que a ausência de recursos financeiros e humanos dificulta a implementação da Política, uma vez que sem recursos diversas ações que estão especificadas no documento não conseguem ser realizadas. A falta de

profissionais capacitados, ligado à destinação de verbas públicas, tornam-se uma barreira para que políticas públicas de saúde para a população LGBT avancem. De acordo com os entrevistados, estes recursos contribuem para a realização de um trabalho eficaz.

Além disso, a falta de recursos financeiros impede a produção de material didáticos em nível municipal, bem como a capacitação de profissionais da saúde para um atendimento sensibilizado, que compreenda a população LGBT e suas vulnerabilidades, que implicaria na redução do preconceito institucional. Trata-se de um aspecto que necessita avançar.

O impacto trazido pela falta de monitoramento e avaliação da Política demonstra que, do ponto de vista do ciclo das políticas públicas, esta implementação não ocorreu, além de que não há um acompanhamento de perto, por parte do Poder Público, para compreender de que forma caminham as ações de saúde para a população LGBT. Isto impacta também no desconhecimento dos atores envolvidos na implementação de como andam as ações e seus aspectos positivos e negativos.

Entretanto, pontos positivos devem ser levados em consideração. Muito do que se faz pela saúde integral da população LGBT ocorre mediante atuação da ONG Renascer, que recebe auxílio do governo municipal. Esta, de acordo com os sujeitos, foi uma maneira encontrada para atender este segmento e proporcionar a eles um acesso à saúde mais amplo. A equipe técnica ainda é reduzida e não consegue atender todas as demandas da população em análise, porém colabora para que haja um atendimento mais voltado para a integralidade. O município repassa para a instituição a responsabilidade pelos atendimentos, em uma espécie de parceria que tem dado certo.

Além desta parceria, o município também colabora nos encaminhamentos para o processo transexualizador e tratamento hormonal de transexuais, o que é fundamental para seu bem-estar e se enxergar em um corpo de acordo com sua identidade de gênero. Entretanto, é necessário avançar na celeridade do atendimento, posto que relatos apontam para uma fila de espera que é prejudicial à esta população.

O uso do nome social no âmbito do SUS também é um avanço, já que o desrespeito à ele é um dos motivos que levam à vulnerabilidade da população. Com

o fomento deste tipo de ação, o município demonstra uma parcela de atenção e reduz, em alguma forma, o preconceito no âmbito institucional.

Portanto, para que a Política seja de fato implementada no município, é necessária a produção de materiais didáticos, a capacitação de profissionais da saúde para um atendimento voltado para a integralidade, bem como enxergar a população LGBT para além das ISTs, compreendo que este grupo possui demandas maiores. Ainda, faz-se necessário mais diálogo entre todos os sujeitos envolvidos, para aí termos um Sistema de Saúde focado na integralidade do atendimento para esta população vulnerável.

CONCLUSÃO

A presente dissertação teve como objetivo analisar o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município de Ponta Grossa – Paraná. Partindo do método crítico dialético, alguns caminhos foram seguidos para que os objetivos fossem atingidos, através da decomposição do objeto de pesquisa – a Política – em partes, que foram analisadas de forma articulada.

No primeiro capítulo, foram discutidas as questões que envolvem a saúde brasileira, partindo do seu contexto histórico. O conceito de saúde ampliou-se a partir da Reforma Sanitária, o que permitiu um novo entendimento de saúde como todos os aspectos que envolvem a vida do sujeito e não apenas a ausência de doenças conforme outrora entendido. Este novo modelo de saúde está em consonância com a proteção social, que adota o modelo de seguridade social composto pelo tripé da saúde, assistência e previdência social. A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, bem como a regulamentação do Sistema Único de Saúde pela Lei n. 8080, de 1990, hoje a saúde no Brasil possui características que permitem um acesso universal, gratuito, igualitário e integral.

A característica da integralidade mostrou-se fundamental na pesquisa, uma vez que ela aborda todos os elementos culturais, econômicos, sociais e psicológicos que envolvem a vida do indivíduo. É a integralidade da saúde que permite uma análise ampla das condições de vida do sujeito, relacionando-a com todas os demais aspectos que podem afetar a saúde da população. O SUS, portanto, é um sistema complexo e que possui características próprias, permitindo que este estudo ocorresse.

Foi no segundo capítulo que se apresentaram os motivos que afetam a integralidade da saúde da população LGBT. Para isto, são apresentadas as vulnerabilidades, que no caso da população de estudo se iniciaram a partir do boom do HIV/Aids no país. A partir disto, o estigma e preconceito surgem como norteadores deste segmento, o que acarreta em uma marca que perdura ainda nos dias de hoje. O conceito de vulnerabilidade adotado nesta dissertação foi o de vulnerabilidade social, posto que fatores como nutrição, saúde, habitação, segurança pública, dentre outros, afetam diretamente a vida destes indivíduos. São aspectos ligados à questão social como um todo.

Foi assim que, no segundo capítulo, foram apresentados os diversos elementos que acarretam na vulnerabilidade da população LGBT, dentre eles a violência, o desrespeito ao uso do nome social, o machismo e heteronormatividade em relação às mulheres lésbicas, a falta de aceitação social, o preconceito, dentre tantos outros fatores que podem interferir na vida dos indivíduos.

O processo histórico vivido por este grupo demonstrou como as conquistas em saúde foram ocorrendo ao longo do tempo, de modo a contemplar todos os aspectos de suas vidas. Partindo da explosão do HIV/Aids no país, os LGBT se fortaleceram como movimento e, através de luta e pressão social, começaram a ser enxergados como sujeitos de direitos. Ao longo desta trajetória, alguns marcos mereceram destaque, quais sejam, o Programa Brasil Homofobia, a 1ª Conferência Nacional GLBT, o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; bem com o Programa Nacional de Direitos Humanos – em suas três versões.

A partir destes pressupostos teóricos é que se sustenta a Política Nacional de Saúde Integral LGBT – no contexto de uma saúde universal, igualitária e integral voltada para uma população vulnerável e que atuou na conquista de direitos ao longo dos anos. A Política também se sustenta no contexto das políticas sociais, onde há uma pactuação para atender às necessidades sociais, surgindo num contexto de lutas - assim como ocorre com a população LGBT.

A Política foi criada de acordo com as diretrizes do SUS, destacando-se a integralidade e a descentralização. Para tanto, são determinadas as responsabilidades de cada ente da federação, desde o governo federal até os municípios. Visando compreender este processo de implementação, o terceiro capítulo caracterizou o município de Ponta Grossa- Paraná, elencado como lócus de pesquisa.

Ainda, apresentou a ONG Renascer de apoio à população LGBT, a principal instituição organizada pela sociedade civil que trabalha com a atenção à este grupo em análise. Neste sentido, a primeira etapa foi verificar o principal documento relacionado à saúde do município. O Plano Municipal de Saúde engloba alguns aspectos que se voltam para a saúde da população LGBT, como o respeito à diversidade, orientação sexual, o atendimento psicossocial e a valorização dos direitos humanos. Entretanto, a Política de Saúde LGBT não foi contemplada pelo

documento, demonstrando que esta não é uma das metas do município no que tange à saúde.

A identificação de material didático utilizado no Sistema de Saúde, voltado para a educação permanente de profissionais, também não foi encontrada durante a pesquisa, demonstrando que o SUS não disponibiliza este material de forma permanente para seus profissionais – ao menos não no município de Ponta Grossa.

Foi com as entrevistas que os demais resultados foram encontrados, respondendo aos objetivos específicos desta dissertação. A partir da fala dos sujeitos e com a metodologia da análise de conteúdo é que se elencaram cinco categorias de análise, que possibilitaram algumas considerações.

A primeira categoria nos permitiu considerar que a prevenção ainda é um fator preponderante no entendimento de saúde para a população LGBT. Muitos dos entrevistados trataram da temática, ligando à prevenção, principalmente referente ao HIV/Aids. Com a análise desta categoria, notou-se que este entendimento de saúde para este grupo está intimamente ligado com seu processo histórico.

Por outro lado, a prevenção é muito positiva. Afinal, o Estado assume a responsabilidade de diminuir as ISTs, conscientizar a população e garantir um tratamento eficaz no caso de pessoas infectadas. No entanto, resumir o entendimento de saúde LGBT única e exclusivamente às ISTs é não considerar que a saúde desta população vai muito além disto, condizendo com o princípio da integralidade do SUS – que se encontra no próprio título da Política.

Logo, esta primeira categoria de análise permite auferir que o Estado, em todos os seus níveis, investem muito em campanhas de conscientização e prevenção, bem como avançou significativamente na distribuição de medicamentos e no tratamento das ISTs. Entretanto, analisando sob a ótica da Política de Saúde Integral LGBT, percebe-se que há uma restrição no conceito de saúde voltado para esta população, tratando a prevenção como uma das únicas políticas necessárias para este segmento.

A segunda categoria de análise demonstrou que os recursos humanos e financeiros são preponderantes para a implementação da Política no município. Este entendimento dos sujeitos também parte da constatação de que nem tudo depende do município. Ficou claro que a descentralização, diretriz do SUS, reflete diretamente nesta noção, já que os entrevistados demonstram que muitos dos recursos vem diretamente de Brasília ou do governo do Estado. Ainda, percebeu-se

que o desmonte do SUS reflete na fala dos sujeitos, que trouxeram em suas afirmações que o Sistema tem passado por um problema financeiramente estrutural.

Se não há recurso financeiro, não há destinação de verba pública e, conseqüentemente, não há investimentos. Para que boa parte da Política possa ser implementada é necessária a aplicação de recursos públicos e, sem isto, há um descomprometimento com diversos fatores que impactam na implementação de uma política voltada para a saúde integral.

Reforçando este entendimento, tem-se a falta de recursos repercutindo na escassez de produção de material didático para educação permanente de profissionais. Por meio da pesquisa documental e da análise das entrevistas, inferiu-se que não há atualmente, no município de Ponta Grossa, material didático que se volte para a sensibilização de profissionais da área da saúde para o atendimento de membros da população LGBT. As entrevistas demonstraram que é preciso um olhar diferenciado para este grupo e, com a capacitação/sensibilização, isto se daria com mais facilidade.

É esta a consciência de escassez de recursos humanos trazidas pelos sujeitos, ou seja, faltam profissionais e, sobretudo, profissionais qualificados para o atendimento específico. Todos estes fatores estão interligados e articulados, numa espécie de ciclo que explica alguns dos problemas do Sistema na implementação da Política de Saúde LGBT.

A pesquisa também revelou aspectos positivos. A fala dos sujeitos demonstrou que existem algumas ações que dependem de recurso financeiro que estão ocorrendo. A própria política de prevenção é uma delas, associando-se ao processo transexualizador disponibilizado pelo SUS, bem como o tratamento hormonal para travestis e transexuais. São saldos positivos e avanços na Política por parte do Estado, mas que ainda demandam atenção e dependem de verba pública para se desenvolver. Falta, portanto, aprimorar e acelerar o atendimento.

A terceira categoria demonstrou uma falha que também impacta na Política, ligada à dificuldade de comunicação entre os atores responsáveis pela sua implementação. Os profissionais de saúde questionam o fato de não serem convidados para participar de algumas discussões em nível estadual e federal, afirmando que a sociedade civil participa muito mais. Eles consideram que este diálogo é fundamental, já que atuam no município e integram a equipe responsável pela implementação da Política diretamente.

Este entendimento repercute no município de Ponta Grossa e reverbera também no desconhecimento da própria Política. Muitos sujeitos ainda não sabem que ela existe; outros, por sua vez, até a conhecem, mas por curiosidade ou interesse próprio. Constata-se que as informações não estão chegando e que uns não sabem das atribuições dos outros, bem como a forma como estão lidando com a execução da Política em si.

No âmbito da ONG Renascer, por exemplo, um dos profissionais da equipe técnica afirmou desconhecer uma Política voltada para a saúde integral da população LGBT. Isto pode ser considerado como algo grave, que impacta diretamente na saúde deste grupo que, por vezes, depende da instituição para ter um atendimento voltado para a saúde. É a falta de diálogo e debate interferindo na dificuldade de implementação da Política.

Depreende-se que esta falta de comunicação também está relacionada com a ausência de um mecanismo próprio de monitoramento e avaliação da Política. Ou seja, o município de Ponta Grossa não criou este mecanismo, o que reflete no desconhecimento por parte dos atores de diversos aspectos fundamentais, como os tipos de ações desenvolvidas pelo município, de que modo a ONG Renascer atua, como está a participação dos membros da sociedade civil nos Conselhos, ou os debates ocorridos em nível municipal, estadual e federal acerca da temática.

Logo, este diálogo necessita melhorar, numa articulação capaz de se trabalhar em conjunto para a implementação integral da Política de Saúde LGBT. Para a efetiva implementação é de fundamental importância o diálogo entre os responsáveis e, se isto falha, não é possível que haja sua concretização.

Restou claro que alguns pontos precisam ser trabalhados, dentre eles: o protagonismo da sociedade civil – mediante a participação em Conselhos e Conferências de saúde; a inclusão de profissionais da área nas discussões relativas à temática; e a articulação entre município, estados e governo federal para que as informações circulem. Com esta engrenagem funcionando, a Política caminha em direção a uma atenção integral da saúde para os LGBT.

A quarta categoria permitiu a compreensão de que a ONG Renascer é uma peça importante no processo de implementação da saúde integral LGBT no município. Restou claro que isto depende de recursos públicos da própria prefeitura ou dos demais entes do governo, de modo que a articulação entre a instituição, representando a sociedade civil e o Poder Público se mostra parcialmente eficiente.

Embora apresente uma equipe reduzida de profissionais técnicos, os atendimentos na instituição se voltam, ainda que rasamente, para um atendimento integral, seja por meio do atendimento psicológico, na defesa e garantia de direitos por meio do atendimento jurídico, além da assistente social efetuando as abordagens e os atendimentos iniciais. Ainda, a figura da Débora Lee como agente de ação social, atendendo as demandas voltadas à prevenção, conscientização e distribuição de preservativos, são fatores que colaboram para que haja uma equipe de profissionais atuante.

Este é, sem dúvidas, um dos pontos positivos ressaltados nas falas dos sujeitos. Se por um lado o município não executa diretamente os serviços de saúde integral, ela também não se omite, repassando para a ONG Renascer os recursos necessários para a execução de parte destes serviços. Os demais atendimentos voltados para a prevenção e outros que envolvem a atenção básica continuam a cargo do município, que os executa diretamente.

Há que se destacar, porém, que parte destes recursos advém da Secretaria Municipal de Assistência Social e não da Secretaria de Saúde, questionando-se até que ponto se trata de uma política de saúde integral ou se uma atuação em rede para tal implementação.

Este foi um dos meios encontrados pela gestão, segundo os entrevistados, de não deixar de lado o atendimento à população LGBT, posto que a ONG Renascer possui um melhor acesso à este grupo. É a inserção do terceiro setor como atuante no lugar do Estado, ainda que existam críticas na literatura para este tipo de parceria.

A última categoria de análise tratou do preconceito como uma sombra existente na implementação da Política de Saúde Integral LGBT. Isto porque a redução do preconceito institucional é o principal objetivo da Política e, se ele ainda é recorrente, significa que tal Política não pode ser implementada – não em sua totalidade.

Esta categoria de análise permitiu compreender que ainda há forte preconceito em relação à população LGBT, seja pela recorrente associação entre LGBTs e as ISTs, HIV/Aids, seja pelo tratamento recebido por esta população no âmbito do SUS. Inferiu-se também que a invisibilidade da mulher lésbica ocorre de maneira contundente, comprovada por meio da fala de um dos entrevistados ao afirmar que as lésbicas não têm problemas como o resto da população.

Deste modo, é notório que o preconceito ainda existe, inclusive no interior do próprio movimento LGBT, o que impede que a Política seja implementada completamente. Parece claro que ainda é preciso melhorar a capacitação de profissionais e o atendimento dado por eles, bem como fortalecer o diálogo entre os atores responsáveis pela Política para que não exista este tipo de comportamento.

Estas considerações permitem compreender que há uma boa articulação entre município (Estado) e a ONG (sociedade civil), resultando nas ações voltadas para que a Política Nacional de Saúde Integral LGBT se implemente. Isto não significa que existem erros ou falhas, que foram demonstrados nas categorias teóricas e nas análises das entrevistas. Entretanto, os resultados tendem a ser positivos, assim como foram anteriormente nos processos históricos vividos pela população LGBT, explicitados no segundo capítulo.

Isto posto, retorna-se à pergunta inicial: há a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município de Ponta Grossa? Por meio dos objetivos específicos permitiu-se uma resposta a este questionamento, por meio da compreensão do conceito de saúde, das vulnerabilidades sofridas pela população LGBT, os processos históricos vividos na formulação de políticas públicas e conquistas de direitos, bem como as ações municipais analisadas por meio de documentos e das entrevistas.

O terceiro e último capítulo foi o que deu sustentação para os resultados encontrados, em que se identificou a falta de material didático no âmbito municipal, bem como a inexistência de mecanismos de monitoramento e avaliação da Política. Ainda, as categorias permitiram compreender como se dá a relação entre o município e a população LGBT, por meio dos serviços prestados – especialmente mediante à ONG Renascer

Com o referencial teórico apresentado e com a análise de dados desenvolvida, conclui-se que há uma implementação parcial, de modo tímido e pouco expressivo. Embora o SUS, no seu contexto nacional, tenha progredido significativamente rumo a uma saúde integral da população LGBT, nota-se que muito precisa avançar. Para isto, é necessário colocar em prática uma política que vai além da prevenção, com auxílio financeiro e de profissionais capacitados, no qual todos os atores envolvidos possam trabalhar de forma articulada, para assim implementar a Política e prestar um serviço de saúde integral para a população LGBT, de acordo com aquilo que propõe.

Pensar em saúde integral significa ir além da ausência de doenças, envolvendo também aspectos que modificam a vida de cada indivíduo, afetando direta ou indiretamente a sua saúde. Deste modo, a Política perpassa por todos estes aspectos que, conjuntamente, interferem na saúde da população LGBT. Ou seja, são diversos fatores que ainda precisam ser considerados para que a Política avance e seja implementada de fato.

A relação com a ONG Renascer e algumas ações prestadas por ela e pelo município devem ser considerados aspectos positivos – e aqui o são – mas ainda é pouco em relação à amplitude da Política. O município de Ponta Grossa, imbuído do desejo de consolidar aquilo que a saúde pública brasileira se propõe desde a criação de seu novo modelo a partir da Constituição Federal de 1988, precisa avançar e fornecer um serviço adequado. Considerando-se a integralidade do SUS, estas ações devem se dar na geração de emprego e renda, fornecimento de saneamento básico, educação de qualidade e, sobretudo, inclusão social. Somente assim é possível progredir e implementar, de fato, a Política no município.

Por fim, enfatiza-se que esta dissertação em nenhum momento pretendeu esgotar a temática, e sim realizar uma contribuição nos estudos da área. De modo que o processo de implementação ainda está ocorrendo, os estudos não podem ser totalmente conclusivos e fechados. Este foi, sem dúvidas, o principal desafio da pesquisa: ter um olhar sobre a implementação que ocorre no dia a dia, com constantes mudanças no cenário político e social que vão delineando este processo.

Para o pesquisador, os aprendizados foram diversos. Aproximar-se da temática da saúde, sendo um acadêmico oriundo do curso de Direito, foi um grande obstáculo que por vezes gerou desconforto. Todavia, o resultado foi gratificante! A proximidade com a ONG Renascer possibilitou um acesso maior à população LGBT, auxiliando na quebra de tabus e preconceitos. Enxergar o próximo na perspectiva da integralidade amplia o leque de necessidades que outrora não eram visíveis, criando uma ânsia de cobrar o Poder Público para um acesso à saúde de qualidade. Sem dúvidas, os trabalhos não param por aqui, e a pesquisa será uma das ferramentas adequadas na luta por esta população tão vulnerável.

Espera-se que este trabalho sirva como base para futuras pesquisas, e que possam contribuir para que a população LGBT receba um atendimento pautado na saúde integral, livre de preconceitos e que garanta um serviço de qualidade. Assim,

o SUS de fato se tornará um sistema universal, eficiente, democrático e integral, conforme se dispõe a ser desde sua institucionalização.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. **Teto de gastos trará grande retrocesso na Saúde, avalia especialista em Saúde Coletiva.** Jul 2017. Disponível em <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniao/teto-de-gastos-trara-grande-retrocesso-na-saude-avalia-especialista-em-saude-coletiva/29742/>> Acesso em 01 Jun 2017.
- ARRETCHE, Marta. Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **SÃO PAULO EM PERSPECTIVA**, 18(2): 17-26, 2004.
- AYRES, J. R. C. M. Et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresina, D.; FREITAS, C. M. (orgs.). **Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 2003, p. 117-139.
- AYRES, J. R. C. M. Et al. Risco, Vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. Et al (org.). **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo – Rio de Janeiro : Hucitec – Ed. Fiocruz, 2006, 871 p.
- AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Rev. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 17 (1), p. 43-62, 2007.
- BALDIN, Nelma; MUNHOZ, Elzira Bagatin. Snowball (Bola de Neve): Uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. **X Congresso Nacional de Educação – EDUCERE.** I Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividades e Educação. Curitiba, Nov 2011. Disponível em <http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4398_2342.pdf>. Acesso em 17 Out 2018.
- BAPTISTA, Tatiane Wargas de Faria; REZENDE, Mônica. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, Ruben Araujo de; BAPTISTA, Tatiane Wargas de Faria (org.). **Caminho para Análise das Políticas de Saúde.** 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2015. 509 p.
- BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa – Portugal : Edicoes 70, 1977.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história.** – 5.ed, São Paulo : Cortez, 2008.
- BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev Esc Enferm USP.** São Paulo, 2009, 43 (esp 2), p. 1326-1330.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1988.
- BRASIL. Impacto da saída dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos. **Portal da inovação na gestão do SUS.** Disponível em: <<https://www.google.com.br/amp/s/apsredes.org/impacto-da-saida-dos-medicos-cubanos-do-programa-mais-medicos/amp/>>. Acesso em: 04 dez. 2018d

BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em 26 Jun. 2017.

BRASIL. Lei n. 13.502, de 1º de novembro de 2017. **Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios; altera a Lei no 13.334, de 13 de setembro de 2016; e revoga a Lei no 10.683, de 28 de maio de 2003, e a Medida Provisória no 768, de 2 de fevereiro de 2017.** Brasília, DF, Nov 2017. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13502.htm> Acesso em 20 Abr 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comissão Intergestores Tripartite.** Brasília, 2019. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/comissao-intergestores-tripartite>>. Acesso em 08 Jan 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Saúde da população de Gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, 2008a, 42 (3), p. 570-573.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.** Brasília, 2006. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html> Acesso em 18 Jun 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.** – Brasília : 1 ed., 1. reimp. – Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional (2010).** Disponível em < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_dou/PR2010.pdf>. Acesso em 1 Mai 2017.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 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 no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.** Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8727.htm> Acesso em 05 Jul 2018.

BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde.** Relatório Final. 1986. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf> Acesso em 07 Abr 2018.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. **Anais da 1ª Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT**. Brasília, 2008b. Disponível em <<http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/IConferenciaNacionaldeGaysLesbicasBisexuaisTravestiseTransexuaisGLBT.pdf>> Acesso em 20 Abr 2018.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT**. Brasília, 2009a. Disponível em <<http://www.arco-iris.org.br/wp-content/uploads/2010/07/planolgbt.pdf>> Acesso em 12 Mai 2018.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. **Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3)**. Brasília : SEDH/PR, 2009.

BRAVO, Maria. I.S. ; MATOS, Maurílio C. A saúde no Brasil: Reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, Maria I. S.; PEREIRA, Potyara. **Política Social e democracia**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

CARDOSO, Michelle Rodrigues; FERRO, Luís Felipe. Health and LGBT community: needs and specificities under discussion. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 32, n. 3, p. 552-563, 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000300003&lng=en&nrm=iso>. access on 23 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000300003>.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2018, 34 (3) p. 1-14.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. In: **Revista Informação e Sociedade: Estudos**. João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13-18, jan.-abr./2014.

CHAGAS, E. F. O Método dialético de Marx: investigação e exposição crítica do objeto. **Síntese Revista de Filosofia**. Belo Horizonte, V. 38, n. 120, p. 55-70, 2011.

CHAVES, N. B. **A cidade civilizada**: discursos e representações sociais no jornal Diário dos Campos na década de 1930. Curitiba: Aos Quatro Ventos, 2001.

CHAVES, N. B. **Entre “Preceitos” e “Conselhos”**: Discursos e práticas de médicos- educadores em Ponta Grossa/PR (1931-1953). 2011. 298 f. Tese (Doutorado em Educação) – Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova**, São Paulo , n. 19, p. 123-140, Nov. 1989 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451989000400009&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451989000400009>.

CONSELHO Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil sem Homofobia.** Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília : Ministério da Saúde, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução n. 175 de 14 de maio de 2013. **Dispõe sobre a habilitação, celebração de casamento civil, ou de conversão de união estável em casamento, entre pessoas de mesmo sexo.** Disponível em < <http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=2504>> Acesso em 08 Set 2018.

COSTA, Ângelo Brandelli; NARDI, Henrique Caetano. Homofobia e preconceito contra diversidade sexual: debate conceitual. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 23, n. 3, p. 715-726, set. 2015 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2015000300015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2015.3-15>.

DI GIOVANNI, G. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. In: **Reforma do Estado.** Políticas de Emprego no Brasil. Campinas: Unicamp, 1998.

DARIO DOS CAMPOS. **PG registra redução recorde em novos casos de Aids.** Disponível em < <https://www.diariodoscamos.com.br/noticia/pg-registra-reducao-recorde-em-novos-casos-de-aids>> Acesso em 03 Jan 2019.

DITZEL, C. de H. M. **Manifestações autoritárias.** O Integralismo nos Campos Gerais (1932 – 1955). 2004. 305 f. Tese (Doutorado em História) –Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2008. 1112 p.

FACCHINI, R. Histórico da Luta de LGBT no Brasil. In: CONSELHO Regional de Psicologia da 6ª Região (org.). **Psicologia e Diversidade Sexual.** São Paulo : CRPSP, 2011.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 743-752, jun. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 jun. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010>.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lúcia (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 1112 p.

FOGAÇA, V. H. B. **Judicialização da saúde e audiência pública no STF:** soluções de conflitos à luz do diálogo social. Curitiba : Juruá, 2017. 162p.

FOLHA DE SÃO PAULO. Com eleição de Bolsonaro, Cuba anuncia fim da parceria com Brasil no Mais Médicos. São Paulo, 14 nov. 2018. Disponível em < <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/11/com-eleicao-de-bolsonaro-cuba-anuncia-fim-da-parceria-com-brasil-no-mais-medicos.shtml>> Acesso em 01 Dez 2018

FRANCO, Neil. **A diversidade entra na escola: Histórias de professores e professoras que transitam pelas fronteiras das sexualidades e do gênero**. 2009. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2009.

GÊNERO e Diversidade na Escola. **Formação de Professoras/es em Gênero, Orientação Sexual e Relações Étnico-Raciais**. Livro de Conteúdo. Versão 2009. – Rio de Janeiro : CEPESC; Brasília : SPM, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. Ed. São Paulo : Atlas, 2008.

GIOVANELLA, Lígia (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 1112 p.

GRADIN, Jéssica; DOVHY, Letícia; HONORATO, Saori. As dificuldades de morar em Ponta Grossa. **Periódico Redação de Mídia Integrada**. Ponta Grossa, Jun 2018. Disponível em < <https://periodico.sites.uepg.br/index.php/habitacao/989-as-dificuldades-de-morar-em-ponta-grossa>> Acesso em 30 Out 2018.

GRUPO GAY DA BAHIA. **Pessoas LGBT mortas no Brasil**. Disponível em < <https://homofobiamata.files.wordpress.com/2017/12/relatorio-2081.pdf>> Acesso em 12 Jun 2018.

GRUPO RENASCER. **Estatuto Social**. Ponta Grossa, 2018.

G1. **Mais Médicos: mais de 1,4 mil vagas ainda não foram preenchidas**. Disponível em <<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/01/11/mais-medicos-balanco-indica-que-mais-de-1400-vagas-ainda-nao-foram-preenchidas.ghtml>> Acesso em 15 Jan 2019

G1. **Ministra do STF autoriza adoção por casal de homens gays do Paraná**. Disponível em < <http://g1.globo.com/politica/noticia/2015/03/ministra-do-stf-autoriza-adocao-por-casal-de-homens-gays-do-parana.html>> Acesso em 12 Jun 2018

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno Estatístico do Município de Ponta Grossa**. Out 2018. Disponível em < <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=84000>> Acesso em 17 Out 2018.

JANCZURA, R. Risco ou vulnerabilidade social? **Textos e Contextos**. Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 301-308, ago/dez 2012.

JESUS, J. G. de. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos.** Brasília, 2012. 42p.

KLEBA, M. E. **Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil.** Chapecó: Argos, 2005. 476 p.

KOSIK, K. **Dialética do concreto.** São Paulo : Paz e Terra, 2002.

LEANDRO, J. A.; CRUZ, A. L. R. B. **Cidade, Ciência e Modernidade:** Debates e práticas da Associação Médica de Ponta Grossa, 1931 – 1950. In: CHAVES. N. B. (Org.). **Medicina em Ponta Grossa: Histórias da Associação Médica.** Ponta Grossa: UEPG, 2006.

LIMA, Rodrigo Tobias de Sousa et al. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2685-2696. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902685&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2017.

LULA. **Rede de Programas Sociais dos governos PT possibilitou o desenvolvimento em Sergipe.** Disponível em <<https://lula.com.br/rede-de-programas-sociais-dos-governos-do-pt-possibilitou-desenvolvimento-em-sergipe/>> Acesso em 12 Jan 2019.

LUNA, Ivania Jann. Sentidos da integralidade no fazer psicológico em saúde pública. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande , v. 6, n. 2, p. 1-10, dez. 2014 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2014000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 jan. 2019.

MARIANO, C. N. Emenda Constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. In: **Revista de Investigações Constitucionais.** Curitiba, V. 4, n. 1, jan/abr 2017.

MARQUES, M. C. C. **A história de uma epidemia moderna: a emergência política da Aids/HIV no Brasil.** São Carlos : RiMa, 2003; Maringá : EDUEM, 2003.

MARTINS, D. A. B.; PREUSS, L. T. **O direito à saúde na perspectiva da Política Nacional de Saúde Integral LGBT.** II Simpósio Interdisciplinar em Ciências Sociais Aplicadas. Ponta Grossa, Ed. atual, V. 1, 2017.

MELLO, L.; AVELAR, R. B.; MAROJA, D. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil? **Revista Sociedade e Estado.** Vol. 27, n. 2, Maio/Agosto 2012.

MELLO, Luiz et al. Políticas de Saúde para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud e Sociedad – Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, n. 9, p. 7-28, Dezembro 2011.

MELO, M. P. De. Governo Lula e a nova face do neoliberalismo no Brasil. **Emancipação**. Ponta Grossa, 7 (1), p. 177-200, 2007.

MONTAÑO, C. **Terceiro Setor e Questão Social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo : Cortez, 2015.

MPPR. **Regionais de Saúde**: Informações. Disponível em < http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/rs/5_informacoes.htm> Acesso em 12 Nov 2018.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2008. 1112 p.

O GLOBO. **Assassinatos de LGBT crescem 30% entre 2016 e 2017, segundo relatório**. Disponível em <<https://oglobo.globo.com/sociedade/assassinatos-de-lgbt-crescem-30-entre-2016-2017-segundo-relatorio-22295785>> Acesso em 17 Abr 2018.

O GLOBO. **STF autoriza troca de nome em documentos de transgêneros mesmo sem cirurgia**. Disponível em < <https://oglobo.globo.com/sociedade/stf-autoriza-troca-de-nome-em-documentos-de-transgeneros-mesmo-sem-cirurgia-22446813>> Acesso em 08 Jun 2018.

ONUBR. **Discriminação impede que pessoas LGBT tenham acesso à saúde, alerta OPAS**. 12 Dez 2017. Disponível em < <https://nacoesunidas.org/discriminacao-impede-que-pessoas-lgbt-tenham-acesso-a-saude-alerta-opas/>> Acesso em 08 mar 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148 p. (Coleção Temas em Saúde).

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

PARADASP. **Associação da Parada do Orgulho LGBT de São Paulo**. Disponível em <<http://paradasp.org.br/quem-somos/>>. Acesso em 24 Out 2018.

PARANA. Secretaria de Saúde: Regionais SESA – 3a RS – Ponta Grossa. Paraná. Disponível em < <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2755>> Acesso em 30 Abr 2017.

PARANA. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná: Sistema Único de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Paraná, 2015. Disponível em < http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/00_-_NDS/PDR_2015.pdf> Acesso em 28 Out 2018.

PARKER, Richard. Intersecções entre estigma, preconceito e discriminação na Saúde Pública Mundial. In: MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza (orgs.). **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 2013.

PAULA, C. E. A.; SILVA, A. P.; BITTAR, C. M. L. Vulnerabilidade Legislativa de grupos minoritários. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, dez 2017.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. – São Paulo : Cortez, 2000.

PEREIRA, P. A. P. **Política social**: temas e questões. 2. ed. – São Paulo : Cortez, 2009.

PEREIRA, P. A. P. Proteção Social Contemporânea: cui prodest? **Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n. 116, p. 636-651, out/dez 2013.

PERES, W. S. Travestis, escolas e processos de subjetivação. **Instrumento: Rev. Est. Pesq. Educ.** Juiz de Fora, v. 12, n. 12, jul/dez 2010.

PIANA, MC. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. ISBN 978-85-7983-038-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

PINHEIRO, Roseni. **Integralidade em saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. 2009.

PINTO, T. P. Et al. Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2017, 33 (7), p. 1-13.

PIRES, Aderlene Rodrigues; BARBOZA, Renato. Sensibilização de Profissionais da Saúde para a redução de vulnerabilidades pragmáticas na hanseníase. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, 2015, 39 (4) p. 484-494.

POGREBINSCHI, T. Conferências Nacionais e Políticas Públicas para Grupos Minoritários. **Ipea**. Rio de Janeiro, jun 2012. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/td_1741.pdf> Acesso em 03 Mai 2018.

PONTA GROSSA. Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de saúde 2018-2021**. Ponta Grossa, 2018.

PRADO, E. A. J.; SOUZA, M. F. Políticas Públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa. **Tempus, actas de saúde colet.** Brasília, 11 (1), p. 69-80, mar 2017.

RUA, M. G. **Políticas Públicas**. Brasília, CAPES : UAB, 2009. 130p.

SENA, A. G. N.; SOUTO, K. M. B. Avanços e desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. **Tempus, actas de saúde colet.** Brasília, 11 (1), p. 09-28, mar 2017.

SILVA, L. M. P. **Nos nervos, na carne, na pele:** uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de AIDS. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). São Carlos : UFSCAR, 2007. 312 p.

SILVA, L. K. M. Et al. Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. **Physis Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 27 [3], p. 835-846, 2017.

SIMÕES, J. A.; FACCHINI, R. **Do movimento sexual ao LGBT.** São Paulo : Ed. Fundação Perseu Abramo, 2009. 196p.

SPEDO, S. M.; TANAKA, O. Y.; PINTO, N. R. S. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 25 (8): 1781-1790, ago 2009.

SPOSATI, A. Proteção Social e Seguridade Social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social. **Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n. 116, p. 652-674, out/dez 2013.

TOLEDO, L. G. **Estigmas e estereótipos sobre as lesbianidades e suas influências nas narrativas de histórias de vida de lésbicas residentes em uma cidade do interior paulista.** Dissertação (Mestrado em Psicologia). Assis : UNESP, 2008. 234 f.

UNIVERSIDADE Estadual de Ponta Grossa. Biblioteca Central Prof. Faris Michaelle. **Manual de normalização bibliográfica para trabalhos científicos.** 3. Ed. rev. Ponta Grossa : UEPG, 2010.

UNIVERSIDADE Estadual de Ponta Grossa. Departamento de História. **Dicionário Histórico e Geográfico dos Campos Gerais.** Disponível em <www.uepg.br/dicion>. Acesso em 23 Set 2018.

VALADAO, Rita de Cássia; GOMES, Romeu. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. **Physis,** Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 1451-1467, Dec. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400015&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000400015>.

VIEIRA, E. Estado e Política Social na década de 90. In: NOGUEIRA, Francis Mary Guimaraes (Org.). ESTADO e políticas sociais no Brasil: conferências do seminário estado e políticas sociais no Brasil.... Cascavel: Edunioeste, 2001. 292 p. ISBN 85-86571-40-7

VIEIRA, Evaldo. **Os direitos e a política social.** 3.ed. São Paulo: Cortez, 2009. 223 p. ISBN 978-85-249-1083-8

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R.P.S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**. Brasília, V. 10, n. 3, 2016.

VILLARINHO, Mariana Vieira et al. Políticas Públicas de Saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev. Bras Enfermagem**. Brasília, 2013, mar-abr, 66 (2), 217-227.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Gênero: _____

Grau de Escolaridade: _____

Cargo: _____

Tempo de Atuação: _____

E-mail de contato: _____

Telefone: _____

ENTREVISTA:

1-) Fale sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Já ouviu falar? Se não, o que imagina que seja? Qual a importância de uma política pública para a população LGBT? Isto é visível em Ponta Grossa?)

2-) Como é a relação entre a sociedade civil (através de ONGs) e o município de Ponta Grossa no que se refere às políticas públicas de saúde para a população LGBT?

3-) Qual a sua visão a respeito da atuação do governo municipal na formulação de políticas públicas para este segmento?

4-) Existe a participação de membros da comunidade LGBT nos Conselhos, Conferências e Congressos de saúde em âmbito municipal?

5-) Existem entraves ou dificuldades internas (em seu local de atuação) e externas para que políticas voltadas para este segmento sejam formuladas/implementadas? (Se sim, quais entraves? Falta de material, recurso, pessoal, incentivo?)

6-) Tem conhecimento sobre materiais didáticos utilizados no âmbito da saúde a respeito da população LGBT? (Já ouviu falar? Teve contato com o material? Acha importante que isto exista?)

6-) Qual a sua opinião a respeito das condições de saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no município de Ponta Grossa? (O panorama atual, o que precisa melhorar, aspectos positivos e negativos)

7-) Como você avalia a implantação e a institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município? Considera que foi implementada? Por que?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**

**CESSÃO GRATUITA DE DIREITOS DE DEPOIMENTO ORAL
E
COMPROMISSO ÉTICO DE NÃO IDENTIFICAÇÃO DO DEPOENTE***

Pelo presente documento, **eu**

Entrevistado(a): _____,

RG: _____ emitido pelo(a): _____,

domiciliado/residente em (Av./Rua/nº./complemento/Cidade/Estado/CEP):

_____.

declaro ceder ao (à) Pesquisador(a):

_____,

CPF: _____ RG: _____, emitido pelo(a): _____,

domiciliado/residente em (Av./Rua/nº./complemento/Cidade/Estado/CEP):

_____.

sem quaisquer restrições quanto aos seus efeitos patrimoniais e financeiros, a plena propriedade e os direitos autorais do depoimento de caráter histórico e documental que prestei ao(à) pesquisador(a)/entrevistador(a) aqui referido(a), na cidade de _____, Estado _____, em ____/____/____, como subsídio à construção deda Universidade Estadual de Ponta Grossa. O(a) pesquisador(a) acima citado(a) fica conseqüentemente autorizado(a) a utilizar, divulgar e publicar, para fins acadêmicos e culturais, o mencionado depoimento, no todo ou em parte, editado ou não, bem como permitir a terceiros o acesso ao mesmo para fins idênticos, com a ressalva de garantia, por parte dos referidos terceiros, da integridade do seu conteúdo. O(a) pesquisador(a) se compromete a preservar meu depoimento no anonimato, identificando minha fala com nome fictício ou símbolo não relacionados à minha verdadeira identidade.

Local e Data:

_____, _____ de _____ de _____

(assinatura do entrevistado/depoente)

(Adaptado do CEDIC-Centro de Documentação e Informação Científica "Professor Casemiro dos Reis Filho" - PUC/SP)

*** Modelo para depoimento em que a identidade do entrevistado não deva ser apresentada.**

ANEXOS

ANEXO A – POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBT

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 no Plano Plurianual (PPA) e 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 Transsexualizador, 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 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 suplementar 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

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município de Ponta Grossa - PR.

Pesquisador: DILERMANDO APARECIDO BORGES MARTINS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 82877017.6.0000.0105

Instituição Proponente: NUCLEO DE ESTUDOS DE SAUDE PUBLICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.496.040

Apresentação do Projeto:

O processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município de Ponta Grossa - PR. O presente projeto de pesquisa tem por objetivo delinear os caminhos para a realização da dissertação no Programa de Pós Graduação em

Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG/PR. Para tanto, define-se o tema de pesquisa a partir da Política

Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, sendo o problema de pesquisa o processo de implementação

da referida Política no município de Ponta Grossa - PR. A sua justificativa encontra-se na integralidade e universalidade a que se propõe o sistema

de saúde, além da condição de vulnerabilidade deste grupo em específico, conforme estabelecido no referencial teórico que abarca a política de

saúde, política social, proteção social e os conceitos de universalidade, integralidade, descentralização e participação social. Todas estas categorias

dão suporte teórico para que se faça um estudo do processo de implementação da Política de Saúde LGBT no município, utilizando-se como

procedimento metodológico uma abordagem qualitativa, em uma pesquisa exploratória, com estudo de caso, através das ferramentas de pesquisa

bibliográfica, documental e entrevista semiestruturada, que receberão uma interpretação através

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvarararas, Bloco M, Sala 100.

Bairro: Uvarararas

CEP: 84.030-900

UF: PR

Município: PONTA GROSSA

Telefone: (42)3220-3108

E-mail: coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 2.496.040

da análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município de Ponta Grossa – PR, a partir das competências municipais estabelecidas na referida Política.

Objetivo Secundário:

- Identificar qual o papel da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa na relação com a comunidade LGBT;
- Analisar o Plano Municipal de Saúde municipal, além do Plano Plurianual setorial para identificar se estão em consonância com a Política de saúde LGBT;
- Verificar, através da Secretaria de Saúde municipal os mecanismos de monitoramento para o impacto da Política de saúde LGBT no município;
- Analisar os materiais didáticos utilizados no serviço de saúde municipal para verificar as práticas educativas em prol da comunidade LGBT;
- Identificar as principais ONGs e movimentos sociais LGBT no município e compreender sua articulação com a política de saúde municipal

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considerando que todo o procedimento de pesquisa não está imune a possíveis riscos agregados, e que a presente pesquisa aborda um tema complexo que envolve a condição de saúde de uma população vulnerável - LGBT, optou-se por abordar a temática a partir da visão de gestores da política, bem como da própria sociedade a partir de ONGs que estejam diretamente ligadas a isto. Os critérios de seleção dos sujeitos da presente pesquisa se define pela representatividade dos mesmos frente à temática estudada, no caso dos gestores e da sociedade. Os sujeitos a serem entrevistados serão todos maiores de idade e possuem completa capacidade de exprimir suas convicções. Os sujeitos terão que responder a uma entrevista semiestruturada que será gravada e aplicada pelo pesquisador. Para evitar possíveis constrangimentos aos sujeitos da pesquisa, a entrevista será realizada em local que assegure condições de sigilo e privacidade. Será respeitado

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 100.

Bairro: Uvaranas

CEP: 84.030-900

UF: PR

Município: PONTA GROSSA

Telefone: (42)3220-3108

E-mail: coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 2.496.040

seu direito à liberdade de expressão, ao decidir responder ou não as perguntas realizadas, mediante termo de consentimento livre e esclarecido. Assim, os riscos inerentes à pesquisa e restringirão a equívocos de interpretação de seu conteúdo e resultados após a publicação. Conquanto, serão tomadas todas as precauções para que a pesquisa seja realizada em condições éticas e técnicas apropriadas ao zelo pela liberdade, integridade física, moral e psicológica dos sujeitos nela envolvidos.

Benefícios:

Quanto aos benefícios da pesquisa, aponta-se a contribuição que seus resultados podem oferecer à sociedade, na medida em que fomenta a discussão sobre um tema de extrema relevância social como é a saúde LGBT. A pesquisa oferecerá ainda elementos para a própria gestão municipal de saúde a respeito das questões enfrentadas pela população LGBT, apontando eventuais falhas e demonstrando a necessidade de melhorias, caso a pesquisa aponte para isto. Para a população estudada, fornecerá elementos para eventuais cobranças em relação ao Poder municipal, demonstrando a necessidade de promoção do direito à saúde. No que se refere aos benefícios para a academia, considera-se que a pesquisa visa contribuir para a ampliação do debate sobre o direito à saúde de grupos especiais, especificamente da população LGBT.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Será avaliada a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município de Ponta Grossa, no Paraná, a partir das competências específicas do município contidas na Portaria que institui a Política, qual seja a Portaria 2.836/11 do Ministério da Saúde. Para tanto, alguns locus de pesquisa foram selecionados, dentre eles a Secretaria de Saúde Municipal, a 3ª Regional de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde e a ONG Renascer LGBT, que passarão por uma entrevista para depreender o processo em que a Política está assentada no município.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em anexo e de acordo com as normas da resolução 466/2012

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 100.
Bairro: Uvaranas CEP: 84.030-900
UF: PR Município: PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 E-mail: coep@uepg.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG**



Continuação do Parecer: 2.496.040

Recomendações:

Solicita-se que ao final do projeto de pesquisa seja enviado o relatório final pela plataforma brasil popr notificação para evitar pendências com a Propesp ou com o Comitê de Ética

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1034248.pdf	27/01/2018 11:58:15		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_PREFEITURA.pdf	27/01/2018 11:57:14	DILERMANDO APARECIDO BORGES MARTINS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto1.pdf	20/11/2017 14:02:26	DILERMANDO APARECIDO BORGES MARTINS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Pre_Projeto_final.docx	15/11/2017 10:57:09	DILERMANDO APARECIDO BORGES MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/11/2017 10:52:50	DILERMANDO APARECIDO BORGES MARTINS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PONTA GROSSA, 15 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
ULISSES COELHO
(Coordenador)

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 100.
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 **E-mail:** coop@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: O processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município de Ponta Grossa - PR.

Pesquisador: DILERMANDO APARECIDO BORGES MARTINS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 82877017.6.0000.0105

Instituição Proponente: NUCLEO DE ESTUDOS DE SAUDE PUBLICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.583.988

Apresentação do Projeto:

O processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município de Ponta Grossa - PR.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município de Ponta Grossa - PR, a partir das competências municipais estabelecidas na referida Política.

Objetivo Secundário:

- Identificar qual o papel da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa na relação com a comunidade LGBT;
- Analisar o Plano Municipal de Saúde municipal, além do Plano Plurianual setorial para identificar se estão em consonância com a Política de saúde LGBT;
- Verificar, através da Secretaria de Saúde municipal os mecanismos de monitoramento para o impacto da Política de saúde LGBT no município;
- Analisar os materiais didáticos utilizados no serviço de saúde municipal para verificar as práticas educativas em prol da comunidade LGBT;

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 **E-mail:** coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 2.583.988

- Identificar as principais ONGs e movimentos sociais LGBT no município e compreender sua articulação com a política de saúde municipal

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considerando que todo o procedimento de pesquisa não está imune a possíveis riscos agregados, e que a presente pesquisa aborda um tema complexo que envolve a condição de saúde de uma população vulnerável - LGBT, optou-se por abordar a temática a partir da visão de gestores da política, bem como da própria sociedade a partir de ONGs que estejam diretamente ligadas a isto. Os critérios de seleção dos sujeitos da presente pesquisa se define pela representatividade dos mesmos frente à temática estudada, no caso dos gestores e da sociedade. Os sujeitos a serem entrevistados serão todos maiores de idade e possuem completa capacidade de exprimir suas convicções. Os sujeitos terão que responder a uma entrevista semiestruturada que será gravada e aplicada pelo pesquisador. Para evitar possíveis constrangimentos aos sujeitos da pesquisa, a entrevista será realizada em local que assegure condições de sigilo e privacidade. Será respeitado seu direito à liberdade de expressão, ao decidir responder ou não as perguntas realizadas, mediante termo de consentimento livre e esclarecido. Assim, os riscos inerentes à pesquisa e restringirão a equívocos de interpretação de seu conteúdo e resultados após a publicação. Conquanto, serão tomadas todas as precauções para que a pesquisa seja realizada em condições éticas e técnicas apropriadas ao zelo pela liberdade, integridade física, moral e psicológica dos sujeitos nela envolvidos.

Benefícios:

Quanto aos benefícios da pesquisa, aponta-se a contribuição que seus resultados podem oferecer à sociedade, na medida em que fomenta a discussão sobre um tema de extrema relevância social como é a saúde LGBT. A pesquisa oferecerá ainda elementos para a própria gestão municipal de saúde a respeito das questões enfrentadas pela população LGBT, apontando eventuais falhas e demonstrando a necessidade de melhorias, caso a pesquisa aponte para isto. Para a população estudada, fornecerá elementos para eventuais cobranças em relação ao Poder

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B
 Bairro: Uvaranas CEP: 84.030-900
 UF: PR Município: PONTA GROSSA
 Telefone: (42)3220-3108 E-mail: coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 2.583.988

municipal, demonstrando a necessidade de promoção do direito à saúde. No que se refere aos benefícios para a academia, considera-se que a pesquisa visa contribuir para a ampliação do debate sobre o direito à saúde de grupos especiais, especificamente da população LGBT.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Será avaliada a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município de Ponta Grossa, no Paraná, a partir das competências específicas do município contidas na Portaria que institui a Política, qual seja a Portaria 2.836/11 do Ministério da Saúde. Para tanto, alguns locus de pesquisa foram selecionados, dentre eles a Secretaria de Saúde Municipal, a 3ª Regional de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde e a ONG Renascer LGBT, que passarão por uma entrevista para depreender o processo em que a Política está assentada no município

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em anexo

Recomendações:

Enviar o relatório final

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1096229_E1.pdf	17/03/2018 18:39:04		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_RENASCER.pdf	17/03/2018 18:37:44	DILERMANDO APARECIDO BORGES MARTINS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_PREFEITURA.pdf	27/01/2018 11:57:14	DILERMANDO APARECIDO BORGES MARTINS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto1.pdf	20/11/2017 14:02:26	DILERMANDO APARECIDO BORGES MARTINS	Aceito

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B
 Bairro: Uvaranas CEP: 84.030-900
 UF: PR Município: PONTA GROSSA
 Telefone: (42)3220-3108 E-mail: coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 2.583.988

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Pre_Projeto_final.docx	15/11/2017 10:57:09	DILERMANDO APARECIDO BORGES MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/11/2017 10:52:50	DILERMANDO APARECIDO BORGES MARTINS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PONTA GROSSA, 05 de Abril de 2018

Assinado por:
ULISSES COELHO
(Coordenador)