

Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: análise descritiva e utilização de dados secundários para pesquisa e prática

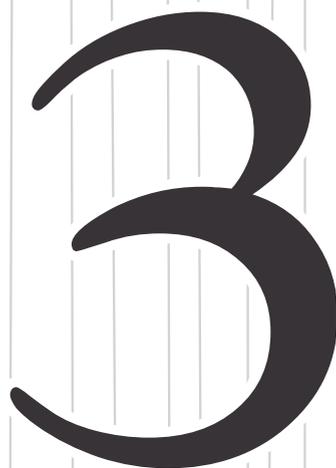
National policy for integral health of lesbians, gays, bisexuals, transvestites and transsexuals: descriptive analysis and use of secondary data for research and practice

Marina Batista Chaves Azevedo de Souza

*Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Administração da UFPB
marinabs91@hotmail.com*

Diogo Henrique Helal

*Professor do Programa de Pós-Graduação em Administração da UFPB
Professor Adjunto da Faculdade Boa Viagem (FBV/DeVry)
diogohh@yahoo.com.br*



Resumo

A formulação da Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais seguiu as diretrizes de governo expressas no Programa Brasil sem Homofobia, coordenado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, dentro do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH 3). Este estudo busca oferecer e analisar criticamente o conteúdo dessa política pública, pretendendo evidenciar problemáticas e desafios enfrentados pelas etapas do *policy cycle* até sua prática efetiva. A pesquisa caracteriza-se como descritiva, com a utilização de dados secundários empíricos, disponíveis em meio eletrônico. A partir dos resultados, percebe-se como pertinente a implementação de políticas intersetoriais, bem como investimentos em formação profissional focada no desenvolvimento de competências, possibilitando maior eficácia da política.

Palavras-chave: Ciclo de Política Pública. Políticas Públicas. Ciências Políticas. Políticas de Saúde. Administração Pública.

Abstract

The formulation of the national policy for integral health of lesbian, gay, bisexual and transgender followed the government guidelines expressed in “Brazil without homophobia” Program, coordinated by the Special Secretariat for Human Rights of the Presidency of the Republic, within the National Human Rights Program (PNDH 3). This study seeks to provide and analyzing the content of this public policy, intending to highlight issues and challenges faced by the *policy cycle* steps, until the effective practice. The study is defined as, descriptive, using empirical secondary data, available electronically. From the results it can be seen a necessity of implementation directed to relevant intersectoral aspects, adding a essential investment in training focused on developing skills, enabling more effective policy.

Keywords: Policy Cycle. Public Policy. Policy Science. Health Policy. Public Administration.

Introdução

O poder público, nas suas três esferas, tem por obrigação assegurar, prevenir, proteger, reparar e promover políticas públicas que busquem sempre a afirmação dos direitos humanos para toda a sociedade. Um Estado verdadeiramente democrático pressupõe a prevalência de ações e iniciativas coercitivas a todas as modalidades de preconceito, discriminação, intolerância ou violência motivadas por aspectos ligados a origem, raça, sexo, cor, idade, crença religiosa, condição social ou orientação sexual (BRASIL, 2007).

A Constituição Federal assegura, como direito, o acesso à saúde. Entretanto, existem parcelas da população, a exemplo dos idosos, das mulheres e da população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais), que demandam atenção especial no que se refere ao acesso a serviços de saúde.

O presente artigo, em particular, busca discutir a Política nacional de saúde integral da população LGBT, considerando o ciclo da política pública. Este estudo consiste na análise de dados secundários, a saber: Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (BRASIL, 2010), Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, sobre as disposições do Sistema Único de Saúde, e *sites* das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde que discutem programas e projetos sobre a temática da política abordada.

Os direitos à saúde da população estão a cada dia mais vinculados às diretrizes das políticas nacionais, estaduais e municipais e à ação direta da sociedade civil. Tais direitos são responsáveis pela operacionalização e por estratégias de obtenção de metas que, além de estarem sujeitas a se dispersarem dentre as esferas citadas, estão, ainda, quando vinculadas a políticas públicas, suscetíveis a problemas de implementação, que comprometem a sua eficácia.

A Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais constitui-se como uma política federal, a qual está sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, tendo sido iniciada no ano de 2008. Sua formulação seguiu as diretrizes de governo expressas no Programa Brasil sem Homofobia, que foi coordenado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR) e que atualmente compõe o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH 3).

A partir da luta não apenas por direitos civis ou de igualdade, mas também por direitos de saúde que contemplassem as especificidades da

população LGBT, a organização do Ministério da Saúde tem disponibilizado uma política nacional que permite viabilizar a saúde integral a tal população. Compreender as questões sociais da população no processo saúde-doença requer que se admita que a exclusão social, decorrente do desemprego, da falta de acesso a moradia e alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer e cultura, interfere, diretamente, na qualidade de vida e de saúde. Além disso, exige 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, 2010).

Ao se considerar que os problemas de saúde da população LGBT são bem mais complexos do que apenas o combate ao HIV, constata-se que o sistema de saúde deve empenhar também seus interesses nas prioridades desse grupo, devido à tamanha violação de direitos e à exclusão social a que este está suscetível. Além disso, tais problemas são considerados determinantes de saúde ou agravantes de processos patológicos preexistentes.

De janeiro a dezembro de 2011, foram denunciadas 6.809 violações de direitos humanos contra LGBTs, envolvendo 1.713 vítimas e 2.275 suspeitos. Os dados revelam uma média de 3,97 violações sofridas por cada uma das vítimas, o que parece indicar como a homofobia se faz presente no desejo de destruição (física, moral ou psicológica) não apenas da pessoa específica das vítimas, mas também do que elas representam – ou seja, da existência de pessoas LGBT em geral (BRASIL, 2011, p. 17).

No ano de 2012, houve 9.982 casos de violações contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Em 2011, esse número foi de 6.089 casos. Por dia, foram registrados 27,3 casos de violações. Apesar da subnotificação, os números apontam para um grave quadro de violências homofóbicas no Brasil: no ano de 2012, foram reportadas 27,34 violações de direitos humanos de caráter homofóbico por dia. A cada dia, durante o ano de 2012, 13,29 pessoas foram vítimas de violência homofóbica reportada no país (BRASIL, 2012).

A Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, embasada nos princípios assegurados na Constituição Federal de 1988 (CF/88), garante a cidadania e a dignidade da pessoa humana

(BRASIL, 1988, art. 1º, incisos II e III), reforçadas no objetivo fundamental da República Federativa do Brasil: “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988, art. 3º, inciso IV).

Reconhecendo que os processos discriminatórios e de violência contra LGBT resultam em agravos à sua saúde (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2006), que o preconceito de profissionais contra as práticas sexuais e sociais de pacientes LGBT acarreta na desqualificação da atenção dispensada a essa população (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2006) e que as consequências dos processos discriminatórios alcançam o próprio sistema de saúde, vê-se a necessidade de obter eficácia na atuação da política estudada.

Referencial teórico: a análise de políticas públicas a partir do *policy cycle*

Segundo Frey (2000), as pesquisas sobre a temática de *análise de políticas públicas* começaram a se estabelecer no início dos anos 1950, nos Estados Unidos, sob a designação de *policy science*. Posteriormente, a partir do início dos anos 1970, surgiu na Europa, especialmente na Alemanha, uma preocupação com a análise de campos específicos de políticas.

A Análise de Política constitui um conjunto de elementos que possibilita um rico olhar explicativo normativo sobre o processo de elaboração de políticas públicas. Trata-se de um estudo sobre a ciência do Estado em ação ou, ainda, de uma apreciação de uma particular metodologia de investigação social aplicada à análise da atividade concreta da autoridade pública (SERAFIM; DIAS, 2012, p. 121).

No período em que se iniciava a preocupação com a explicação de políticas públicas, a unidade de análise consistia na própria definição do termo “política pública”, o que conferiu destaque aos aspectos dinâmicos do *policy process* e aos distintos atores, estatais e não estatais, geralmente envolvidos (FARIA, 2003 *apud* TREVISAN; VAN BELLEN, 2008).

Com relação ao *policy process*, considera-se o *policy cycle* como parte de sua constituição. De maneira a esclarecer tal tipologia, utilizada nas ciências políticas, citamos Souza (2006, p. 29):

Esta tipologia vê a política pública como um ciclo deliberativo, formado por vários estágios e constituindo um processo dinâmico e de

aprendizado. O ciclo da política pública é constituído dos seguintes estágios: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação. Esta abordagem enfatiza sobretudo a definição de agenda (agenda setting) e pergunta por que algumas questões entram na agenda política, enquanto outras são ignoradas.

Este artigo, em particular, busca evidenciar questões intersetoriais na política pública. No sentido de caracterizar a política como uma relação entre diferentes e desiguais que buscam consensos – mediados pelo Estado –, Hannah Arendt (1998) considera que esta surge no “intraespaço” de convivência humana. “Logo, a política não é inerente à natureza dos homens, mas resulta do imperativo de convivência entre eles” (FACEIRA, 2014, p. 175). Essa autora aponta que política social é um termo que se refere à política de ação, realizada mediante esforço organizado; ao contemplar todas as forças e sujeitos sociais, a política social configura-se como política pública. De acordo com Pereira (2008 *apud* FACEIRA, 2014, p. 176), esse ramo de conhecimento apresenta três principais características:

a) é multidisciplinar, porque rompe com os estreitos limites dos estudos sobre instituições e estruturas, além de abranger temas e questões tratados por outras disciplinas científicas, como a economia, a sociologia, a ciência política, o direito, o serviço social, dentre outras; b) é intervencionista, porque não se contenta apenas em conhecer o seu objeto de estudo, mas procura interferir nele e modificá-lo; c) é normativa, porque não é pura racionalidade e se defronta com a impossibilidade de separar fins e meios, bem como valores e técnicas, no estudo das ações dos governos. Neste caso, ele tanto se interessa pelo conhecimento do “ser”, quanto com a definição do “dever ser”.

A existência de diversos tipos de políticas exige uma maior clarificação da escolhida para este trabalho, a qual é definida, segundo Lowi (1964, 1972), como política redistributiva ou política social. O autor esclarece que tal tipo atinge um maior número de pessoas, influenciando em ganhos que são incertos para certos grupos e em consequentes perdas para outros. Temos como exemplo as políticas sociais universais, o sistema tributário, o sistema previdenciário ou, ainda, a educação, a previdência, a habitação, o

saneamento e a saúde, essa última explicitada neste estudo. Tais políticas são as de mais difícil encaminhamento (LOWI, 1964, 1972; HÖFLING, 2001).

Acerca da necessidade de ação intersetorial nas políticas sociais, Junqueira (2004, p. 5) sustenta que

[...] a nova realidade criada a partir de um novo conhecimento deve ser partilhada no interior das organizações gestoras das políticas, e isso vai depender da mudança das práticas institucionais e das relações sociais que se estabelecem entre os diversos atores organizacionais e societários. Essas práticas deverão privilegiar a integração de saberes e experiências em prejuízo da setorialização e da autonomização.

A necessidade de se discutir intersetorialidade reside no fato de esta ser uma perspectiva necessária para a prática em políticas públicas e, ao mesmo tempo, um desafio para o pensamento atual de gestores, profissionais e atores envolvidos no percurso do *policy cycle*.

Segundo Souza (2003), não existem dúvidas sobre o crescimento da área de políticas públicas na pesquisa acadêmica que se realiza atualmente no Brasil. Várias áreas do conhecimento, e não somente a ciência política, vêm realizando pesquisas sobre o que o governo faz ou deixa de fazer. Diversos departamentos de ciência política também têm contribuído para o crescimento e a legitimação da área com a criação de cadeiras em políticas públicas.

População LGBT como sujeitos de políticas públicas

Em 1982, o Brasil teve as suas primeiras eleições legislativas e para governadores desde que a ditadura foi instalada, abrindo o caminho para a democracia em um contexto ainda autoritário. De acordo com De la Dehesa (2010), essas eleições foram um momento decisivo na trajetória política do movimento homossexual, abrindo precedentes para o ativismo eleitoral e campanhas legislativas.

Análises feministas de ordem pública e de cidadania oferecem orientações importantes para a compreensão da dinâmica política LGBT. As feministas lutaram pela igualdade formal e legal, por medidas e tratamentos semelhantes para as mulheres em questões como o direito de votar e o direito à educação. No entanto, elas também lutaram pelo tratamento diferenciado, que iria produzir a igualdade de resultados para as mulheres, tais como o direito à licença maternidade (SMITH, 2006).

Sabe-se ainda que, embora sejam diversos os fatores que influenciam tanto a formulação, e até mesmo a implementação dessas políticas, quanto a agenda governamental (muitas vezes influenciada por interesses individuais), ambas tornam-se as maiores responsáveis pelo andamento da política, isto é, pela sua operacionalização prática.

Diante desse contexto, questiona-se: deve-se, dessa forma, esperar que os direitos políticos dos homossexuais sejam sensíveis à política específica de opinião? Deve-se esperar que a maioria prevaleça nas batalhas sobre as políticas que se referem a esse grupo? A resposta para as duas questões é um condicional “sim”. Existem inúmeros caminhos pelos quais a opinião pode moldar a política, mas o mais óbvio é a conexão eleitoral. Apesar de multifacetado, o desejo da reeleição foi estabelecido há muito tempo como um poderoso condutor, senão o primeiro condutor do comportamento dos eleitos, caracterizando-se como um incentivo geral de fazer o que o público quer (LAX; PHILLIPS, 2009; MAYHEW, 1974).

A sociedade civil, através da organização ou até mesmo da mídia, é capaz de exercer uma pressão no governo, constituindo-se, então, em uma força crítica sobre a posição do Estado. A organização da sociedade civil e dos movimentos sociais em favor de tais causas é de suma importância, principalmente no que diz respeito à orientação política dessa população com relação à agenda dos eleitos e à operacionalização das ações propostas, para que, além de condutor de reeleição, o voto seja espelho para a exigência por políticas que provejam mais igualdade.

Estudos recentes demonstram que as experiências econômicas e sociais ao longo da vida dão lugar de marginalização aos anciãos que são lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros, o que oferece maior risco de isolamento, pobreza e falta de moradia para estes do que para os heterossexuais (GRANT, 2010). Tais experiências incluem a rejeição às especificidades desse público nos serviços de saúde ao longo da vida ou até mesmo a falta de preparo dos profissionais escolhidos para serviços de porta de entrada ou especializados, fator que, além de dificultar a prevenção das doenças com maior incidência nesse público, provoca sofrimento mental, que é agravado com a chegada da terceira idade.

Lionço (2008) considera que o direito à não discriminação e o direito à dignidade são humanamente fundamentais, sendo a sua violação determinante para a exclusão ou o comprometimento do acesso a outros direitos, dentre os quais o direito à saúde. A ausência de tais direitos fundamentais, portanto, repercute diretamente na vida do sujeito que tem o direito violado, pois, ao vivenciar tais processos, é rotineiro que seja privado de direitos básicos, como o

direito à saúde ou à atenção integral a demandas específicas, em face de diversos tipos de violência e discriminação a que é submetido.

No Canadá, por exemplo, a crise da AIDS da década de 1980 provocou desafios criticamente importantes para o conhecimento de médicos, cientistas, governos e corporações. As comunidades LGBT estavam na vanguarda de organizações contra a AIDS e foram as pioneiras em novas formas de movimento social, como o ACT UP! No curso de fazê-lo, a comunidade LGBT foi um dos atores-chave – juntamente com o movimento das mulheres – na desafiante perícia médica e científica para a elaboração de políticas em matéria de cuidados de saúde (SMITH, 2006).

No Brasil, há de se destacar o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH I). O segundo PNDH, lançado em 2002, no final do segundo mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso, apresentou vários desenvolvimentos textuais em relação ao programa anterior em matéria de direitos LGBT. Talvez o principal progresso do PNDH II tenha sido a incorporação de gays, lésbicas, travestis, transexuais e bissexuais (LGBT) entre os grupos sociais que devem ser tratados de forma igual. Essa incorporação foi uma resposta às críticas da sociedade civil sobre o PNDH I, favorecendo apenas o segmento homossexual. Representou também a adesão do governo ao discurso do Movimento LGBT, o que aumentou a visibilidade de outros segmentos no final da década de 1990 (ITABORAHY, 2012).

Os feitos políticos explicitados no parágrafo anterior certamente culminaram na criação do Conselho Nacional Contra Discriminação (CNCD), em 2002. A chegada do presidente Lula ao governo representou um grande passo à frente na luta do país pelos direitos humanos e, em particular, pelos direitos LGBT, não somente porque foi o primeiro governo de esquerda desde que a democracia formal foi reinstalada, mas também porque Lula tinha sido um dos protagonistas principais da oposição contra a ditadura militar e levantou a bandeira dos direitos humanos em toda a sua trajetória política (PARANA, 2009 *apud* ITABORAHY, 2012).

Metodologia

A presente pesquisa caracteriza-se como descritiva, utilizando-se de dados secundários e disponíveis em meio eletrônico do Ministério da Saúde. Os dados empíricos referem-se à política estudada, a informações provenientes da legislação que rege o Sistema Único de Saúde, a informações de secretarias estaduais e municipais do Brasil, a reportagens e notícias sobre o tema abordado, bem como a uma coleta bibliográfica sobre o assunto.

Os dados da política são provenientes do *site* do Ministério da Saúde, em particular da Portaria n. 2.836, de 1º de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2010). As reportagens relevantes acerca do lançamento da política estudada foram obtidas de maneira a observar a sua influência midiática, importante para a implementação e disseminação das ideias da política.

Este estudo baseou-se no referencial da análise de políticas públicas e enfocou o processo de formulação e o conteúdo da Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, assim como a sua implantação no Brasil (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

A presente pesquisa considerou três aspectos relevantes: problemas (relacionado ao reconhecimento de uma questão como problema pelos governos), soluções (concernente à formulação de alternativas pelos especialistas) e política (relativo a variáveis como mudanças de governo ou de equipes). Segundo essa abordagem, a convergência entre os fluxos abre uma “janela de oportunidade” para que o tema entre na agenda governamental e traduza-se em política pública. Foram definidas como categorias de análise: inserção na agenda federal (antecedentes, influências, motivos), conteúdo da política (desenho da proposta, relação com outras estratégias) e implantação da política (evolução nacional dos serviços) (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

Método de análise de dados

Com relação à análise dos dados que compõem os resultados deste estudo, foi utilizada a abordagem temática da análise de conteúdo, com categorias definidas *a priori* (inserção na agenda federal, conteúdo da política, implantação da política), devido à necessidade de serem estabelecidos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, sob a forma de dados segmentáveis e comparáveis, e não com sua dinâmica e organização (BARDIN, 1995). As inferências que auxiliam a compor cada tema foram consideradas para complementar e comprovar a preexistência social dos fatos constatados e analisados neste trabalho.

Para Bardin (1995, p. 38), a análise do conteúdo é “a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)”.

Resultados e discussões

A partir dos objetivos da pesquisa e do conhecimento sobre a política analisada, foram propostas *a priori* categorias de análise temáticas, visando responder aos objetivos traçados neste artigo, pretendendo-se obter inferências que se proponham a esclarecer aspectos previamente traçados, como os antecedentes da política, seu conteúdo e os desafios para a implantação.

As categorias que compõem este trabalho, as quais serão especificadas posteriormente, foram estabelecidas *a priori* de acordo com os estudos sobre políticas públicas. Desse modo, traduzem o sentido da pesquisa, objetivando os resultados de uma busca, a partir das diretrizes teóricas do *policy cycle* e da análise de políticas, por respostas ou constatações, que são provenientes do próprio documento da política analisada e dizem respeito às questões dos caminhos percorridos desde situações ou documentos anteriores que propunham a política até o que atualmente se encontra em execução sobre o tema, ou seja, no que a contribuição da política vem, efetivamente, auxiliando a população diretamente beneficiada.

A Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais

Desde a década de 1980, o Ministério da Saúde adotou estratégias para o enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS e contou, para isso, com a parceria dos movimentos sociais vinculados à defesa dos direitos da população de LGBT. Essa estratégia fortaleceu a participação desses grupos na luta pela saúde.

O posterior reconhecimento da complexidade da saúde de LGBT exigiu que o movimento social se articulasse com outras áreas do Ministério da Saúde e, conseqüentemente, ampliasse o conjunto de suas demandas em saúde. A construção dessa Política representa esse novo momento, resguardando as especificidades de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no que diz respeito ao processo saúde-doença.

Portanto, essa Política tem caráter transversal e, por essa razão, envolve todas as áreas do Ministério da Saúde, tais como as relacionadas a produção de conhecimento, participação social, promoção, atenção e cuidado. Sua formulação contou com a participação de diversas lideranças, técnicos e pesquisadores, sendo submetida à consulta pública antes de ser apresentada e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Especificamente no que diz respeito às demandas do movimento LGBT brasileiro, o primeiro marco relativo à formulação de políticas públicas foi o Programa Nacional de Direitos Humanos 2 (PNDH 2), divulgado em 2002 pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso. Esse Programa trazia, entre suas 518 ações, cinco que contemplavam “orientação sexual” como uma dimensão da ‘garantia do direito à liberdade, opinião e expressão’ e dez relativas à ‘garantia do direito à igualdade’ de ‘Gays, Lésbicas, Travestis, Transexuais e Bissexuais – GLTTB’ (MELLO; BRITO; MAROJA, 2012, p. 9).

Com base nos estudos de Mello, Brito e Maroja (2012), sabe-se que a primeira versão do PNDH, aprovada em 1996, já pretendia atribuir aos direitos humanos o estatuto de política pública, seguindo recomendação aprovada na Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993, mas não fazia nenhuma alusão à população LGBT. Àquela época, também se deve registrar que a frente prioritária de atuação do movimento LGBT estava no Poder Legislativo, ainda que já fossem visíveis as resistências às demandas relativas a direitos sexuais e reprodutivos, especialmente em função da atuação de parlamentares vinculados a grupos religiosos. Talvez essa seja a principal razão para o movimento organizado ter voltado seu foco de atuação para o Poder Executivo, encontrando receptividade no governo Lula, o qual, de 2004 em diante, começou a assegurar direitos diversos, a partir de um conjunto de seis iniciativas principais.

Compreende-se a formulação de políticas públicas como o processo por meio do qual “os governos traduzem seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados ou as mudanças desejadas no mundo real”, em curto, médio e longo prazos (OBSERVATÓRIO, 2004; SOUZA, 2003 *apud* MELLO; BRITO; MAROJA, 2012).

Talvez não seja demais lembrar aqui que os problemas enfrentados pela população LGBT no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde são ainda mais dramáticos nos casos de travestis e transexuais. Isso ocorre não somente por reivindicarem atendimento especializado para demandas que não se colocam para outros segmentos populacionais (alterações corporais associadas ao uso de hormônios e silicone, por exemplo), mas também pela intensidade da homofobia que costuma incidir sobre esses dois grupos identitários, especialmente quando também são discriminados a partir de outros marcadores sociais, como níveis de renda e de escolaridade, raça/cor e aparência física, entre outros (MELLO; BRITO; MAROJA, 2012).

O caminhar da luta para a obtenção de direitos da população LGBT – a construção da agenda

A partir da análise do tópico 2, encontrado na política e iniciado na página 6 do documento, pode-se perceber a luta por direitos de saúde que priorizassem e atendessem as demandas de diversos grupos sociais, classificados como minoritários. A relevância desse aspecto está no momento em que se inicia o pensamento sobre uma política de saúde direcionada às minorias e na capacidade de reflexão e constatação de que esses grupos necessitam de condições especiais de saúde:

Na perspectiva de difundir os direitos das pessoas e das populações em relação à saúde, o Ministério da Saúde publicou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Brasil, 2006), que explicita os direitos e deveres dos usuários contidos na legislação do SUS. Esta ferramenta, que buscou contemplar as especificidades dos diversos grupos sociais, está disponível a toda a população e possibilita a discussão qualificada em torno do direito à saúde. A Política LGBT é uma iniciativa para a construção de mais equidade no SUS. O compromisso do Ministério da Saúde com a redução das desigualdades constitui uma das bases do Programa Mais Saúde – Direito de Todos – (Brasil, 2008), lançada em 2008 e que visa à reorientação das políticas de saúde com o objetivo de ampliar o acesso a ações e serviços de qualidade. Este Programa, espelhando esta política, apresenta metas específicas para promover ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com destaques para grupos populacionais de negros, quilombolas, LGBT, ciganos, prostitutas, população em situação de rua, entre outros (BRASIL, 2010, p. 4).

A pressão exercida por diferentes movimentos sociais vinculados à defesa dos direitos da população LGBT, desde a década de 1980, exigiu do Ministério da Saúde, inicialmente, estratégias para o enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS e contou, nesse sentido, com a parceria dos movimentos sociais vinculados à defesa dos direitos da população LGBT.

De acordo com os estudos de Carvalho e Philippi (2012, p. 89) a respeito da percepção da população LGBT quanto aos serviços de saúde no Distrito Federal, verificou-se que, apesar de a maioria dos participantes do estudo não assinalar que sofre discriminação em relação à sua identidade sexual, o preconceito foi relatado por 43,33% dos participantes. Esse dado não difere em muito de estudos anteriores, que descrevem que a menor procura pelos serviços de saúde está associada à existência de discriminação neles, ao despreparo dos profissionais para lidar com as “especificidades” desse grupo populacional e às suas dificuldades em revelar sua identidade sexual aos profissionais de saúde.

Com relação à existência de reportagens disponibilizadas no meio eletrônico que tratam da política abordada como tema central e disseminam aspectos do seu lançamento, foi possível encontrar uma notícia no Portal da Secretaria de Políticas para as Mulheres (Presidência da República) sobre o Seminário que discutiu a política no ano de 2013, bem como no *site* da *Folha de São Paulo*, em matéria de Johanna Nublát (2011), acerca da existência de uma política de saúde voltada para o público LGBT no âmbito do Sistema Único de Saúde, reportagem realizada no ano de 2011:

Acesso humanizado à saúde, experiências de atenção à saúde para a população de lésbicas, gays, bissexuais e travestis e transexuais (LGBT) e a implementação do Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT foram alguns dos eixos norteadores do I Seminário Nacional de Saúde Integral LGBT, que ocorreu de 24 a 26 de novembro, em Brasília (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde aproveitou o evento para disparar ações voltadas ao público LGBT. Uma delas foi a assinatura pelo Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, de uma portaria que institui a Política Nacional de Saúde Integral a População LGBT no SUS (NUBLAT, 2011).

Tais notícias indicam a repercussão do assunto na mídia e sugerem a especulação sobre os possíveis resultados ou estratégias de implementação da política, o que leva a crer que existe uma provável expectativa da mídia e dos grupos sociais, presentes nos eventos citados nas notícias, de que a política entre na agenda do governo como componente importante para o suprimento das especificidades de saúde da população beneficiada.

Diante da constatação de programas, conferências, coordenadoria, entre outras ações que tiveram grande responsabilidade na criação da política nacional, podemos também refletir que, mesmo com tal necessidade e confirmação por meio dos órgãos públicos de que havia se chegado a uma etapa crucial na adoção de direitos mais igualitários para a população LGBT, ainda não existe nenhuma lei que assegure direitos civis e sociais a esse grupo.

As seis principais ações que contribuem para o pensamento sobre uma política nacional de saúde integral direcionada ao grupo social LGBT são listadas por Mello, Brito e Maroja (2012, p. 409):

a) criação do Brasil Sem Homofobia (BSH) – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT e de Promoção da Cidadania Homossexual, em 2004; **b)** realização da I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, com o tema direitos humanos e políticas públicas: o caminho para garantir a cidadania de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, em 2008; **c)** lançamento do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNDCDH-LGBT), em 2009; **d)** publicação do decreto que cria o Programa Nacional de Direitos Humanos 3 (PNDH 3), em 2009; **e)** criação da Coordenadoria Nacional de Promoção dos Direitos de LGBT, no âmbito da Secretaria de Direitos Humanos, em 2010; e **f)** implantação do Conselho Nacional LGBT, em 2010, com representação paritária do Governo Federal e da sociedade civil.

Nesse sentido, os referidos autores citam que, apesar das conquistas nesse âmbito e de termos evoluído para a construção de uma política concreta que prevê a necessidade de atenção integral e especial à população LGBT,

[...] o Poder Legislativo ainda não aprovou nenhuma lei que assegure direitos civis e sociais à população LGBT e em que o acesso ao Poder Judiciário é restrito, na maior parte das vezes, às pessoas que dispõem de recursos financeiros para contratar advogadas e às que têm coragem para enfrentar a recorrente homofobia de Estado,

cuja magistrada, diante do vazio legal, muitas vezes ainda se negam a reconhecer que há vidas legítimas e inteligíveis para além da heteronormatividade (MELLO; BRITO; MAROJA, 2012, p. 410).

As diretrizes fundamentais do SUS, em especial, a noção de igualdade e atendimento integral, já fazem parte da realidade histórica da construção de uma política que busca atender às necessidades de um público específico.

Há que se reconhecer, porém, que a existência de importantes níveis de desigualdade de diversas ordens na sociedade brasileira faz com que as condições de acesso de diferentes segmentos da população aos bens e serviços de saúde sejam desiguais. É nesse aspecto que o princípio da equidade se torna fundamental para a consecução dos demais princípios que regem o sistema e para a promoção da justiça social (LIONÇO, 2009 *apud* FERRAZ; KRAICZYK, 2010).

O desafio posto pelo Sistema Único de Saúde é de que a política de saúde no Brasil se construa e se implemente na perspectiva do acesso universal, “[...] reconhecendo as desigualdades existentes no interior da sociedade e criando respostas para minimizá-las. Para isso, a participação dos diferentes segmentos da sociedade no processo de construção e implementação dessas políticas é indispensável” (FERRAZ; KRAICZYK, 2010, p. 71).

Dada a importância e relevância do tema, atualmente, este encontra-se em plena visualização nacional, a partir do momento que passa a compor a agenda do Governo Federal, sendo fundamental para atender a uma demanda de brasileiros que são tratados de forma vil, ou até mesmo degradante, e que, agora, diante da sua movimentação como grupo social ou sociedade civil, ganha visibilidade

A efetivação da política através de uma perspectiva intersetorial – o conteúdo da política

A intersetorialidade das políticas públicas passou a ser uma dimensão valorizada à medida que não se observavam a eficiência, a efetividade e a eficácia esperadas na implementação das políticas setoriais, primordialmente no que se refere ao atendimento das demandas da população e aos recursos disponibilizados para a sua execução. Desse modo, a intersetorialidade passou a ser um dos requisitos para a implementação das políticas setoriais, visando sua efetividade por meio da articulação entre instituições governamentais, bem como entre estas e a sociedade civil (NASCIMENTO, 2010, p. 96).

Os princípios constitucionais do SUS são: a) a universalidade do acesso, compreendido como o “acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”; b) a integralidade da atenção, “entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema”; c) a participação da comunidade institucionalizada por meio de lei regulamentar nos conselhos e conferências de saúde (Lei 8142/90) (Brasil, 1990, art. 7º, inc. I, II, IV IX) (BRASIL, 2010, p. 14).

A incorporação da intersetorialidade nas políticas públicas trouxe a articulação de saberes técnicos, já que os especialistas em determinada área passaram a integrar agendas coletivas e a compartilhar objetivos comuns. Nessa perspectiva, Nascimento (2010, p. 96) entende que “[...] a intersetorialidade pode trazer ganhos para a população, para a organização logística das ações definidas, bem como para a organização das políticas públicas centradas em determinados territórios”. Ao mesmo tempo, abrem-se novos problemas e desafios relacionados à superação da fragmentação e à articulação das políticas públicas, sobretudo, se considerarmos a cultura clientelista e localista que ainda vigora na administração pública.

É importante destacar que a formulação da política depende, dentre outras questões, da possibilidade de emergência das necessidades dos diferentes segmentos da população a que se destina.

Para além das instâncias participativas do próprio Sistema Único de Saúde, tiveram papel fundamental neste processo a existência de outras políticas setoriais, como a Secretaria de Política para as Mulheres e a Secretaria Especial de Direitos Humanos, e de ações governamentais na esfera federal de promoção e defesa da diversidade, como é o caso do Programa Brasil sem Homofobia e da realização da I Conferência Nacional LGBT (FERRAZ; KRAICZYC, 2010, p. 78).

Mesmo que os resultados dessas políticas ainda não possam ser avaliados em termos de melhorias nas condições de saúde da população, o seu

estabelecimento como questão prioritária para a ação pública no campo da saúde já representa um importante avanço. A efetiva implementação dessas políticas dependerá da atuação de um amplo conjunto de atores, que envolve gestores, profissionais de saúde, sociedade civil organizada, academia. Trata-se de um processo social complexo, na medida em que mobilizará diversos objetivos, interesses e valores (SCHRAIBER, 1997), nos mais variados contextos regionais.

São vários os estudos que mostram a complexidade do desafio de as políticas se efetivarem no cotidiano das práticas de saúde, inclusive no que diz respeito à promoção da equidade de gênero na prática dos serviços e às ações específicas do componente de prevenção da política de AIDS brasileira (FERRAZ, 2009; FERRAZ; NEMES, 2009; FELICIANO; KOVACS, 2003; SILVA; D'OLIVEIRA; MESQUITA, 2007 *apud* FERRAZ; KRAICZYK, 2010).

A partir da análise do documento, é notável nas diretrizes gerais da política a intenção deste de facilitar ações através da articulação de diversos setores, ou seja, de uma perspectiva intersetorial, que pode ser destacada mediante exemplos de trechos contidos na política, como:

[...] Promoção da cidadania e inclusão de LGBT por meio da articulação com os diversos setores de desenvolvimento social como: educação, trabalho, segurança e outros; 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, conselheiros e lideranças sociais; Fortalecimento da representação do movimento de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos conselhos de saúde, conferências e demais instâncias de participação social [...] (BRASIL, 2010, p. 15).

Percebe-se também que a própria criação da política se deu por meio de um processo intersetorial e participativo, sendo o resultado dessa integração:

Em 2008, a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República realizou a I Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais promovendo intensa mobilização de governo e da sociedade civil, tanto nas 27 conferências estaduais, como

na etapa nacional que reuniu mais de 600 delegados. Nessa conferência foram debatidos os temas de relevância relacionados a dezoito Ministérios. O Ministério da Saúde submeteu ao debate os princípios desta Política, na intenção de legitimá-los como expressão das necessidades dos grupos LGBT em relação à saúde. A consulta pública, a qual esta Política foi submetida posteriormente, permitiu ampliar a legitimidade da participação social na sua formulação. Finalmente, ao ser aprovada pelo CNS em novembro de 2009, esta Política se legitima como fruto de um amplo processo democrático e participativo (BRASIL, 2010, p. 9).

A política mostra-se interligada com as questões intersetoriais, explicitando que, sem a devida articulação com os diversos setores, estamos frequentemente caminhando para problemas relacionados a implementação ou efetivação das diretrizes e dos objetivos contidos no documento em questão. Há nessa política uma diversidade de trechos nos quais podemos encontrar essa interdependência do funcionamento da política a partir da atenção de diversos atores.

Sua implementação requer desafios e compromissos das instâncias de Governo, especialmente das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, dos Conselhos de Saúde e de todas as áreas do Ministério da Saúde. Da mesma forma, é imprescindível a ação da sociedade civil nas suas mais variadas modalidades de organização que tensionam os governos para a garantia do direito à saúde (BRASIL, 2010, p. 2).

Por outro lado, essa política se comunica de forma restrita com outras. A esse respeito, Nascimento (2010) afirma que os interesses dos sujeitos envolvidos (como governantes, necessidade de colocação da problemática na agenda com objetivo eleitoral e outros) também podem ser divisores de águas relevantes, na medida em que estes podem ser obscurecidos e as ações intersetoriais podem tanto voltar-se para respostas imediatas como se reverter em ações contundentes que consigam criar barreiras políticas de enfrentamento aos interesses.

Constata-se que, apesar dos trechos que demonstram interesse com a ação intersetorial, contribuindo positivamente para as intenções da política, há

o pressuposto de que tais perspectivas são dotadas de interesse por parte do governo e dos seus aliados.

No entanto, pode-se perceber que o desdobramento dessa política com o estado e com o município, conforme discutiremos a seguir, apesar de apresentar-se de maneira teórica, pode ser encontrado no meio eletrônico, com a disponibilização de programas, centros especializados, conselhos, fóruns e até mesmo coordenadorias estaduais, como resultado de ações intersetoriais concretizadas baseadas na política de atenção à saúde integral dos LGBT, concluindo, assim, que existe eficácia na integração dos setores, mesmo que essa ainda não seja suficiente para suprir as necessidades da população ou impulsionar, de forma mais rígida, a formulação e efetivação de leis que beneficiam e protegem esse público.

A Política nacional de saúde de LGBT nas esferas estadual e municipal: percursos e desafios ligados à implementação

Para que de fato ocorra a efetivação da política nacional, deve-se considerar o poder das esferas estadual e municipal, uma vez que dependem destas a implementação da política ou até mesmo a formulação de novas políticas, de forma a abarcar tanto o contexto estadual quanto o municipal.

4.5.2. Secretarias Estaduais de Saúde

Definir estratégias e plano de ação para implementação da Política no âmbito da Unidade Federada e conduzir a pactuação na Comissão Intergestora Bipartite; Coordenar, monitorar e avaliar a implementação da Política, em âmbito estadual, incluindo apoio técnico aos municípios; Garantir a inclusão desta Política no Plano Estadual de Saúde e no PPA setorial estadual; Implantar e implementar instância estadual de promoção da equidade em saúde; Incluir o conteúdo da Política nos processos de educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; Planejar, implementar e avaliar as iniciativas para a saúde integral de LGBT, nos moldes desta Política; Estimular a representação da população LGBT no Conselho Estadual e Municipais de Saúde e nas

conferências de saúde; Implementar ações intersetoriais de promoção da saúde integral de LGBT, por meio da inclusão social e da eliminação da discriminação; Implantar práticas educativas em saúde como estratégia para a promoção da saúde integral de LGBT; Prover apoio técnico aos municípios para a implantação desta Política em todos os seus objetivos (BRASIL, 2010, p. 20).

Segundo Silva e Melo (2000, p. 3), “[...] as vicissitudes da implementação têm sido entendidas como uma das dimensões cruciais para a explicação do insucesso dos governos em atingir os objetivos estabelecidos nos desenhos das políticas públicas”. A implementação revelou-se, portanto, o “elo perdido” nas discussões sobre a eficiência e a eficácia da ação governamental.

Existe, nesse ponto, uma necessidade de discussão sobre a real capacidade técnica de desenvolvimento de programas ou projetos, na esfera estadual ou municipal, que busquem trazer a efetivação da política para o contexto do local onde se pretende aplicar.

Na Tabela 1, disponibilizada abaixo, foram coletados dados secundários através dos *sites* das secretarias estaduais e municipais de saúde de todo o Brasil – com o auxílio complementar apenas de *sites* que disponibilizavam o ano de criação da ação –, o que nos permite analisar a existência de programas, projetos, comitês, conselhos, coordenadorias, serviços de saúde, entre outros, os quais nos direcionam a um patamar de aplicabilidade especificamente da Política nacional de saúde integral da população LGBT, ou com ligação secundária, mas voltados para os direitos dessa população, proporcionando atenção especial às suas particularidades.

É importante esclarecer que, nessa tabela, não foram inclusos eventos, capacitações, a constitucionalidade do reconhecimento do nome social de travestis e transexuais pelo Poder Público, nem mesmo leis que instituem dias específicos em homenagem a datas relacionadas a essa população (o dia de combate à Homofobia, por exemplo).

Tabela 1: Ações voltadas para a população LGBT ligadas às secretarias municipais e estaduais do Brasil

Título	Tipo	Estadual/Municipal	Ano de criação
Plano Municipal de Direitos Humanos	Plano Municipal	Municipal (Acre)	2014
Conselho de Direitos da Cidadania LGBT	Conselho	Municipal (Maceió - AL)	2013
Mutirão de saúde e cidadania para o público LGBT	Ação em saúde	Municipal (Manaus - AM)	2011
Coordenadoria de Políticas Públicas para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais	Coordenadoria	Estadual (Ceará)	2005
Centro de Referência LGBT	Centro de Referência	Municipal (Fortaleza - CE)	2011
Programa Transexuais do HUB - Hospital Universitário de Brasília	Programa	Municipal (Brasília - DF)	2004
Atendimento psicossocial a pais e familiares de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais	Serviço de Saúde	Municipal (Vitória - ES)	2012
Comitê Estadual de Saúde Integral de LGBT de Goiás	Comitê	Estadual (Goiás)	2012
Projeto Transexualismo - Hospital das Clínicas de Goiânia	Projeto/ Serviço de Saúde	Municipal (Goiânia - GO)	1999
Conselho Municipal de Atenção à Diversidade Sexual	Conselho	Municipal (Cuiabá - MT)	2014
Ambulatório de Transexualidade (Hospital das Clínicas - UFMG)	Serviço de Saúde	Municipal (Belo Horizonte - MG)	2014
Centro de referência LGBT de Belo Horizonte - CRLGBT-BH	Centro de Referência	Municipal (Belo Horizonte - MG)	2008
Núcleo de Atendimento e Cidadania à população LGBT - NAC/LGBT	Núcleo de Atendimento	Municipal (Belo Horizonte - MG)	2011
Coordenadoria especial de Políticas de Diversidade Sexual de Minas Gerais - Cods	Coordenadoria	Municipal (Belo Horizonte - MG)	2011

Conselho Estadual de Diversidade Sexual	Conselho	Estadual (Pará)	2009
Ambulatório de Travestis e Transexuais (TT) do Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Clementino Fraga	Serviço de Saúde	Estadual (Paraíba)	2013
Conselho Estadual dos Direitos LGBT	Conselho	Estadual (Paraíba)	2014
Delegacia especializada em crimes homofóbicos	Unidade Policial	Estadual (Paraíba)	2009
Projeto de Relações Etnicorraciais e Combate à Homofobia no Contexto Escolar	Projeto	Municipal (João Pessoa - PB)	2014
Projeto "GLBT", à Luz dos Direitos Humanos: João Pessoa Respeitando a Diversidade	Projeto	Municipal (João Pessoa - PB)	2009
Centro de Pesquisa e Atendimento a Travestis e Transexuais	Serviço de Saúde	Municipal (Paraná - PR)	2013
Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral de LGBT Comitê Técnico	Serviço de Saúde	Estadual (Pernambuco)	2012
Conselho Municipal dos Direitos da População LGBT	Conselho	Municipal (Teresina - PI)	2010
Conselho dos direitos da população LGBT do estado do Rio de Janeiro	Conselho	Estadual (Rio de Janeiro)	2009
Programa Estadual de Combate à Homofobia e promoção da cidadania da população LGBT	Programa	Estadual (Rio de Janeiro)	2010
Programa de Atendimento a Transexuais e Cirurgia de Transgenitalização - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - UFRJ	Programa/ Serviço de Saúde	Estadual (Rio de Janeiro)	1997
Projeto TRANSpondo Barreiras	Projeto	Municipal (Natal - RN)	2010
Comitê Técnico de Saúde da População LGBT do Rio Grande do Sul	Comitê Técnico	Estadual (Rio Grande do Sul)	2013
Conselho Estadual de Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais	Conselho	Estadual (Santa Catarina)	2013

Plano Municipal de Políticas Públicas e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros	Plano Municipal	Municipal (Florianópolis - SC)	2012
Centro de Referência em Direitos Humanos Estamira Gomes de Sousa	Centro de Referência	Municipal (Florianópolis - SC)	2014
Plano Estadual de Enfrentamento à Homofobia e Promoção da Cidadania LGBT (2009)	Plano Estadual	Estadual (São Paulo)	2009
Plano Estadual de enfrentamento da epidemia de AIDS e das DST entre GAYS, outros HSH e Travestis	Plano Estadual	Estadual (São Paulo)	2009-2012
Plano Operativo de Saúde Integral da População LGBT aprovado pelo CMS -SP	Plano Operativo	Municipal (São Paulo - SP)	2014
Conselho Estadual dos Direitos da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais	Conselho	Estadual (São Paulo)	2010
Coordenação de Políticas para a Diversidade Sexual do Estado de São Paulo	Coordenação	Estadual (São Paulo)	2009
Ambulatório de saúde integral de travestis e transexuais (ASITT) do CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO - DST/AIDS-SP	Serviço de Saúde	Estadual (São Paulo)	2010
Comitê Intersecretarial de Defesa da Diversidade Sexual	Comitê Intersecretarial	Estadual (São Paulo)	2005
Manual para promoção dos direitos LGBT no trabalho	Manual	Municipal (São Paulo - SP)	2014
Conselho Municipal de Atenção à Diversidade Sexual	Conselho	Municipal (São Paulo - SP)	2005
Coordenadoria de Assuntos de Diversidade Sexual	Coordenadoria	Municipal (São Paulo - SP)	2005
Centro de Combate à Homofobia - CCH	Centro de Referência	Municipal (São Paulo - SP)	2006
Programa de combate ao preconceito contra travestis e transexuais: "Sou travesti e tenho direito de ser quem sou"	Programa	Municipal (Palmas - TO)	2011

Fonte: Informações disponíveis em meio eletrônico

Após a análise dos dados, percebemos que – com exceção do estado e do município de São Paulo – nenhum dos estados ou municípios do Brasil disponibilizou mais de 4 (quatro) ações nos sites das secretarias de saúde e prefeitura voltadas para a população LGBT, o que demonstra a baixa aplicabilidade da política.

Quando direcionamos os dados apenas para os serviços de saúde, os quais citam a articulação com a política analisada neste estudo, esse número diminui drasticamente. Em todo o Brasil, foram encontrados apenas 6 (seis) serviços de saúde que atendem as especificidades dessa população. Esse resultado indica a dificuldade da implementação de políticas e ações voltadas para a saúde da população LGBT. Cumpre recordar que a própria Política nacional de saúde integral à população LGBT recomenda o seguinte:

4.5.3. Secretaria Municipal de Saúde

Implementar a Política no município, incluindo metas de acordo aos seus objetivos; Identificar as necessidades de saúde de LGBT no município; Garantir a inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais; Estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação de gestão e do impacto da implementação dessa política; Inserir o conteúdo da Política LGBT nos cursos que compõem a educação permanente de trabalhadores da saúde; Articular outros setores de políticas sociais, incluindo instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de melhoria das condições de vida de LGBT em conformidade com a Política;

Apoiar a participação social de LGBT nos Conselhos Municipais, conferências e todos os processos participativos; Implantar práticas educativas na rede de serviço para melhorar a visibilidade e o respeito à LGBT; Apoiar iniciativas da população e dos movimentos sociais que visem o empoderamento e fortalecimento da população LGBT, incluindo práticas de educação popular, organização política e outros (BRASIL, 2010, p. 21).

Quais seriam, realmente, em termos de garantia para a efetivação de uma política nacional, as certezas obtidas pela população sobre a incumbência e participação do estado e do município em “apoiar”, “garantir”, “estabelecer” ou “implantar” iniciativas estratégicas com enfoque nos documentos já formulados?

Durante uma entrevista no ano de 2014, o professor Jorge Lyra, da Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, tratou sobre aspectos referentes à efetividade dessa política:

Ainda não existe um processo de avaliação da política para afirmar de maneira categórica quais são seus frutos. Entretanto, pensando no campo de análise e política, a formulação das proposições já é uma forte provocação, na medida em que chegamos a fazer um documento como esse, que tem sido distribuído nacionalmente. Iniciativas de formação de lideranças vêm sendo promovidas para que o movimento possa ser fortalecido e o documento reforça isso porque é uma ferramenta legítima a se recorrer. Começamos a ter portarias complementares para formalizar essas propostas e isso tem um rebatimento para o serviço de saúde. No caso, por exemplo, dos transexuais e transgêneros, o hospital precisa ter toda uma formação e diversos profissionais – fonoaudiólogos, cirurgiões plásticos –, que possam assessorar e fazer o serviço de forma integrada. É complexo e eles precisam ser bastante cuidadosos com isso.

Quanto às medidas que podem ser relevantes para alcançar o sucesso na política, o professor, na mesma entrevista, aborda a importância da integração e da ação do estado e município para a real efetivação política e culpabiliza não apenas os profissionais, mas também a estrutura do serviço, juntamente com a capacitação e qualificação.

Considerações finais

A iniciativa de analisar a Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais partiu da necessidade de se produzir cientificamente trabalhos que, a partir da prática e análise

documental, se preocupem em identificar o patamar das políticas públicas no Brasil voltadas para essa população, bem como as trajetórias atingidas ou adquiridas, de maneira a buscar, na prática, a eficácia e a aplicação das diretrizes e dos objetivos dessas políticas.

Igualmente, devido à alta exposição a riscos e à vulnerabilidade social da população LGBT, deve-se estudar aspectos como: a partir de que déficit na comunidade essa política de saúde foi elaborada; como vem sendo aplicada; em que contextos esta propõe a sua efetivação, bem como os desafios que devem ser desbravados para que isso, de fato, aconteça.

Refletiu-se ainda que a esfera estatal e a esfera municipal são as principais responsáveis por disseminar a política através de ações organizadas voltadas para o contexto local. Constatou-se, contudo, a partir de visitas aos *sites* do Ministério da Saúde e das Secretarias Municipais e Estaduais, que há pouca incidência de programas e ações no sentido de colocar em prática tal política e que se preocupem com a saúde integral da população LGBT, levando em conta suas especificidades.

Acredita-se que uma das dificuldades de se implementar políticas voltadas para a população LGBT decorra da baixa qualificação e preparo dos responsáveis por essas ações nos governos estaduais e, principalmente, municipais.

Para que seja colocada em prática uma política de saúde realmente integradora, temos que assumir que se faz inevitável o investimento em formação profissional focada no desenvolvimento de competências de comunicação dos profissionais para que eles sejam capazes de utilizar uma linguagem neutra e não discriminatória das orientações sexuais, implicando uma mudança no pensar e agir da comunidade, rompendo com os padrões heterossexuais hegemônicos influenciadores da conduta pessoal e profissional (CARVALHO; PHILIPPI, 2012, p. 85).

Considera-se, também, que a implementação dessas políticas deve se dar de modo intersetorial e contar com a participação da sociedade civil, das redes e dos *stakeholders* de maneira geral, com vistas a garantir a efetivação das políticas e ações do Estado, tão relevantes a esse público.

Conclui-se que, apesar de presentes, as políticas e os programas de saúde integral para a população LGBT configuram-se como bastante tímidos e

restritos, em grande medida, a regiões mais desenvolvidas do país. Nesse sentido, parece ser óbvio perceber que destacada parcela dessa população ainda carece de ação do Estado.

Este artigo buscou esclarecer o conteúdo da Política nacional integral de saúde do grupo LGBT a partir da abordagem do *policy cycle* e da análise de políticas, levando em conta as suas trajetórias, diretrizes e os desafios pertinentes à eficácia de tal política. Obviamente, não se pretendeu medir ou concluir a sua eficiência de fato. Porém, acredita-se que a análise aqui desenvolvida seja fundamental para iniciar a reflexão sobre a implementação e os obstáculos inerentes a uma política pública.

Espera-se, assim, que, para além da ótica em análise da política – mas de modo a complementar os estudos sobre a possível eficácia desta –, outras pesquisas sejam desenvolvidas com vistas a identificar, por exemplo, as maneiras com que os usuários de saúde pertencentes à população LGBT são, de fato, acolhidos nos serviços de saúde, de acordo com o preconizado na legislação que rege o SUS.

Referências

- ARENDDT, Hannah. *Condição Humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.
- BARDIN, Laurence. *Análise do conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1995.
- BRASIL. Constituição. Dos Princípios Fundamentais: art. 3º do inciso IV. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 21 jul. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos – Presidência da República. *Relatório sobre violência homofóbica no Brasil*. 2011.
- BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos – Presidência da República. *Relatório sobre violência homofóbica no Brasil*. 2012.
- BRASIL. *I Seminário sobre política nacional de saúde LGBT tem participação da SPM*. Portal da Secretaria de Políticas para Mulheres – SPM, Brasília, 2013. Área de imprensa. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/area-imprensa/ultimas_noticias/2013/11/28-11-i-seminario-nacional-sobre-a-politica-nacional-de-saude-lgbt-tem-participacao-da-spm>. Acesso em: 27 dez. 2015.
- CARVALHO, Laudezine; PHILIPPI, Miriam. Percepção de lésbicas, gays e bissexuais em relação aos serviços de saúde. *Universitas: Ciências da Saúde*, Brasília, v. 11, n. 2, p. 83-92, 2012.
- DE LA DEHESA, Rafael. *Queering the Public Sphere in Mexico and Brazil: Sexual Rights Movements in Emerging Democracies*. Duke University Press, Durham – North Carolina, 2010.
- FACEIRA, Lobelia. Os movimentos sociais e as políticas públicas no cenário brasileiro. *Revista Colombiana de Ciências Sociais*, Colombia, v. 5, n. 1, p. 171-196, 2014.
- FERRAZ, Dulce; KRAICZYK, Juny. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 70-82, 2010.
- FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n. 21, p. 211-259, 2000.
- GRANT, Jaime. Public Policy Issues Affecting Lesbian, Gay, Bisexual And Transgender Elders: national Gay and Lesbian Task Force Policy Institute. *Outing Age*, National Gay and Lesbian Task Force Policy Institute, v. único, p. 1-162, 2010.
- HÖFLING, Eloisa. Estado e políticas (públicas) sociais. *Cadernos Cedes*, Campinas, ano XXI, n. 55, p. 30-41, 2001.

ITABORAHY, Lucas. *LGBT Rights in Brazil: an analysis of the public policies established by the Federal Government to recognize the human rights of the LGBT community*. A dissertation submitted in partial fulfilment for the degree: Master in Human Rights Practice, 2012. 59 p.

LAX, Jeffrey; PHILLIPS, Justin. Gay Rights in the States: Public Opinion and Policy Responsiveness. *American Political Science Review*, Cambridge, v. 103, n. 3, p. 367-386, 2009.

LIONÇO, Tatiana. Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 11-21, 2008.

LOWI, Theodor. American Business, Public Policy, Case Studies and Political Theory. *World Politics*, Princeton, n. 16, p. 677-715, 1964.

LOWI, Theodor. Four Systems of Policy, Politics, and Choice. *Public Administration Review*, Washington, n. 32, p. 298-310, 1972.

LYRA, Jorge. *Política Nacional de Saúde LGBT traz avanços, mas muda pouco a realidade dessa parcela da população*. Recife: Portal DSS Nordeste; 28 maio 2014. Entrevista concedida a Maira Baracho. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/entrevistas/politica-nacional-de-saude-lgbt-traz-avancos-mas-muda-pouco-a-realidade-dessa-parcela-da-populacao/>>. Acesso em: 18 dez. 2014.

MACHADO, Cristiani; SALVADOR, Fernanda; O'DWYER, Gisele. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-528, 2011.

MAYHEW, David. *Congress: The Electoral Connection*. New Haven, CT: Yale University Press, 1974.

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

NASCIMENTO, Sueli. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 101, p. 95-120, 2010.

NUBLAT, Johanna. *Equilíbrio e Saúde: Governo lança política de saúde LGBT no SUS*: Matéria de Johanna Nublat. Folha de São Paulo, Brasília, 2011. Disponível em: <<http://m.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/1015086-governo-lanca-politica-de-saude-para-publico-lgbt-no-sus.html>>. Acesso em: 28 dez. 2014.

PEREIRA, Potyara. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BEHRING, E. R. *et al.* (Org.). *Política social no capitalismo: tendências contemporâneas*. São Paulo: Cortez, 2008. p. 87-108.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *Saúde das Mulheres Lésbicas: promoção da Equidade e da Integralidade*. Belo Horizonte, 2006.

SCHRAIBER, Lilia. Prefácio. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz/ABRASCO, 1997, p. 9-13.

SERAFIM, Milena; DIAS, Rafael. Análise de política: uma revisão da literatura. *Cadernos Gestão Social*, Rio Grande do Sul, n. 1, v. 8, p. 121-134, 2012.

SILVA, Pedro; MELO, Marcus André. O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. *NEPP – UNICAMP*, Campinas, n. 48, p. 2-16, 2000.

SMITH, Miriam. *Queering Public Policy: a Canadian perspective*. Paper presented at the Annual Meeting of the Canadian Political Science Association, York University, Toronto, June 1-3, 2006.

SOUZA, Celina. “Estado do campo” da pesquisa em políticas públicas no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 15-20, fev. 2003.

_____. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Rev. Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

TREVISAN, Andrei; VAN BELLEN, Hans Michael. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. *RAP – Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 529-550, 2008.

