

6. ENTRE A AIDS E A INTEGRALIDADE: TRAVESTIS, TRANSEXUAIS, BISEXUAIS, LÉSBICAS E GAYS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Marcelo Perilo¹, Cláudio Pedrosa², Camilo Albuquerque de Braz³ e Luiz Mello⁴

6.1. Apresentação

Este texto⁵ é parte do relatório final dos projetos de pesquisa *Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: um mapeamento crítico preliminar* e *Políticas públicas para a população LBTT: mapeamento de iniciativas exemplares para o estado de Goiás*⁶. Nesse âmbito mais geral, foi analisado um conjunto de políticas públicas nas áreas de saúde, educação, segurança, trabalho, assistência e previdência social demandadas e direcionadas a travestis, transexuais, lésbicas, gays e bissexuais. Com esse panorama maior em perspectiva, focalizamos neste texto as políticas públicas de saúde, buscando compreender suas dinâmicas a partir dos processos institucionais relativos aos níveis de concepção, planejamento, execução e avaliação, levando em conta também os sujeitos relacionados

¹ Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Goiás e pesquisador do Ser-Tão, Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero e Sexualidade da UFG. gymp3@hotmail.com.

² Mestre em Psicologia Social pela PUC/SP e professor convidado do Departamento de Psicologia da PUC/GO. claudiohpedrosa@yahoo.com.br.

³ Professor Adjunto I, área antropologia, da Faculdade de Ciências Sociais, e pesquisador do Ser-Tão – UFG. camilo_braz@yahoo.com.br.

⁴ Professor Associado I, área sociologia, da Faculdade de Ciências Sociais, e pesquisador do Ser-Tão – UFG. luizman@gmail.com.

⁵ Uma versão preliminar deste texto, intitulada *Certos sujeitos, determinados desejos: das políticas de saúde para a população LGBT no Brasil*, foi apresentada no [Seminário Internacional Fazendo Gênero 9](#), ocorrido de 23 a 26 de agosto de 2010, em Florianópolis (Santa Catarina), no Simpósio Temático 35, *Gênero e saúde coletiva: direitos, tecnologias e dispositivos assistenciais*, coordenado por Paula Sandrine Machado e Tatiana Lionço.

⁶ Tais projetos foram desenvolvidos pela equipe do Ser-Tão e contaram com apoio financeiro da [Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República \(SDH\)](#) e da [Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de Goiás \(FAPEG\)](#), respectivamente.

com o fluxo decisório desses quatro momentos. Procuramos verificar em que parâmetros vêm sendo elaboradas e implementadas políticas públicas de saúde para TGBL⁷ e o contexto que viabilizou, nesta área, as ações mais consolidadas, transversalizadas, intersectorializadas e pioneiras no que diz respeito a tal população no país.

O termo saúde aqui considerado não é subsidiário apenas de uma compreensão de ausência de doenças. Essa acepção pode ser verificada inclusive desde a perspectiva da Organização Mundial de Saúde, que indica o “estado de completo bem-estar físico, mental e social”, ainda que essa apreciação resulte abstrata e restrita ao contexto histórico pós-segunda guerra, como pontuam Almeida filho (2000) e Sergre e Ferraz (1997). A concepção que permeia este texto remete à definição que prevalece no Brasil desde a [VIII Conferência Nacional de Saúde](#), realizada em 1986, que a sinaliza como um direito “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso aos serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 4).

Dessa perspectiva, a saúde está relacionada a significados construídos por uma dada sociedade, em um determinado momento histórico. Indicamos que as limitações e os obstáculos ao desenvolvimento e à aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural. Sua conquista decorre, portanto, das lutas históricas, empreendidas pela população e sua resolução exige que o Estado assuma explicitamente uma política de saúde integrada com as demais políticas econômicas e sociais, garantindo os meios para efetivá-las.

As políticas de saúde devem ser entendidas no contexto de uma rede de saberes e poderes em constante disputa, envolvendo atores políticos diversos, como movimentos sociais, partidos políticos, grupos religiosos, associações profissionais, conglomerados farmacêuticos, entre outros. Portanto, nossas reflexões questionam essencialismos

⁷ Optamos pela utilização aleatória da ordem das letras que compõem a sigla LGBT, a qual assume, no texto aqui apresentado, a forma GLBT, TLBG, BTGL e muitas outras. Entendemos que os grupos organizados de travestis, transexuais, lésbicas, gays e bissexuais no Brasil passam por um momento de forte afirmação de suas demandas na área política, ao mesmo tempo em que são aliados em permanente disputa identitária e de poder, a despeito de se apresentarem e de serem socialmente vistos como um movimento social unificado. Mais que privilegiar uma ordem fixa e rígida de letras na sigla, o que poderia gerar o entendimento de que demandas de uns grupos são mais importantes ou prioritárias que de outros, utilizamos o conjunto de letras B, G, L e T em qualquer sequência, como marcador identitário desse conjunto de grupos sociosexuais, sem que se estabeleçam hierarquias ou subordinações entre eles.

associados às disputas identitárias entre sujeitos políticos policiados, o biopoder que regula corpos e práticas, além de discursos que circunscrevem o questionamento da norma heterocêntrica à esfera das patologias e desvios (HALPERIN, 2004).

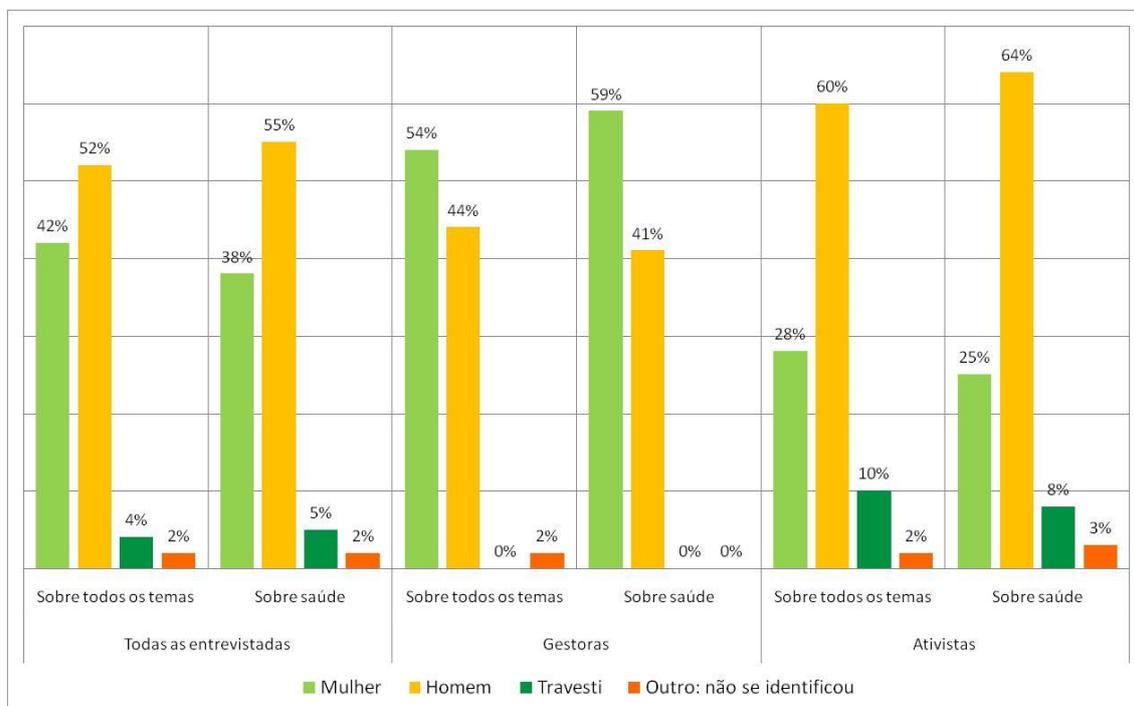
As análises apresentadas foram construídas a partir de: 1) pesquisa bibliográfica; 2) análise de documentos; 3) realização de entrevistas e aplicação de questionários com 17 gestoras⁸ da área de saúde, sendo quatro municipais, 11 estaduais e duas federais; e 4) entrevistas com pessoas vinculadas à sociedade civil organizada LGBT. A pesquisa foi realizada entre fevereiro de 2009 e setembro de 2010, sendo seu universo geográfico composto por nove estados e pelo Distrito Federal, e suas respectivas capitais, contemplando as cinco macrorregiões econômicas do país, assim distribuídos: Amazonas e Pará; Rio Grande do Sul e Paraná; Piauí e Ceará; Goiás e Distrito Federal; São Paulo e Rio de Janeiro⁹.

Dentre as 95 entrevistadas no âmbito geral da pesquisa – 52 gestoras e 43 ativistas –, um total de 58 pessoas mencionaram algo, ao longo da entrevista, sobre saúde da população LTGB. Nos gráficos abaixo apresentamos os perfis por identidade de gênero e orientação sexual das interlocutoras que abordaram o tema saúde – 22 gestoras e 36 ativistas.

⁸ Neste texto e em todo o relatório das pesquisas, invertemos deliberadamente a regra gramatical que define o masculino como elemento neutro e adotamos o feminino como referência constante, independentemente do sexo dos sujeitos referidos. Adjetivos e substantivos masculinos, em nossa convenção, passam a ser o termo particular, usado apenas para referir pessoas do sexo masculino, quando no singular. Seguramente, o estranhamento inicial decorrente desta feminização da escrita e insurreição contra o androcentrismo lingüístico passará após algumas poucas páginas de leitura.

⁹ Para detalhamento do método, amostra e decisões gerais na pesquisa, consultar texto [Políticas públicas para população LGBT no Brasil: apontamentos gerais de uma pesquisa inacabável](#), integrante deste Relatório.

Gráfico 1. Perfil da amostra (52 gestoras e 43 ativistas) e das entrevistadas que trataram do tema saúde (22 gestoras e 36 ativistas), por identidade de gênero.

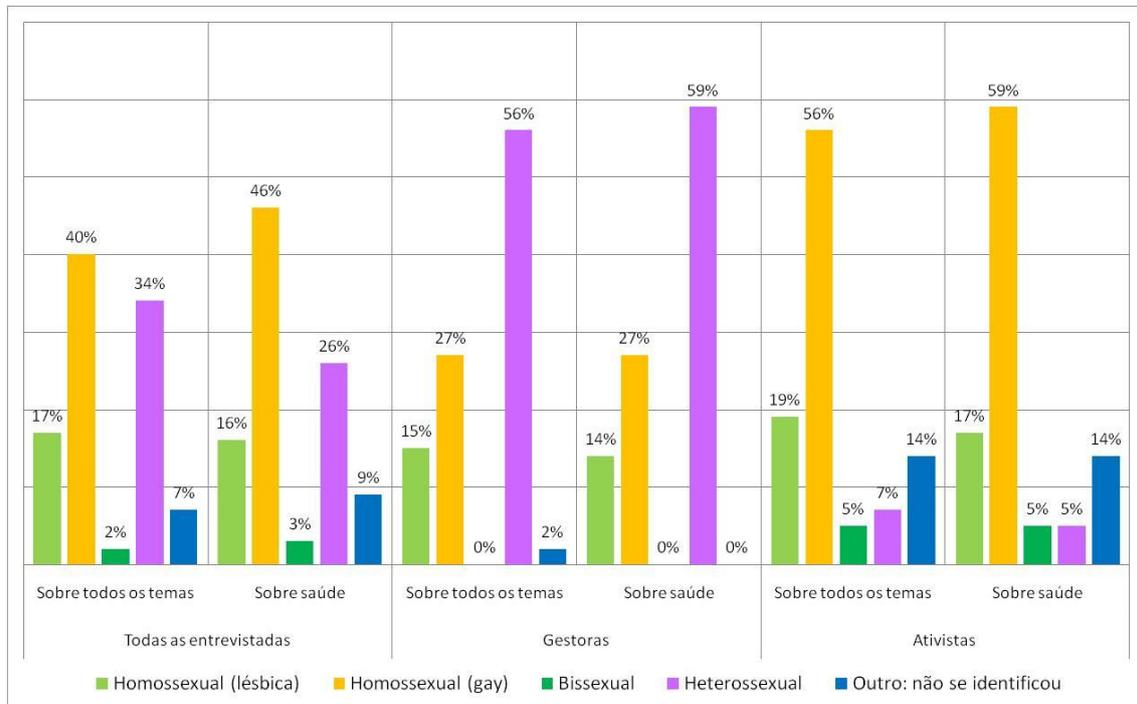


Fonte: UFG, Ser-Tão, Políticas públicas para população LGBT: um mapeamento crítico preliminar, 2010.

Como se observa no Gráfico 1, a prevalência de homens dentre todas as entrevistadas é replicada no conjunto de ativistas, seja quando abordam temas relacionados à saúde, seja quando tratam de qualquer outro assunto. Destacamos, entretanto, a prevalência de mulheres entre as gestoras e, ainda, que não foram entrevistadas gestoras travestis.

Já no tocante à orientação sexual das entrevistadas, como expresso no Gráfico 2, ainda que gays correspondam ao maior segmento no total de entrevistadas, no grupo de ativistas esta forte presença se mostra ainda mais assimétrica, considerando sua prevalência em relação às militantes lésbicas, travestis, bissexuais e heterossexuais. A hegemonia homossexual masculina no ativismo contrasta com o perfil das entrevistadas que integraram o grupo de gestoras entrevistadas, em sua maioria mulheres heterossexuais.

Gráfico 2. Perfil da amostra (52 gestoras e 43 ativistas) e das entrevistadas que trataram do tema saúde (22 gestoras e 36 ativistas), por orientação sexual.



Fonte: UFG, Ser-Tão, Políticas públicas para população LGBT: um mapeamento crítico preliminar, 2010.

Quanto à documentação analisada, destacamos a grande quantidade de planos, programas, atos do Poder Executivo (municipal, estadual e federal) e legislação que dizem respeito a políticas de saúde voltadas à população TLBG. Um exemplo desse conjunto de iniciativas é o expressivo número de propostas para a área de saúde aprovadas na Plenária Final da [Conferência Nacional LGBT](#), realizada em 2008. Tais propostas funcionam como norteadores ou balizadores para ações e programas, embora sua implementação esteja limitada pelos desafios postos às políticas públicas de saúde em geral e, ainda, em função de um contexto específico referente ao atendimento da população LGBT.

Para refletirmos sobre as políticas públicas em questão, decidimos por focar alguns documentos e iniciativas que permitissem um ponto de partida mais abrangente para a análise. Entretanto, apesar de elegermos certos planos, programas e ações como *bons pra pensar*, não deixamos de consultar outros documentos que por ora não constam aqui analisados. Ainda assim, criamos um banco de dados com a íntegra do material mapeado

pela pesquisa, onde é possível acesso a inúmeras referências documentais da área de saúde referentes à população BGTL¹⁰.

O texto está estruturado em quatro seções. Na primeira, *Novos cenários e sujeitos: a emergência de políticas para LGBT no Brasil*, apresentamos um panorama das circunstâncias sociais e políticas que viabilizaram a emergência de ações do Poder Executivo, na área de saúde, para esta população. Esse contexto remete ao surgimento da aids, bem como às distintas respostas da sociedade civil organizada e do governo frente à epidemia. A segunda seção intitula-se *Contrastes e consonâncias: modelos de saúde para população LGBT no Brasil*, onde discutimos uma modalidade de promoção de saúde para TGBL focado na prevenção e combate às dst/hiv e a relação deste modelo com outro mais recente baseado no princípio de integralidade na atenção à saúde. Em seguida, temos a seção 3, *Desafios, problemas e demandas nas políticas de atenção à saúde da população LGBT*, em que são enfatizadas as peculiaridades na implementação de iniciativas a partir da análise de questionários respondidos e entrevistas realizadas no contexto da pesquisa. O contraste entre formulação e execução de ações dirigidas aos segmentos que integram o público-alvo das políticas consideradas neste texto é o mote para as reflexões apresentadas na Seção 4, *Travestis, transexuais, gays, lésbicas e bissexuais nas políticas de saúde*. Nas considerações finais, elencamos alguns elementos para a construção de políticas de Estado que contribuam para a garantia da cidadania e dos direitos humanos da população LGBT, incluindo a área de saúde, em lugar de ações governamentais restritas e subordinadas às incertezas da conjuntura política.

6.2. Novos cenários e sujeitos: a emergência de políticas públicas de saúde para a população LGBT no Brasil

As primeiras ações e programas do Governo Federal para a população TBGL no país foram construídas no âmbito da saúde, em função de peculiaridades associadas à epidemia

¹⁰ Para consultar o levantamento de ações, programas e legislação voltados à saúde da população GTBL, acesse o item *Documentos* no menu do sítio que hospeda o relatório da pesquisa.

de aids. Desde a década de 1980, a saúde é a pasta que congrega as ações mais numerosas, efetivas e estruturadas para LTGB no Brasil, nos âmbitos federal, estadual e municipal, geralmente associadas ao combate às dst/hiv/aids, e apenas muito recentemente concebidas a partir de um referencial de saúde integral.

As condições para a articulação dessas políticas de saúde estão implicadas em um panorama abrangente. Com a realização da *I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, em Ottawa, Canadá, em 1986, a Organização Mundial de Saúde, por meio de sua 30ª Assembléia, estabeleceu parâmetros para fomento e acesso à saúde em todo o mundo. Com a realização da Conferência, foi compilada a [Carta de Ottawa](#), na qual os países signatários se comprometeram a promover políticas de saúde e, por meio delas, proporcionar desenvolvimento econômico e social.

Em um processo iniciado na década de 1960 na América do Norte e Europa, e nos 70 na América Latina, novos movimentos sociais destacaram mulheres, negros e homossexuais na arena pública como sujeitos políticos na luta por direitos civis (FACCHINI, 2005). Na América do Sul, em específico, a partir dos anos 1980, vários países passaram por processos de redemocratização após períodos de ditadura militar, o que possibilitou a retomada da interlocução entre sociedade civil e Estado, em busca da garantia de cidadania e direitos humanos, inclusive por meio da formulação de políticas públicas na área de saúde.

A peculiaridade do processo de redemocratização é fundamental para compreender esse novo período no Brasil. A mobilização popular permitiu a participação de vários setores sociais na *VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS)*, em 1986. Essa atividade foi divisora de águas no país, pois proporcionou condições para uma reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS (POLIGNANO, 2010).

Nesse contexto de lutas pela garantia de acesso universal a serviços de saúde de qualidade, é realizada a Assembléia Nacional Constituinte, responsável pela elaboração da nova Carta Magna do Brasil. Promulgada em 1988, a nova Constituição Federal reafirmou os princípios indicados na VIII CNS, ou seja, a perspectiva de saúde como um direito social de todas e um dever do Estado, além da instituição do Sistema Único de Saúde, que é o

dispositivo institucional que define as condições para o planejamento e a implementação de políticas de saúde¹¹.

Paralelamente ao processo de redemocratização e de formulação de uma nova política de saúde, a repercussão da morte do estilista Markito, em 1983, significou o início da transformação da aids em um tema bombástico e largamente explorado nos meios de comunicação de massa (SIMÕES e FACCHINI, 2009). Os discursos midiáticos e médicos atribuíram a pecha de responsáveis e culpados pelo alastramento da nova doença no país às adeptas de práticas não referendadas por padrões morais hegemônicos de comportamento, com destaque para usuárias de drogas injetáveis¹² e, ainda mais ostensivamente, homossexuais, rótulo que englobava grupos identitários diversos, como gays, bissexuais, travestis e HSH¹³ (PELÚCIO, 2007).

Com a ampliação do número de casos de aids e em decorrência da pressão da sociedade civil, o governo federal – que, inicialmente, não havia respondido à epidemia com celeridade – passa a buscar políticas que atenuassem seu alastramento. Assim, em 1986, é criado o Programa Nacional de DST e Aids (hoje denominado [Departamento de DST, Aids e](#)

¹¹ O Sistema Único de Saúde foi criado efetivamente a partir da [Lei nº 8.080](#), de 19 de setembro de 1990. Ainda que em menos de duas décadas o SUS tenha se tornado um dos maiores projetos de inclusão social do país, inúmeras dificuldades desafiam o funcionamento deste sistema, entre as quais se destacam a precariedade no atendimento à população em geral, restrições orçamentárias e dificuldades na interlocução entre os três níveis de governo: federal, estadual e municipal (SANTOS, 2008; FALEIROS et. al., 2006).

¹² Salientamos aqui a existência, ainda em um primeiro momento da epidemia, de outros sujeitos “condenados”, a exemplo de hemofílicos, no contexto brasileiro, e haitianos, no caso estadunidense.

¹³ Trata-se de uma sigla que indica “homens que fazem sexo com homens”. Ela consta nos documentos oficiais identificando sujeitos que têm práticas eróticas independente de alguma identidade, tal como “homossexual” ou “bissexual”. Cabe observar a existência de uma discussão que problematiza a adoção desse termo, considerando, por um lado, que ele nega a relevância de uma política de afirmação identitária da homossexualidade, fundamental, inclusive, nas ações de combate à epidemia de hiv e, ainda, que reforça a invisibilidade de travestis e transexuais, ao incluir esses grupos em uma categoria definida pela hegemonia do masculino “homens”. Por outro lado, há também o entendimento de que a utilização da expressão HSH pode contribuir para a superação de uma perspectiva essencialista da sexualidade, uma vez que a definição se dá não pela identidade dos sujeitos, mas de suas práticas: “que fazem sexo com homens” – sem negar a diversidade presente no termo “homens”, grafado no plural. O caráter estratégico da utilização do termo “HSH” viabilizaria, ainda, a formulação de políticas de prevenção ao hiv voltadas para homens que não se identificam com as categorias T, B e G. Persiste o debate entre aquelas que rejeitam o termo como nocivo às identidades políticas (MOTT, 2000) e impositor de “homem” como categoria universal (CARRARA & SIMÕES, 2007); e as que o adotam como um dispositivo estratégico para ampliar a ação das políticas preventivas no campo das dst/aids (ROSSI, 2002; PARKER, 2004).

[Hepatites Virais](#)), vinculado ao Ministério da Saúde. Por meio dessa iniciativa, o governo federal realizou campanhas para prevenção e combate à epidemia e passou a captar recursos internacionais¹⁴ para fomento a uma política de acesso a medicamentos, insumos e tratamentos que assegura ao Brasil lugar de destaque dentre os países com programas democráticos e abrangentes no combate a aids, e pioneiro no grupo de países emergentes¹⁵ (FACCHINI, 2005).

Tal cenário contextualiza as iniciativas para a população de gays, travestis e HSH no âmbito da saúde, ainda que as ações fossem caracterizadas pelo foco específico no combate à aids. Embora o surgimento da epidemia, assim como as primeiras medidas governamentais para seu combate, preceda a Constituição de 1988 e a implementação do SUS, a criação deste, aliada à atuação da sociedade civil, foi fundamental para assegurar condições de vida para a população de gays, travestis e HSH afetados pelo hiv, em virtude de seus princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização e participação da comunidade.

No Brasil do período pré-aids, ou seja, até o início da década de 1980, o movimento homossexual se organizava, ainda que de maneira incipiente, em coletivos pouco institucionalizados que buscavam visibilidade e garantia de direitos civis elementares, a exemplo da despatologização da homossexualidade. Nem de longe estavam na ordem do dia reivindicações como acesso a direitos conjugais e parentais para casais de pessoas do mesmo sexo, como acontece hoje na maior parte dos países onde homossexualidade não é tipificada como crime. A partir da epidemia, organizações da sociedade civil passaram a receber financiamento para realizar atividades de prevenção a doenças sexualmente transmissíveis (dst) e aids, o que favoreceu a criação de novos grupos homossexuais – e, posteriormente, LGBT – pelo país, configurando uma inédita relação entre a sociedade civil e o Estado.

¹⁴ Destacam-se os acordos de empréstimo com o Banco Mundial, que proporcionaram, por exemplo, a criação dos programas Aids I (1994 a 1998) e Aids II (1999 a 2002).

¹⁵ Assinalamos dentre os êxitos do Programa Nacional de Aids a distribuição gratuita de anti-retrovirais, iniciada em 1996, considerando ainda as ações de quebra de patentes de alguns desses medicamentos (MELLO e PERILO, 2008).

Mas não se pode deixar de registrar que uma das trágicas conseqüências da aids foi a morte de ativistas e, inicialmente, um grande refluxo no movimento homossexual, no Brasil e no mundo. Alguns grupos criados anteriormente à epidemia foram desestruturados ou deixaram de existir. Emergiu, então, o que Facchini (2005) denomina como a segunda onda do movimento no país. Esse novo momento é caracterizado pela institucionalização dos grupos e a crescente articulação do ativismo BLGT no enfrentamento à epidemia por meio de projetos financiados pelo então PN Aids, o que viabilizou a execução de atividades no combate e prevenção das dst/hiv, o aluguel de sedes para os grupos e o pagamento de prestação de serviços a militantes. Neste contexto, em 1995, foi fundada a principal entidade que busca reunir grupos GTBL em nível nacional, a [Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais \(ABGLT\)](#).

Observa-se, então, que o Programa Nacional de Aids não se configurou como uma iniciativa específica para a população GBT¹⁶, mas em grande medida promoveu iniciativas direcionadas a ela. O PN é uma política bem-sucedida quando comparada às demais direcionadas a tal público, sendo possível constatar estrutura, recursos e efetividade das ações do Estado brasileiro para a formulação e implementação de iniciativas que atendam inclusive à população LGBT¹⁷. Claro, porém, que a política de combate ao hiv e à aids ainda hoje tem sido objeto de críticas oriundas da sociedade civil, tendo em vista, por exemplo, a carência de campanhas publicitárias de prevenção ao hiv dirigidas à população TBG.

Não restam dúvidas de que está configurado um grande contraste no conjunto das políticas públicas destinadas a essa população. Enquanto em outras áreas, inclusive na saúde em um sentido mais geral, é notável a escassez ou incipiência de iniciativas destinadas para LGBT, as ações no âmbito da prevenção e combate às dst/hiv/aids possibilitaram as

¹⁶ As lésbicas, mulheres bissexuais e mulheres que fazem sexo com mulheres não constam nessa sigla porque não eram público-alvo nesse contexto de emergência de políticas de prevenção e combate às dst/hiv/aids no país. Tal população só será focada em iniciativas governamentais posteriores, como se verá a seguir.

¹⁷ Como destaca Pelúcio (2007), a proposição de políticas também está relacionada a uma conjuntura internacional. Isso nos permite identificar posturas assumidas pelo governo brasileiro para além de suas fronteiras, a exemplo da participação na Conferência Mundial contra o Racismo Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, realizada em Durban, em 2001, e na IV Conferência Mundial Sobre a Mulher realizada em Pequim no ano de 1995.

primeiras iniciativas para tal população, as quais, palatinamente, tornaram-se ações sistemáticas e abrangentes.

Como se observará ao longo do texto, as ações governamentais na área da saúde, nos níveis federal, estadual e municipal, podem ser caracterizadas por: 1) atendimento prioritário e quase exclusivo ao público formado por homens que fazem sexo com homens; 2) políticas restritas ao combate à aids e outras doenças sexualmente transmissíveis; e 3) escassez de amparo legal e jurídico em âmbito nacional que subsidie atenção integral a saúde de gays, lésbicas, travestis, transexuais e bissexuais.

Então, se a saúde passou a ser um “lugar” privilegiado para o acesso de TLBG a políticas públicas, pode-se considerar que a “porta de acesso” primordial às ações relacionadas a esta pasta são justamente aquelas voltadas à epidemia. Discutimos, a seguir, essa modalidade de atenção à saúde, considerando, ainda, um recente conjunto iniciativas que passaram a deslocar a centralidade da aids no âmbito das políticas em questão.

6.3. Contrastes e consonâncias: modelos de saúde para população BGTL no Brasil

Em 2002, no final do segundo mandato do então Presidente Fernando Henrique Cardoso, foi aprovado o [II Plano Nacional de Direitos Humanos \(PNDH 2\)](#). Dentre as 19 ações programáticas referentes à população BTGL, destacamos uma que, no campo da saúde, não alude especificamente a aids. Essa ação indica a promoção de “campanha junto aos profissionais da saúde e do direito para o esclarecimento de conceitos científicos e éticos relacionados à comunidade GLTTB” (BRASIL, 2002, p. 19).

Trata-se de uma proposta com foco bastante específico em capacitação, que não configurava ainda um conjunto de mecanismos que pudesse subsidiar ações e programas para políticas que contemplassem a integralidade na assistência à saúde da população LGBT. Nesse contexto, as políticas relacionadas às dst/hiv/aids eram – e em muitos casos ainda são – via de acesso única ou prioritária da população de gays, travestis, transexuais e bissexuais ao SUS (CALDERARO, FERNANDES e MELLO, 2008).

Contudo, novas políticas, projetos e programas começam a delinear outro quadro de iniciativas na área de saúde, que abrange aspectos também vitais para a cidadania e os direitos humanos da população GLBT. Em 2004, foi lançado o [Programa Brasil Sem Homofobia](#) (BSH), que pode ser considerado um marco-fundador na formulação ações para além das iniciativas referentes ao combate às dst/aids.

De um total de 53 ações previstas no BSH, três integram o tópico *Direito à Saúde: consolidando um atendimento e tratamentos igualitários* (BRASIL, 2004). A principal delas talvez seja a formalização do Comitê Técnico “Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais”, do Ministério da Saúde, com o objetivo de estruturar uma Política Nacional de Saúde para essa população. As outras duas ações dizem respeito, basicamente, à produção de conhecimentos sobre saúde da população BLGT e à capacitação de profissionais de saúde para o atendimento a essa população. Ainda em 2004, é formalizado o referido Comitê Técnico de Saúde da População LGBT, por meio da [Portaria nº 2.227](#), que tem por atribuição fomentar uma política de âmbito nacional e, ainda, “promover a elaboração de propostas de atenção integral à saúde, de participação e de controle social voltadas para a população GLTB”.

Uma política nacional de saúde fundada na concepção de atendimento integral a travestis, transexuais, lésbicas, gays e bissexuais começou a se materializar em 2008, com o lançamento da versão preliminar¹⁸ do documento [Política Nacional de Saúde Integral de LGBT](#), que foi disponibilizado em sua versão final apenas em 2010. Essa iniciativa é marco referencial para ações na área de saúde não restritas à esfera do combate ao hiv/aids e tem como objetivo geral:

Promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equânime (BRASIL, 2010a, p. 16).

¹⁸ Uma das atividades que definiram diretrizes para a formulação desse documento foi o *Primeiro Seminário Nacional Saúde da População GLBTT na Construção do SUS*, promovido pelo Ministério da Saúde, em agosto de 2007. A versão preliminar da Política de Saúde Integral foi colocada em consulta pública pelo período de 20 de junho a 30 de julho de 2008.

A concepção de saúde integral no próprio documento indica o reconhecimento da complexidade e das especificidades na atenção à saúde da população TLBG, considerando a intersecção entre distintos marcadores sociais da diferença. A propósito, consta dentre as nove diretrizes da *Política Nacional de Saúde Integral de LGBT* menção à “inclusão de variáveis que caracterizam a diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de políticas e programas no SUS, envolvendo: orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida e raça-etnia” (BRASIL, 2010a, p. 15).

A responsabilidade pela execução das atividades no documento em destaque é atribuída ao Ministério da Saúde e órgãos vinculados – para além da esfera restrita do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais –, bem como próprias às secretarias estaduais e municipais de saúde. Entre os objetivos específicos da Política em foco, observa-se a disposição de contemplar as demandas e necessidades da população TGLB, incluindo o reconhecimento da importância do fomento à pesquisa e produção de conhecimento.

Observa-se que, em âmbito geral, as ações do governo federal na perspectiva da integralidade da saúde da população TBGL são ainda incipientes, mas já se fazem presentes em 1) atos do Poder Executivo, como decretos, resoluções e portarias; 2) planos, programas e documentos norteadores; 3) espaços de interlocução entre sociedade civil e governo, como comissões, comitês técnicos e a própria *Conferência Nacional GLBT*, realizada em 2008.

Um exemplo de iniciativa pioneira foi a publicação da [Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde](#), aprovada por meio da [Portaria nº 675](#), de 30 de março de 2006, onde está explicitado o direito ao cuidado, tratamento e atendimento no âmbito do Sistema Único de Saúde, livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero. Além disso, na referida Carta afirma-se que todas as pessoas têm o direito de serem identificadas pelo nome que preferirem, independente do registro civil. Tal medida repercute diretamente no acesso de travestis e transexuais aos serviços de saúde oferecidos no âmbito do SUS, considerando que geralmente todas enfrentam situações de constrangimento e humilhação quando seus nomes sociais não correspondem aos que constam em seus documentos de identificação civil. Entretanto, as dificuldades de efetivação desses parâmetros da Carta são

muitas e recorrentes¹⁹, o que coloca em xeque sua efetividade, como relata uma ativista entrevistada:

Aquele “Direito dos Usuários do SUS”, né, que é uma... é uma portaria do Ministério (...) É aquela que diz, é... por exemplo, que pessoas trans podem usar seu nome social... e que de fato não podem, porque isso ficou no âmbito da deliberação, é... isso saiu como, como portaria, mas esqueceram de ajeitar tudo, tudo que está atrelado a isso, né? Por exemplo, você não tem, é... nos, nas fichas, né, e... as fichas médicas elas não têm espaço pra isso, pra, pra se colocar o nome social e aí há toda uma resistência dos funcionários, que já têm muito trabalho pra fazer, né, é... a lidar com uma coisa que não está, não está lá no papel dizendo que, é... que tem que fazer e que tem campo específico pra isso nas fichas.

O que também se observa, nesse cenário, é que particularmente desde a segunda metade do século XX, inúmeras novidades tecnológicas têm proporcionado meios mais eficazes de diagnóstico e tratamento das mais variadas enfermidades. Todavia, esse processo não tem sido necessariamente acompanhado da implementação de um atendimento mais humanizado e livre de discriminações (raciais, de gênero, sexuais, entre outras), por mais que este seja um dos pilares do SUS. Concomitantemente aos avanços tecnológicos, portanto, é necessário um trabalho de largo alcance no sentido de promover a formação das profissionais de saúde para acolher de maneira respeitosa aquelas que não se enquadrem nos parâmetros da norma heterossexual, tanto nas redes públicas quanto nas redes privadas de saúde. Em outras palavras, a necessidade de atendimento humanizado implica uma série de ações de capacitação e treinamento de enfermeiras, médicas e demais profissionais da área, especialmente com vistas à superação da arraigada TGBLfobia²⁰ e ao respeito à integridade física e psíquica da população BGTL.

¹⁹ Larissa Pelúcio (2007) e Tatiana Lionço (2008) também discutem, cada qual, limites e peculiaridades da Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde.

²⁰ Neste texto e nos demais que integram o relatório, ao invés de *homofobia* utilizamos a expressão *LGBTfobia* - e suas variantes GLBTfobia, TLBGfobia, BTGLfobia, entre outras. A intenção é explicitar que o preconceito, a discriminação, a intolerância e o ódio que atingem travestis, transexuais, lésbicas, gays e bissexuais possuem em comum o fato de estes segmentos sociais questionarem a ordem sexual e de gênero, de maneiras afins, mas diferentes. O que se pretende com esta opção é sublinhar que a intolerância social em relação à homossexualidade masculina (idéia implícita à noção de homofobia) não é da mesma ordem que a intolerância que atinge lésbicas (oprimidas por uma lesbofobia que, além de homofóbica, é machista e sexista), nem do repúdio que sistematicamente atinge travestis e transexuais, cujas existências ferem de morte os binarismos macho-fêmea, homem-mulher, o que as torna vítimas preferenciais do terrorismo de gênero. Optamos por

Com isso, queremos destacar que parecem co-existir dois modelos para ações no âmbito da promoção de políticas de saúde para a população TBLG. O primeiro modelo, mais antigo e estruturado, é fundado no combate e prevenção às hiv/dst/aids; o segundo, mais recente, tem sido construído no referencial de integralidade da saúde dessa população. Abaixo, são destacadas, em um quadro comparativo, as principais características e rearranjos nas perspectivas quanto à atenção à saúde da população GTLB nos últimos anos.

Quadro 1. Comparativo de modelos de atenção à saúde da população LGBT no Brasil

Atenção às dst/hiv/aids	Atenção integral à saúde
Centralidade nas doenças sexualmente transmissíveis	Pluralidade de procedimentos, atendimentos e acessos a serviços
Controle e administração do “risco”	Estímulo ao prazer relacionado a práticas preventivas
Políticas sanitaristas contra sujeitos desviantes	Apelo à cidadania e direitos humanos pró-LGBT
Políticas fundamentadas em práticas de “sexo entre homens”	Políticas que contemplam amplo público e relacionam distintos marcadores sociais, como raça, gênero, idade e classe

Fonte: UFG, Ser-Tão, Políticas públicas para população LGBT: um mapeamento crítico preliminar, 2010.

Registramos que esses modelos não são estanques ou excludentes entre si, possuindo mais uma pretensão didático-descritiva que de tradução social. O que se observa é que as ações na área de saúde constituem conjuntos de iniciativas que podem ser percebidas como mais ou menos próximas de um ou outro modelo. Os elementos que

GTBLfobia (e variantes da sigla), ainda, para evitar o uso repetitivo das expressões lesbofobia, transfobia, travestifobia, gayfobia e bifobia, o que cansaria a leitora. Resta-nos dizer que a adoção do sufixo “fobia” para caracterizar qualquer modalidade de preconceito e discriminação sexual e de gênero parece-nos limitada, já que reforça um discurso biológico e patologizante, quando se sabe que os fundamentos das disputas de poder entre grupos diversos, inclusive sexuais, são claramente de ordem social, política, cultural e econômica. Mas essa discussão está além dos objetivos que motivaram a produção deste relatório e, na falta de alternativa melhor, também recorreremos à idéia de que a aversão e o ódio contra a população LGBT possuem um componente fóbico.

sustentam o modelo de atenção à saúde fundamentado na prevenção e combate às dst/hiv/aids estão expressos nos boletins epidemiológicos e no reforço da compreensão das sexualidades não-hegemônicas enquanto patologias, seja o par aids/homossexualidade, seja a díade transexualidade/transtorno de identidade de gênero. O que surge como desafio, nesse modelo, é a efetivação de políticas de assistência e atenção integral à saúde de GLTB que não se restrinjam à suposta necessidade de controle do risco e das práticas de sujeitos desviantes (PELÚCIO, 2007). A necessidade de políticas focadas na atenção integral é explicitamente apontada por várias ativistas, que reconhecem a importância das ações e programas voltados para o enfrentamento da epidemia, mas percebem que apenas estes não são suficientes para as atuais necessidades da população LGBT. Nas palavras de uma entrevistada:

Tem o, o Plano de Enfrentamento, né, de Feminilização e, e pra HSH e travestis, mas eu acho que falta muito, acho que ainda tem, é... Eu acho que o maior foco, assim, a coisa que mais precisa e que não tem, que eu tenho sentido que não tem, é a questão da saúde integral, né, é não focar numa patologia só.

Por outro lado, apesar de mais plurais e abrangentes, as iniciativas no âmbito da atenção integral à saúde da população TBGL ainda são postuladas dentro de uma concepção essencializada e pouco dinâmica da sexualidade. A distinção entre “sexo bom” e “sexo ruim” (RUBIN, 1989), não deixa de ser a tônica desse modelo, sendo o “sexo bom” aquele que mais se aproxima de práticas eróticas e sujeitos vinculados a condutas tidas como assépticas, seguras e hegemônicas.

É curioso destacar que exatamente no mesmo ano de lançamento do Programa Brasil Sem Homofobia, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a [Resolução nº 153](#), de 14 de junho de 2004, por meio da qual se proíbe a doação de sangue por parte de “homens que tiveram relações sexuais com outros homens” e/ou suas parceiras sexuais.

Em 2006, o Ministério da Saúde elaborou a [Nota Técnica nº 163](#), como resposta à ação civil pública impetrada pelo Grupo Matizes, do Piauí, contra a referida resolução. Na nota técnica, o Ministério da Saúde indica que a ANVISA não menciona proibição por doação de sangue por homossexuais, mas considera que pessoas que mantém relações sexuais com

outras do mesmo sexo representam risco acrescido de contaminação pelo hiv. Segundo a mencionada Nota, a Resolução nº 153 da ANVISA

Restringe também a doação de sangue por outros grupos populacionais que, comprovadamente, possuem risco acrescido de transmissão de determinadas doenças através do sangue, mostrando que o caráter da norma é de proteção à saúde pública, como um bem coletivo, e não de incentivo ao preconceito ou à homofobia.

O posicionamento da ANVISA é questionado e denunciado na fala de uma ativista entrevistada:

(...) a ANVISA continuar proibindo pessoas homossexuais de doarem sangue, por exemplo. Existe uma legislação que proíbe, como se o nosso sangue fosse contaminado. Então, isso pra mim é uma contradição num governo que tem o Programa Brasil Sem Homofobia. Não poderia haver um impedimento ainda de doação de sangue por pessoas homossexuais, por pessoas que tem relações homoafetivas.

O que se observa é que a referida Resolução é um dos mecanismos reguladores que correspondem à perspectiva de controle do risco e instituição de um dispositivo da prevenção, ou seja, “a regulação/ordenação das sexualidades por vias sanitaristas” (PELÚCIO, 2007, p. 135). As políticas de saúde, nesses termos, seriam eficazes não para garantir direitos e atenção integral à população GTLB, mas para sua higienização e controle.

Se para a implementação da perspectiva de saúde integral é necessário o questionamento do pânico moral e das políticas de gênero terroristas e acusatórias em relação à população GBLT, a garantia da cidadania e de direitos humanos a tal público continua compulsoriamente vinculada a práticas e condutas “interditoras” e “assépticas”, em uma espécie de contraposição a práticas “arriscadas” (PELÚCIO, 2007). Portanto, o modelo de saúde integral coexiste com aquele de prevenção e combate às dst/hiv/aids. Essa coexistência de modelos conforma um quadro complexo. Contudo, intensifica o potencial da saúde como *locus* ainda privilegiado de acesso da população BTGL a políticas públicas, cidadania e atenção do Estado.

Como expressão da convivência entre um modelo de saúde integral e outro focado no combate às dst/hiv/aids, o Ministério da Saúde lançou, em 2007, dois planos nacionais de

enfrentamento da epidemia de aids e das dst: o [Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST](#) e o [Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens e Travestis](#). Nos âmbitos estadual e municipal, geralmente também há o desenvolvimento de planos correlatos, criados por determinação do governo federal. Portanto, replica-se em outros níveis de governo a prevalência do modelo de saúde onde a aids ainda é o fundamento de muitas ações.

Em relação a esses planos integrados, é interessante notificar que as ações voltadas para transexuais estão contempladas no documento destinado às mulheres, enquanto as relativas a travestis integram o plano concebido para o grupo de homens. Esses distintos lugares de atenção à saúde de travestis e transexuais é resultante das decisões políticas e estão associadas às diferenças e disputas identitárias próprias ao movimento TGBL no Brasil e a uma concepção de política pública ainda marcada pelo binarismo de gênero²¹.

Ao tencionarem limites de inteligibilidade entre corpo, gênero e desejo (BUTLER, 2008) e, simultaneamente, ao demandarem muito mais que o combate e prevenção da epidemia, as travestilidades e transexualidades possibilitam que sejam visibilizadas fissuras e dilemas na elaboração e execução de políticas públicas. Para que essas políticas direcionadas à população LTGB sejam implementadas, acaba sendo estratégico o fortalecimento de duas posturas: 1) o reforço na visibilidade de determinados sujeitos relacionados a certas identidades coletivas em detrimento de outras – e neste contexto se inserem travestis, transexuais e gays²²; e 2) a recorrência da associação entre hiv/aids e homossexualidade,

²¹ Nos documentos governamentais, geralmente a expressão transexualidade refere-se ao universo das mulheres transexuais (MTF – *male to female* – homem para mulher), não reconhecendo as especificidades das demandas dos homens transexuais (FTM – *female to male* – mulher para homem). Para além dos planos de enfrentamento às dst/hiv/aids, veremos à frente um caso em que homens transexuais são mencionados em um plano direcionado à saúde de homens.

²² Convém destacar que, até o momento, não há políticas públicas no Brasil de atenção às necessidades de intersexuais, invisibilizadas no conjunto da população GLTB. Deve ser registrado, também, que intersexuais ainda não se constituíram como um grupo politicamente organizado no Brasil, diferentemente do que já ocorre em outros países. As discussões teóricas e os debates políticos mais recentes em torno da intersexualidade questionam a legitimidade do saber médico, que tradicionalmente tem sido o único socialmente autorizado a realizar “correções” de genitálias “ambíguas”, definindo o “sexo real” de recém-nascidas, a partir dos parâmetros da matriz heterossexual – ou seja, na maior parte das vezes, corpos definidos como femininos, capazes de na vida adulta serem penetrados por um homem. Para um debate aprofundado sobre

embora isso reedite um conjunto de representações que patologizam as condutas sexuais fora da heteronormatividade. Em ambos os casos, não se faz referência aos homens heterossexuais, legitimando o entendimento ainda prevalecente de que a epidemia seria um “problema de mulheres e viados”.

O *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST* (BRASIL, 2007a) refere-se, de forma genérica, a mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e mulheres que fazem sexo com mulheres – e também a outros grupos específicos, tais como de negras, indígenas e gestantes –, no entanto, sem definir estratégias, diretrizes ou ações voltadas diretamente para estes segmentos. Tal plano remete aos princípios de integralidade do SUS, privilegiando um conjunto de políticas que devem ser seguidas em âmbito nacional, o que constitui, no contexto da epidemia de hiv/aids um importante referencial para a saúde de mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais, considerando a tendência à invisibilização das mulheres, especialmente se não heterossexuais, desde o início da epidemia. No documento são elencadas peculiaridades a serem respeitadas para enfrentamento a feminização da epidemia²³, incluindo contextos de vulnerabilidade relacionados à violência doméstica e sexual, racismo e pobreza.

Não obstante, o *Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros Homens que Fazem Sexo com Homens e Travestis* (BRASIL, 2007b) reforça todo um conjunto de preceitos que orientaram a atenção do governo desde as primeiras políticas de combate e prevenção à epidemia. Fundamentam essa política a perspectiva da vulnerabilidade à qual tal população estaria submetida, a partir de dados oriundos dos boletins epidemiológicos periodicamente divulgados pelo Ministério da Saúde, nos quais um índice²⁴ de infecção por hiv/aids consta em taxas que sustentam grande atenção ao público de homens que fazem sexo com homens.

intersexualidade e os limites das normas de gênero, ver Mauro Cabral (2009) e Paula Sandrine Machado (2008).

²³ Segundo o [Boletim Epidemiológico Aids 2009](#), do Ministério da Saúde, a proporção de casos de aids entre homens e mulheres era, em 1986, respectivamente de 15,1 por 1. A partir de 2002 essa razão se estabilizou em 1,5 por 1 (BRASIL, 2010b).

²⁴ O Boletim Epidemiológico Aids 2009 também estima taxa de prevalência de hiv de 12,6% entre homens que fazem sexo com homens (BRASIL, 2010b). Durante o VIII Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids, ocorrido em junho de 2010, o Ministério da Saúde divulgou resultados da pesquisa *Comportamento, atitudes,*

Para sucesso dessa política de prevenção à contaminação ao hiv e tratamento das pessoas soropositivas, é notória a necessidade de fomento a ações que contemplem os outros âmbitos e esferas da vida dos sujeitos, as quais são parte de uma concepção integral de saúde. Tal premissa é patente nos planos de enfrentamento indicados, pois, a partir das propostas de combate e prevenção às dst/hiv/aids, estão relacionadas iniciativas que assegurem direitos de cidadania, qualidade de vida, segurança e educação para a população GBTL. Um exemplo dessas iniciativas no plano dirigido a gays, outros HSH e travestis é a diretriz que indica a promoção da universalidade e a equidade dessa população aos serviços e ações de saúde e, ainda, a diretriz que indica como importância

Incorporar a diversidade relacionada aos gays, outros HSH e às travestis como base do desenvolvimento de ações para a redução das vulnerabilidades às DST e Aids, considerando aspectos identitários, religiosos, de práticas sexuais, de fase de vida, étnicos, sociais, de status conjugal e de status sorológico, entre outros.

O reconhecimento da vulnerabilidade de gays, travestis e outros HSH à epidemia não pode implicar, somente garantia de acesso a exames, medicamentos e tratamento livre de discriminação, mas também o atendimento às demandas políticas de promoção da auto-estima, fomento ao bem-estar, garantia de direitos e a e atenção à integralidade do sujeito.

As políticas de combate à epidemia de hiv/aids continuam a ser a grande porta de acesso e a maior fonte de recursos e estrutura política para atenção à saúde e outros direitos da população GBTL. Contudo, tal entrada exige um alto preço. O combate à BLTGfobia e às violências e a própria visibilidade da população TGBL, em grande medida, ainda estão relacionadas e, geralmente, condicionadas ao combate e prevenção à aids. Tal perspectiva, desde a década de 1980, é desenvolvida e reforçada por planos, programas e políticas diversas, embora seja cada vez menos central no contexto da ampliação do conjunto de ações e programas que contemplam o combate à LTGBfobia e a promoção da cidadania de BLTG, especialmente desde a divulgação do *Programa Brasil Sem Homofobia*,

práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras, o qual sugere que homossexuais e HSH, comparados com a população masculina em geral, acessam mais o serviço público de saúde e têm mais consciência de riscos de contágio de doenças sexualmente transmissíveis.

em 2004, e da realização da *Conferência Nacional LGBT*, em 2008, a partir de convocação do Governo Federal, sob coordenação da Secretaria de Direitos Humanos.

Na plenária final da referida Conferência, delegadas eleitas em seus estados, representantes da sociedade civil e do governo, aprovaram 559 propostas, das quais 167 dizem respeito à área de saúde – o que corresponde a cerca de 30% do total (BRASIL, 2008a). Posteriormente, em 2009, o governo federal publicou o [Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais](#), que tem o objetivo de sistematizar as propostas aprovadas na Conferência. De um total de 166 estratégias de ação que integram o referido Plano, 48 dizem respeito à saúde (BRASIL, 2009a). Esse grande número de ações indicadas nos dois documentos é resultado de um acúmulo de debates sobre políticas de saúde, seja por parte do movimento social, seja por parte dos governos municipais, estaduais e federal.

A considerar as propostas da Conferência e as ações previstas no Plano, a perspectiva da saúde integral segue a tônica das políticas mais recentes destinadas à população LTGB, ou seja, mencionam o combate e a prevenção às dst/hiv/aids, mas também apresentam uma série de propostas que vão além dos limites das patologias. A título de exemplo, ilustramos uma das propostas mencionadas no relatório final da Conferência e que é referencial dessa perspectiva.

Assegurar a efetivação do Estado Laico como pressuposto para a implementação do SUS, garantindo os Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, bem como o atendimento de qualidade e não discriminatório por orientação sexual e identidade de gênero, raça e etnia (BRASIL, 2008a, p. 185).

Além do âmbito federal, constatamos a existência do *Plano Estadual de Enfrentamento à Homofobia e Promoção da Cidadania LGBT do Estado de São Paulo*²⁵, instituído pelo [Decreto nº 55.839](#), de 18 de maio de 2010. O documento foi concebido a partir das propostas aprovadas na I Conferência LGBT desse estado, ocorrida de 11 a 13 de

²⁵ Dentre as entrevistadas no contexto da pesquisa, ouvimos referências a planos estaduais de combate à GTBLfobia e promoção da cidadania da população BLGT, em estados como Rio de Janeiro, Pará e Amazonas, porém, não tivemos acesso aos documentos, seja porque ainda não foram divulgados publicamente, seja porque possuem mais o caráter de “campanhas” do que de um plano em si.

abril de 2008, e prevê, para a Secretaria Estadual de Saúde, a responsabilidade pela realização de quinze ações, distribuídas entre quatro metas no documento, incluindo entre outras, atividades relacionadas à capacitação e sensibilização de gestoras e profissionais estaduais, enfrentamento às dst/hiv/aids, assistência interdisciplinar a travestis e transexuais e apoio ao movimento GLTB.

Há também outros programas, planos e eventos da área da saúde no Brasil que não são voltados para a população BTGL, mas conformam um importante conjunto de mecanismos que passaram a ser relevantes na elaboração e implementação de políticas públicas voltadas para estes segmentos. Dentre essas ações, destaca-se a 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007. Algumas propostas que integram o [relatório final](#) dessa conferência tratam especificamente da população GLBT, com destaque para a recomendação explícita de revogação da antes mencionada portaria da ANVISA relativa à doação de sangue, o incentivo à pesquisa e produção de conhecimento, a garantia de acesso ao SUS, bem como o fomento a uma política nacional de saúde integral a esta população (BRASIL, 2008c).

Outro documento-chave, lançado em 2009, é o [Programa Nacional de Direitos Humanos 3 \(PNDH 3\)](#), o qual, em seu objetivo de apresentar diretrizes, eixos estratégicos e ações programáticas para a totalidade das áreas e segmentos que demandam proteção de direitos humanos, contempla também a população LGBT, inclusive na área de saúde. No PNDH 3, a perspectiva da saúde integral se faz presente no conjunto das ações propostas para diversos segmentos marginalizados e subalternizados, a exemplo da expansão e consolidação de serviços básicos de saúde e de atendimento domiciliar, bem como do estímulo a:

Programas de atenção integral à saúde das mulheres, considerando suas especificidades étnico-raciais, geracionais, regionais, de orientação sexual, de pessoa com deficiência, priorizando as moradoras do campo, da floresta e em situação de rua (BRASIL, 2009b, p. 62).

Observe-se o contraste entre essas ações e as então previstas para a população GTLB no PNDH 2, que estavam focadas em dois âmbitos principais: o combate à epidemia de aids e a capacitação de profissionais para um atendimento não LTGBfóbico. Por outro lado,

que o PNDH 3 não faz nenhuma associação entre combate às dst/hiv/aids e políticas específicas para GTBL, ao passo que destaca ações prioritárias de atenção à saúde de travestis e transexuais²⁶.

No documento [*Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*](#), lançado em 2004 pelo governo federal, reconhece-se a necessidade de atenção às particularidades de diferenciados segmentos de mulheres no atendimento à saúde, como negras, indígenas e lésbicas. Nas diretrizes da referida política consta que as iniciativas na área da saúde direcionadas para mulheres devem romper “as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher” (BRASIL, 2004b, p. 63).

Seguindo os parâmetros da humanização e da qualidade da atenção por meio da integralidade no atendimento, em 2008, articulado com a Política de Saúde da Mulher, o governo federal lançou o documento [*Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*](#). Esse documento destaca a necessidade de ser considerada “a heterogeneidade das possibilidades de ser homem” (BRASIL, 2008b, p. 7) e tem como proposta a promoção da saúde de populações específicas, como indígenas, negras, gays, bissexuais, travestis e transexuais.

Neste contexto, destaca-se também a criação Comissão Intersetorial de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, por meio da [*Resolução nº 410*](#), de 12 de fevereiro de 2009²⁷. Uma comissão intersetorial específica sobre a saúde de LGBT instaura no CNS mais um canal de participação da sociedade civil a fim da elaboração e monitoramento de políticas públicas para esta população. Vários obstáculos e questões devem ser levados em conta, entretanto, quando se reflete sobre a efetividade das ações integrantes das políticas públicas nesse campo, como se destaca a seguir.

²⁶ Dentre as propostas, destacamos: “Garantir o acompanhamento multiprofissional a pessoas transexuais que fazem parte do processo transexualizador no Sistema Único de Saúde e de suas famílias” (BRASIL, 2009b, p.63) e “Acrescentar campo para informações sobre a identidade de gênero dos pacientes nos prontuários do sistema de saúde” (BRASIL, 2009b, p. 99).

²⁷ O Conselho Nacional de Saúde, segundo a [*Lei nº 8.142*](#), de 28 de dezembro de 1990, é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que atua para a formulação de estratégias e no controle da execução de políticas de saúde.

6.4. Desafios, problemas e demandas nas políticas de atenção à saúde da população TLGB

Quando perguntadas sobre as principais ações, voltadas para a população TGLB, desenvolvidas por seu órgão de atuação, as 16 gestoras vinculadas a órgãos LGBT (quatro municipais, nove estaduais e três federais) e as 17 ligadas especificamente à área de saúde (quatro municipais, 11 estaduais e duas federais), que responderam um dos questionários de nossa pesquisa²⁸ deram destaque às seguintes, como se observa na tabela²⁹ abaixo.

Tabela 1. Ações na área de saúde para a população LGBT³⁰

Ações para população LGBT – área Saúde	Órgãos específicos LGBT			Total	Órgãos da área de saúde			Total
	Municipal	Estadual	Federal		Municipal	Estadual	Federal	
Capacitação e sensibilização de profissionais de saúde no atendimento à população LGBT	4	6	2	12	4	9	2	15
Execução de projetos na área de saúde da população LGBT em escolas públicas	1	6	2	9	3	7	1	11
Garantia de direitos reprodutivos à população LGBT	1	2	1	4	-	3	2	5
Campanhas locais de prevenção e redução de danos em relação ao HIV/aids e outras DST	4	6	1	11	4	9	2	15
Execução de atividades de atenção à saúde mental da população LGBT	2	1	-	3	2	4	1	7
Confecção de cartilhas e materiais de divulgação sobre a saúde de LGBT	4	4	2	10	3	8	2	13
Políticas de apoio à realização do processo transexualizador	1	5	2	8	-	6	2	8
Outro	2	-	-	2	-	3	1	4
Total	19	30	10	59	16	49	13	78

Fonte: UFG, Ser-Tão, Políticas públicas para população LGBT: um mapeamento crítico preliminar, 2010.

²⁸ Consultar [Apêndice F](#) – “Questionário aplicado a representantes de órgãos LGBT, nos níveis municipal, estadual e federal” –, e [Apêndice G](#) – “Questionário aplicado a representantes de secretarias municipais/estaduais ou de ministérios setoriais”.

²⁹ No [Apêndice A](#) estão disponibilizadas todas as 45 tabelas construídas a partir da tabulação dos questionários respondidos por gestoras para a pesquisa. Os números indicados nas tabelas correspondem à frequência com que cada alternativa foi assinalada pelo conjunto das respondentes. Note-se que o número de gestoras que respondeu questionário não corresponde, necessariamente, ao número de órgãos, já que em alguns casos mais de uma gestora por órgão respondeu questionário.

³⁰ A Tabela 1 corresponde à de número 18 no [Apêndice A](#)

Deve ser destacado que na pesquisa foram entrevistadas poucas gestoras federais e municipais, quando comparadas às estaduais, e, no conjunto, um número muito reduzido de pessoas, o que implica a consciência de que os dados aqui apresentados não nos permitem realizar qualquer análise mais generalizadora, mas somente apresentar pistas sobre as prioridades, desafios e problemas enfrentados na execução de ações e programas na área de saúde para a população TGLB.

Nesse contexto, uma ação que aparece em destaque na Tabela 1, particularmente entre gestoras estaduais, tanto vinculadas a órgãos LGBT quanto aos da área de saúde, diz respeito às políticas de apoio ao processo transexualizador. Note-se que, no Brasil, as cidades de Goiânia, Porto Alegre, Rio de Janeiro e São Paulo, não por coincidência capitais de estados que integram o universo de nossa pesquisa, são as que dispõem de centros de atendimento especializado onde são executadas todas as etapas desta modalidade de atendimento. Portanto, a ação “políticas de apoio à realização do processo transexualizador”, sinalizada por gestoras de mais de quatro estados, não deve ser compreendida como a realização do processo em si, mas também como o eventual suporte para que transexuais encontrem os meios necessários, inclusive em outras cidades, para um atendimento adequado as suas demandas.

O desenvolvimento de atividades referentes à saúde em escolas públicas nos estados também aparece como uma ação relevante, o que pode estar associado ao desenvolvimento do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (que discutiremos à frente). A partir das respostas das gestoras, poucos órgãos dos níveis municipal, estadual e federal parecem trabalhar com a garantia de direitos reprodutivos para a população BTLG e ações referentes à saúde mental também não são indicadas como prioridade³¹. O que prevalece dentre as ações indicadas, portanto, são as iniciativas para atividades em escolas, campanhas de prevenção a hiv e dst e, principalmente, capacitação de profissionais.

O tema da sensibilização de gestoras e profissionais da saúde para o trabalho com a população LGBT é um dos mais recorrentes nos planos, programas e demais documentos

³¹ Aqui vale ressaltar que a [Lei federal nº 10.216](#), de 06 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, em seu art. 1º, prevê que os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental devem ser assegurados sem qualquer forma de discriminação, inclusive, frisamos, quanto à orientação sexual.

que indicam diretrizes, objetivos e ações relativos a esses segmentos. Desde o PNDH 2 (2002) e do Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde (2007), ou seja, documentos não voltados especificamente para essa população, a necessidade e imperiosidade de capacitação com vistas ao combate à TLBGfobia e à garantia dos direitos da população GBTL são recorrentemente mencionados, em atendimento a demandas dos movimentos sociais. Todavia, quando se observa o número de ações de qualificação de agentes de saúde efetivamente mencionadas pelas gestoras que responderam questionários da pesquisa, o que se constata é que ainda há muito por fazer, já que o total de iniciativas e o público alcançado ainda são muito pouco significativos, tal como expresso na Tabela 29 do Apêndice A.

Salta aos olhos, por outro lado, o número significativo de gestoras que não respondeu esta questão ou optou pela alternativa “não sei” como resposta, o que seria um indicativo de que as atividades de capacitação de profissionais de saúde, no âmbito de um atendimento humanizado para a população TGBL, ainda não correspondem a uma política contínua e abrangente. Ou seja, a preocupação com um atendimento que acolha esses segmentos sociais – e não os afugente ou subalternize – não necessariamente é convertida em ações de sensibilização e capacitação.

As duas tabelas em destaque sinalizam que provavelmente as políticas de saúde para a população BTGL ainda assumem a forma de ações pontuais e, também, precárias. Apesar de planos arrojados e programas dialogados com a sociedade civil, a realidade na implementação das políticas públicas para essa população parece não traduzir os documentos que reiteradamente constata a necessidade de atenção específica e perene em relação a tal público. Alguns elementos destacados por gestoras e ativistas entrevistadas parecem reforçar esse entendimento, como se verá a seguir.

Um dos temas recorrentes nas entrevistas é a ausência freqüente de previsão orçamentária para a execução das ações previstas nos planos e demais iniciativas governamentais. Uma gestora ilustra bem essa questão no âmbito das políticas de saúde para a população GTBL e, ainda, explicita a distinção entre os dois modelos de atenção indicados anteriormente: “Quando eu falo em dotação orçamentária, eu só conto com o PAM, eu não conto com outros recursos”. A sigla indicada nessa fala refere-se ao Plano de

Ações e Metas, o PAM. Trata-se de uma modalidade de financiamento das ações em hiv/aids e outras dst inaugurada pelo Ministério da Saúde a partir da publicação da [Portaria nº 2.313](#), de 19 de dezembro de 2002. Com essa medida, a então Coordenação – hoje Departamento – da Política Nacional de DST e Aids estabelecia condições para repasse de recursos para os fundos de saúde dos estados e municípios que estivessem em consonância com os critérios indicados na portaria. Assim, as unidades federativas e os municípios passaram a ter condições de pleitear repasse de recursos desde que submetessem e tivessem aprovadas pela Coordenação suas estratégias para combate e prevenção à epidemia. Nesses termos, os municípios, os estados e o Distrito Federal deveriam criar seus Planos de Ação e Metas.

Com os PAM, passava a ser mais explícita e estruturada a relação entre as esferas federal, estadual e municipal no que diz respeito ao modelo de saúde baseado no enfrentamento às dst/hiv/aids, inclusive mediante a descentralização de responsabilidades e administração de recursos. Essa nova estratégia de repasse de financiamento para combate da epidemia é voltada para a população em geral. Contudo, prioriza o atendimento a determinadas populações que, segundo a portaria, seriam mais “vulneráveis” e “de risco”.

A partir da publicação da portaria que instituiu os Planos de Ações e Metas, em 2002, o Ministério da Saúde fixou que um percentual dos recursos destinados aos estados que deveria ser repassado para financiamento de atividades promovidas pela sociedade civil organizada, desde que os projetos estivessem direcionados às atividades de prevenção e combate às dst/hiv/aids. A portaria do PAM indica, então, que “10% do total de recursos repassados à unidade federada devem ser destinados para o desenvolvimento de projetos em parcerias das SES [Secretarias Estaduais de Saúde] com Organizações não-governamentais e Organizações da Sociedade Civil”.

Considerando que HSH e profissionais do sexo são identificados como populações vulneráveis, recursos previstos para o combate à epidemia passaram a ser direcionados também à população LGBT, permitindo que entidades relacionadas a esse público pleiteassem financiamento. O mérito dessa questão é debatido na fala de uma gestora municipal:

A aids, ela tem um recurso diferenciado, é o recurso vinculado ao Plano de Ação e Metas e é uma grana federal que vem e o município tem que colocar um outro tanto que é a contrapartida. Mas o que eu quero dizer com isso? Tem uma dotação orçamentária que a gente pode fazer políticas públicas pra LGBT dentro da política de prevenção e assistência e diagnóstico [de] dst e aids. Por um lado, é muito bom, porque o recurso tá garantido; por outro, não é tão porque na minha opinião deveria ter uma dotação orçamentária só pra política pública LGBT, coisa que até onde eu sei tem [em] poucas cidades do Brasil.

Como a dotação orçamentária específica para atenção à saúde integral da população BGTL é escassa e geralmente menos expressiva que os recursos referentes ao combate e prevenção das dst/hiv/aids, por meio do PAM os grupos TLGB, que atuam na prevenção e combate à epidemia continuaram a ter um canal para fomento de suas atividades, mediante o envio e aprovação de projetos, em parceria com as secretarias municipais, estaduais ou distrital de saúde. Contudo, essa possibilidade de relação das entidades da sociedade civil com os governos não garante, necessariamente, o repasse de recursos, nem a ampliação do leque de ações conjuntas. A fala de uma ativista explicita o conflito que eventualmente se faz presente:

O estado, desde 2004, que não repassa – e aí quando eu falo estado eu estou falando do estado [unidade federativa] e tô falando da Secretaria de Saúde, que era a única que tinha alguma coisa, um incentivo –, não passa recursos desde 2004 para as organizações. Então, tem dois projetos que foi apresentado pro estado, que foi aprovado, e que só falta passar o recurso desde 2004. Não passa.

Em busca de recursos em um cenário de maior escassez que no passado, as entidades da sociedade civil continuam a disputar entre si a aprovação de projetos destinados ao combate e prevenção à aids, mediante concorrência que muitas vezes não incentiva a parceria entre distintos grupos organizados, incluindo outros que não atuam junto ao segmento dos HSH. Uma das queixas das gestoras em relação às condições de trabalho em políticas de saúde para GBLT é justamente a configuração do movimento com que dialogam. A questão é explicitada por uma gestora de órgão estadual de saúde nos seguintes termos:

Um grave problema também que a gente enfrenta aqui no estado de maneira geral é que o movimento LGBT hoje no estado está muito desarticulado, não só com a Coordenação, desarticulado de maneira em geral. Então, por exemplo, a gente tem...

que trabalhem com a Coordenação Estadual aqui a gente tem basicamente três organizações não-governamentais reconhecidas. Dessas três, duas estão inadimplentes com, com o Programa Estadual, Municipal e Federal em prestação de contas e aí isso amarra a gente a não conseguir fazer repasses de recursos pra que, é... os projetos sejam executados, né? Então, essa desarticulação do movimento social é uma coisa gritante.

Os limites de dotação orçamentária e as dificuldades de repasse de recursos certamente não são as únicas razões que dificultam a implementação de iniciativas. Contudo, sem a existência de financiamento, não há política. Considerando a escassez de previsão orçamentária para as medidas indicadas no BSH, no Plano Nacional LGBT e mesmo no PNDH III, os planos e programas vinculados ao modelo de atenção focado nas dst/hiv/aids são, em geral, os que têm, até o momento, maiores chances de serem efetivados, nos âmbitos federal, estadual e municipal. Nesse contexto, o modelo de atenção à saúde integral da população GLTB configura-se, ainda, como um conjunto de intenções, sem que haja condições para sua implementação a curto prazo.

Todavia, mesmo se houvesse garantia da dotação orçamentária, outros fatores ainda dificultam a implementação de políticas de saúde integral para a população LGBT no Brasil, a exemplo dos entraves nas relações entre governos estaduais, municipais e federal. Há municípios onde prevalece uma TBLGfobia e aidsfobia institucional a ponto de órgãos de saúde mal darem conta de cumprir metas previstas no PAM. Em contraste, há outras unidades da federação onde ocorre boa articulação entre órgão de saúde local e governos federal, estadual e municipal, com suas gestoras dialogando e trabalhando conjuntamente na atenção e assistência à população BTGL. Nesse sentido, uma gestora da saúde destaca uma iniciativa onde a parceria entre órgãos é exitosa:

A Secretaria de Educação, por exemplo, é uma parceira importante da gente da Saúde. A gente tem o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, né, o projeto, né, Saúde e Prevenção nas Escolas, dentro do Programa Saúde na Escola, que é um programa maior. Então, é... a gente tem um grupo gestor desse... desse projeto, do SPE, Saúde e Prevenção nas Escolas.

Por meio do [Decreto nº 6.286](#), de 5 de dezembro de 2007, o Governo Federal instituiu o *Programa Saúde na Escola* (PSE), sob responsabilidade dos Ministérios da Educação e Saúde. O destaque dessa política intersetorial é articulação de agendas de dois

ministérios e, também, o compartilhamento de responsabilidades entre órgãos de outras esferas de governo, como as secretarias estaduais de educação e saúde. Seu objetivo principal é a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Já o *Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas* (SPE) é uma das ações do PSE acima referido, que corresponde a uma iniciativa com foco na saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens, visando prevenção e combate à *dst/hiv/aids* no âmbito escolar. O Projeto conta com financiamento da UNESCO e UNICEF, sendo que sua implementação vem sendo realizada em unidades das redes públicas municipal e estadual de ensino do país.

No SPE, a homossexualidade é discutida de maneira apenas tangencial, a partir do objetivo prioritário de redução dos contextos de vulnerabilidade ao *hiv*. Trata-se de uma iniciativa que depende do diálogo entre os três níveis de governo, comunidade e sociedade civil organizada, mas que ainda não tem o combate à *LGTBfobia* e a garantia dos direitos da população *GTBL* (especialmente daquela ainda em idade escolar) como eixos de atenção central. Experiências como a do SPE indicam a importância da articulação entre diferentes órgãos e níveis de governo para a implementação de políticas públicas e também a necessidade de uma ruptura com a *LGTBfobia* institucional que ainda caracteriza muitas instâncias governamentais, inclusive nas áreas de saúde e educação.

Por outro lado, as mudanças no quadro de funcionárias de tais órgãos pode dificultar a execução de ações e programas, bem como a inter-relação entre diferentes esferas governamentais. Essa questão é destacada por uma gestora no trecho de entrevista abaixo reproduzido, no qual também é mencionada a importância da articulação entre diferentes níveis de governo:

Nas gestões passadas [...] existia um problema sério entre a coordenação do estado e a coordenação municipal. Isso fragmentou muito o trabalho. Então hoje a municipal faz um trabalho paralelo ao da estadual, não existe muita discussão. De um tempo pra cá quando mudou direção, mudou coordenador isso vem tentando ser ajustado. Então hoje já começa um esboço de trabalho em grupo municipal e estadual.

Cabe frisarmos a existência de ações pioneiras e exitosas na área de saúde, voltadas para a população *BGTL*, executadas por iniciativa de órgãos governamentais nos níveis

municipal e estadual, como as já sinalizadas capacitações para profissionais e a implantação de centros especializados para realização de todas as etapas do processo transexualizador. Todavia, tais ações são ainda geralmente isoladas, ou seja, ocorrem sem correlatas em outras regiões do país, e não possuem tempo de execução suficiente para se pensar nos alcances de sua efetividade.

Outro fator destacado pelas entrevistadas é a proximidade de gestoras da área de saúde com as especificidades e demandas de grupos considerados vulneráveis, em particular gays, travestis e HSH. Assim, por mais que existam situações de GLTBfobia institucional, as ações no campo da prevenção ao hiv/aids há muito demandam o contato das gestoras com ativistas. A isso pode ser somado um histórico de atuação em parceria com grupos LTGB organizados, pois, enquanto em outras secretarias, pastas e órgãos ocorrem os primeiros diálogos entre governo e lideranças ou, ainda, introduzem-se timidamente incipientes iniciativas direcionadas a esta população, na saúde os enfrentamentos e embates desde a década de 1980 construíram e viabilizaram um acesso maior da sociedade civil organizada não somente às gestoras, mas às instâncias de controle para elaboração, implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas.

Com os recursos destinados ao enfrentamento da epidemia, as entidades GLTB passaram também a desenvolver ações de promoção da cidadania e direitos humanos desta população, fomentando uma política de visibilidade e intervenção na sociedade por meio de inúmeras atividades. Uma das mobilizações sociais mais notórias por parte desse movimento são as Paradas do Orgulho LGBT, que passaram a contar com apoio governamental, mais especificamente “recursos da aids” originários de projetos do Ministério da Saúde e de secretarias estaduais e municipais desta área, desde meados da década de 1990. Tais recursos foram fundamentais em um determinado momento de afirmação do movimento GTBL, permitindo a realização de muitas atividades de combate à TGLBfobia que não se restringiam apenas à prevenção da epidemia do hiv em um sentido estrito. Neste sentido, uma ativista entrevistada destaca: “Eu acho que o grande lance, o grande ganho que o movimento tem é politizar esse dinheiro [destinado à prevenção do hiv/aids]”.

Percebe-se, muitas vezes, um imbricamento de papéis e funções entre gestoras de saúde e ativistas LGBT. Contudo, o fato de compartilharem atividades e conhecimentos não

significa a existência de uma relação simétrica ou simbiótica entre as partes. As distâncias e disparidades são muitas vezes obliteradas por uma “política de boa vizinhança”, que tenta pacificar um cenário de intensas disputas. Essa confusão de papéis expõe desafios e problemas, especialmente nos âmbitos de formulação e execução de ações e programas.

Uma gestora reflete: “Muitas vezes. a gente absorveu, é... talvez mais que deveríamos as demandas do movimento social e a gente muitas vezes se confundiu com eles”. Por outro lado, uma ativista afirma que “a grande maioria das ONG viraram prestadoras de serviços do Estado, né, está sendo engolido pelo sistema, inclusive daí fica com dificuldades de... de fazer a crítica e de apontar”. E outra ressalta:

Os ativistas estão ficando cada vez mais parecidos com técnicos governamentais e cada vez mais eles são recrutados para atuar como técnicos governamentais formalmente, né, (...) muitas vezes via contrato, contrato como consultor, né? Então você tem, é... ativistas sendo contratados como consultores, mas estão trabalhando em Brasília fazendo política pública, né?

Uma consequência dessa realidade tem sido a dificuldade de realização do controle social, já que a ativista de ontem pode ser a gestora de hoje ou amanhã e, ainda, lideranças de grupos GBTL podem também estar imersas em complexas lógicas de cooptação governamental e disputas de poder entre si. Essa relação por vezes tensa e contraditória entre representantes da sociedade civil organizada e do governo não é, todavia, uma exclusividade do processo de construção de políticas públicas para a população GBTL, sendo observada, há mais tempo inclusive, na esfera das políticas para mulheres, deficientes, negras e outros grupos subalternizados.

Deve ainda ser ressaltado que os potenciais conflitos e as eventuais “confusões de papel” tendem a se multiplicar à medida que o recrutamento de gestoras governamentais cresce em função da necessidade de um quadro técnico cada vez mais qualificado e politicamente compromissado com as demandas da população BLGT. No próximo tópico discutimos especificamente a efetivação de algumas iniciativas, considerando alguns casos para reflexão sobre como e para quem são realizadas as ações na área de saúde para a população LBGT.

6.5. Travestis, transexuais, gays, lésbicas e bissexuais nas políticas de saúde

Em um documento intitulado [Relatório de Monitoramento das Ações do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais](#), divulgado pela Coordenação Geral LGBT, da Secretaria de Direitos Humanos, em 30 de julho de 2010, consta um balanço das ações referentes a vários âmbitos do Plano Nacional LGBT. Segundo o documento, dentre as 42 ações cuja responsabilidade é atribuída ao Ministério da Saúde, 27 foram realizadas e 15 não realizadas.

No Relatório em questão, afirma-se, a título de exemplo, que ação 1.2.23 do Plano Nacional LGBT (“Estabelecer estratégias de enfrentamento do uso indiscriminado e prolongado de hormônios feminilizantes e masculinizantes entre travestis e transexuais”), teria sido realizada mediante: “A Política Nacional de Saúde Integral de LGBT. Respeito aos direitos humanos de LGBT enfrentando o estigma e a discriminação”. Ou, ainda, no tocante à ação 1.3.14 (“Informar e sensibilizar profissionais de saúde acerca das especificidades de lésbicas, gays, bissexuais, travestis [...]”) ressalta-se como indicador de execução: “Ampliar o acesso de LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo o respeito às pessoas e acolhimento com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades”.

Em se tratando de uma das poucas respostas ou prestação de contas documentadas por órgãos governamentais acerca de políticas para a população LGBT, o referido Relatório pode ser creditado como uma iniciativa ímpar. Todavia, o caráter de fragilidade e indefinição do documento recém-divulgado é de tal maneira explícito que não se tem dúvidas acerca da escassez de dados e da dificuldade de realização de monitoramento das políticas públicas no país para a população GTBL

Ainda que o mapeamento proposto na pesquisa tivesse por prioridade as políticas nacionais, algumas iniciativas de municípios e unidades federativas devem ser destacadas enquanto ações exitosas no que tange a ações e programas voltados à saúde da população TBGL, permitindo melhor identificar como grupos identitários específicos têm sido assistidos enquanto público-alvo das políticas públicas.

No que tange a ações e programas para gays e homens que fazem sexo com homens, uma ativista é incisiva ao dizer: “Não há sentido algum de falar de saúde do homem gay além da questão das dst. Isso é choro de movimento social”. Tal provocação parece indicar que o atendimento ao público de homossexuais e HSH não precisa ser diferente do oferecido aos demais grupos de homens (heterossexuais, negros, idosos, entre outros), que devem ser indistintamente alcançados por políticas de atenção integral à saúde.

Já o grupo formado por homens transexuais³² ainda enfrenta muitos empecilhos para o acesso a políticas de atenção à saúde, sendo inclusive objeto de uma proposta específica aprovada na plenária final da *Conferência Nacional LGBT*: “Estimular a divulgação dos programas do processo transexualizador e outros serviços existentes de atendimento especialmente, para homens transexuais” (BRASILa, 2008, p. 181). No Plano Nacional LGBT, por sua vez, uma ação também contempla, embora não especificamente, os homens transexuais, ainda que de maneira também distante de uma perspectiva integral de saúde:

Apoiar a realização de pesquisas e estudos para produção de protocolos e diretrizes a respeito da hormonioterapia, implante de próteses de silicone e retirada de silicone industrial para travestis e transexuais, bem como estudos sobre mastectomia e histerectomia em homens transexuais (BRASIL, 2009a, p. 33).

Por outro lado, o modelo de saúde fundado no combate e prevenção da aids não contemplou o atendimento a mulheres lésbicas, bissexuais e mulheres que fazem sexo com mulheres – ao menos na mesma medida das iniciativas voltadas para os homens – antes de qualquer coisa porque é fato que a epidemia, em suas origens e até hoje, alcançou em escala pouco significativa o universo das mulheres que não tenham práticas heterossexuais ou não sejam usuárias de drogas endovenosas. A partir de 2007, quando as ações específicas no combate à feminização da aids acabaram por se consolidar em planos nacionais e

³² Em 3 de setembro de 2010, foi publicada no Diário Oficial da União a Resolução nº 1955, do Conselho Federal de Medicina, que ainda define como experimental a cirurgia do tipo neofaloplastia, mas permite a realização de “procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo”. Isso significa dizer que homens transexuais continuarão a encontrar dificuldades para a construção cirúrgica de um falo (dadas as limitações técnicas ainda presentes para a obtenção de bom resultado tanto no aspecto estético como funcional), mas passam a ter acesso, no âmbito do tratamento definido como “processo transexualizador”, a procedimentos cirúrgicos reconhecidos, a exemplo da adenomastectomia (retirada de mamas), histerectomia (retirada de útero) e ooforectomia (retirada de ovários).

estaduais, as mulheres não heterossexuais também passaram a ser reconhecidas no contexto das ações do governo federal, como sinalizado anteriormente.

Já no âmbito da *Política Nacional de Saúde Integral de LGBT*, ações especificamente voltadas para mulheres lésbicas e bissexuais são apenas duas, e dizem respeito a: estabelecimento de normas e protocolos de atendimento específicos para lésbicas; prevenção de novos casos e ampliação do acesso ao tratamento qualificado de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre as lésbicas e mulheres bissexuais. Em muitas outras propostas de ordem mais geral, mulheres lésbicas e bissexuais são objeto de iniciativas que também contemplam travestis, transexuais e gays, a exemplo de “Eliminação das homofobias e demais formas de discriminação e violência contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no âmbito do SUS, contribuindo para as mudanças na sociedade em geral” (BRASIL, 2010, p.15).

Dentre as demandas na área de saúde colocadas na arena política por travestis, a necessidade de assistência na aplicação e extração do silicone industrial consta no *Plano Nacional LGBT* e também na *Política Nacional de Saúde Integral de LGBT*, a qual destaca também, como propostas: o estabelecimento de normas e protocolos de atendimento específicos para travestis; a “atenção pronta e oportuna aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais”; a definição e implementação de “estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis pelo uso de silicone industrial”; a elaboração de “protocolos para a rede SUS sobre o uso de hormônios, implante de próteses de silicone e extração de silicone industrial para travestis e transexuais; e a garantia do “uso do nome social de travestis e transexuais de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”. Como no caso das mulheres lésbicas e bissexuais, a *Política Nacional de Saúde Integral de LGBT* ainda contempla travestis em um vasto leque de ações dirigidas à população TBLG em geral.

Algumas iniciativas direcionadas à saúde integral de travestis têm possibilitado investimento em ações que não estão restritas ao âmbito da prevenção e combate às dst/hiv/aids, como a que ocorre, desde 2001, no Programa Saúde da Família³³ da Lapa, no

³³ O PSF é uma proposta do governo federal que indica uma reorientação do modelo assistencial de saúde para uma estratégia de atenção que permita efetivação de princípios do SUS, ou seja, universalização,

Rio de Janeiro. Em um relato de experiência sobre essa iniciativa, Valéria Romano (2008) destaca que o PSF Lapa foi desenvolvido a partir de parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e a Universidade Estácio de Sá, uma instituição de ensino privado. Por meio da parceria, estudantes da área de saúde dessa universidade passaram a atender, além do público em geral, as travestis da Lapa, bairro na região central da cidade.

Segundo Romano, a iniciativa visa a superar o despreparo de profissionais de saúde no atendimento a travestis, visto que o desrespeito que estas sofrem em hospitais e postos de saúde contribui para o “absenteísmo, alta à revelia e interrupção ou abandono de tratamentos médicos” (2008, p. 216). A autora enfatiza o processo de aproximação entre as integrantes da equipe de saúde e as travestis, caracterizado por um estranhamento inicial mútuo, mas que se transformou em uma rotina de acolhimento respeitoso e, inclusive, muito valorizado pelas travestis. Contudo, o êxito dessa iniciativa, que atende e reconhece especificidades de uma determinada população, não é necessariamente efeito da implementação de uma política pública. Essa questão é destacada na fala de uma ativista:

Você tá vendo o caráter dessa política? É um PSF que não é dirigido pela Secretaria Municipal da Saúde, é dirigido por uma universidade privada (...), ele não corresponde de fato a uma rede de sistemas de saúde. Eu não estou dizendo que isso tem que acabar, a experiência do PSF tá lá, é bem ilustrativa da natureza expressiva das respostas políticas à população GLBT, né? Todos falam do PSF, é um sucesso, mas ele não tem correspondência com a rede estrutural, não só das travestis que vivem na Lapa, na Baixada, mas com a população em geral.

Quanto às mulheres transexuais, observe-se que as cirurgias de readequação sexual foram autorizadas, inicialmente em caráter experimental, na forma da [Resolução nº 1.482/97](#), do Conselho Federal de Medicina (CFM). Já em 2002, por meio da [Resolução nº 1.652](#), também do mesmo Conselho³⁴, as cirurgias para adequação do fenótipo masculino ao feminino deixaram de ser definidas como experimentais, tornando-se possível realizá-las em hospitais públicos ou privados no país.

descentralização, integralidade e participação da comunidade. O programa hoje destaca-se dentre as políticas de atenção básica à saúde no país (BRASIL, 2001).

³⁴ Esta resolução foi revogada pela antes mencionada Resolução nº 1955, também do CFM.

Com a [Portaria nº 1.707](#), de 18 de agosto de 2008, o Ministério da Saúde implantou o processo transexualizador no âmbito do SUS, a ser empreendido em serviços de referência devidamente habilitados. Trata-se da regulamentação, em âmbito nacional, de uma política que engloba cirurgia, assistência e cuidados com as transexuais. O art. 2º, II, da referida Portaria exemplifica a peculiaridade dessa política, caracterizada pela “humanização da atenção, promovendo um atendimento livre de discriminação, inclusive pela sensibilização dos profissionais e dos demais usuários do estabelecimento de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana”.

A definição da transexualidade como patologia ainda é um dos fundamentos para autorização das cirurgias do processo transexualizador no Brasil³⁵. Apesar desse fato, uma crescente discussão acerca da despatologização da transexualidade tem surgido, ao mesmo tempo em que se amplia o número de transexuais que recorrem aos serviços de saúde em busca dos procedimentos de modificação corporal integrantes do processo transexualizador. O horizonte que se avizinha, portanto, é o de disputas entre partidárias de uma concepção de transexualidade como doença – cujo tratamento depende da anuência de uma equipe médica multidisciplinar, responsável por dizer quem é ou não “verdadeiramente” transexual, com direito ou não, portanto, a atendimento na rede pública de saúde – e defensoras de uma concepção de transexualidade enquanto experiência subjetiva do sujeito, livre e autônomo para reivindicar assistência médica com vistas à adequação dos caracteres sexuais de seu corpo à identidade de gênero que lhe constitui, independentemente de um diagnóstico médico e não necessariamente associada a uma cirurgia de “mudança de sexo”. Vale aqui destacar que a regulamentação do processo transexualizador no Brasil ainda não tem sido capaz de atender com celeridade às pessoas que buscam tratamento, tendo em vista o reduzido número de centros capacitados para realizar todas as suas etapas.

Por outro lado, não se pode esquecer que no Brasil ainda não existe regulamentação legal para a mudança de nome e sexo nos registros civis de transexuais –

³⁵ A título de exemplo, observe-se que, em documentos como a décima versão da *Classificação Internacional de Doenças (CID-10)* e a quarta edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais (DSM IV)*, transexualidade e travestilidade são definidas como distúrbios psiquiátricos.

mesmo as que passaram – pelo conjunto de procedimentos médicos, incluindo cirurgia de transgenitalização –, o que obriga cada pessoa a recorrer ao Poder Judiciário com vistas a conquistar o direito de alterar os dados de sua documentação civil, coisa que nem sempre ocorre com facilidade, dada a transfobia ainda prevalente entre muitas magistradas. Não é demais lembrar que, caso o nome civil de uma pessoa transexual não corresponda a sua performance de gênero, isso pode ocasionar restrições e danos graves a sua vida. Portanto, apesar da incipiente política de atenção às transexuais no país, incluindo a possibilidade de realização do processo transexualizador, o reconhecimento do novo nome e sexo nos documentos civis é ainda uma questão que precisa ser resolvida por meio da alteração do ordenamento jurídico, já que a simples conquista do direito ao uso de “nome social” em escolas ou hospitais, por exemplo, não é capaz de assegurar o exercício efetivo da cidadania.

Assim como travestis, vale dizer que também transexuais enfrentam grande dificuldade de acesso a serviços e atendimento na rede pública ou privada de saúde, quando buscam tratamento para qualquer enfermidade não relacionada à sua transexualidade ou à eventual infecção pelo hiv. No âmbito da *Política Nacional de Saúde Integral de LGBT*, as propostas apresentadas especificamente para mulheres transexuais, além das dirigidas conjuntamente a estas e a travestis – já relacionadas anteriormente – são: 1) “promover o aperfeiçoamento e a qualificação das tecnologias usadas no processo transexualizador com vistas ao atendimento universal”; e 2) “garantir acesso universal à demanda pelo processo transexualizador na rede SUS, nos moldes regulamentados”.

Ainda quanto a demandas de transexuais e também travestis, uma ação específica no estado de São Paulo viabiliza condições para atenção integral a sua saúde, para além da atenção restrita às dst/hiv/aids. Inaugurado em junho de 2009, o *Ambulatório de Saúde Integral a Travestis e Transexuais* – criado onde já operava o Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids da Secretaria Estadual da Saúde – possui uma estrutura para atenção exclusiva a esses segmentos. Neste Ambulatório atua uma equipe multidisciplinar, com profissionais das áreas de urologia, coloproctologia, dermatologia e endocrinologia, especialmente dedicada à realização de um trabalho de recepção e acolhimento de travestis e transexuais.

Posteriormente à criação do Ambulatório, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, CREMESP, publicou a [Resolução nº 208](#), de 27 de outubro de 2009, que dispõe sobre o atendimento médico à população de travestis, transexuais e “pessoas que apresentam dificuldade de integração ou dificuldade de adequação psíquica e social em relação ao sexo biológico”. Nessa resolução determina-se, entre outras recomendações, que o tratamento médico deve assegurar a atenção integral a essa população, bem como a utilização do nome social desejado pela usuária dos serviços de saúde³⁶.

A despeito dessa resolução do CREMESP e, ainda, dos diversos planos, programas, portarias e outros atos normativos secundários, além da própria *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde*, a efetividade das ações previstas em cada um desses documentos é limitada pela GBTLfobia institucional, restrições orçamentárias e oscilações na gestão de órgãos públicos das três esferas de governo. Seguramente, em um cenário ideal, todas as pessoas deveriam ser atendidas de forma humanizada e respeitosa em qualquer unidade de saúde. Mas, enquanto isso não ocorre, as reflexões de uma ativista entrevistada auxiliam a compreender o significado e a importância de iniciativas como a de criação do ambulatório especializado no atendimento a travestis e transexuais:

O ambulatório pra saúde integral de travestis e transexuais está em fase de, é... início, né, fase inicial. Mas eu já passei por lá, né, e, assim, é outra história, né? É diferente de você chegar numa [unidade qualquer da] rede [de saúde]. É o que eu falo, não quero segmentação, não quero ter um lugar pra mim, quero ter um lugar onde todo mundo tem o direito de ir, né? O posto de saúde tem, tem que ser pra todo mundo. Eu não preciso ter um lugar específico pra mim, mas é isso que tem agora, é disso que eu vou aproveitar. É... o atendimento é humanizado, tem, né... tá, pelo que eu percebi, tá seguindo os princípios do SUS nessa questão da, da humanização.

Iniciativas como o ambulatório de São Paulo, voltadas para públicos específicos, têm repercussões diretas e concretas sobre as vidas das pessoas que recorrem a estes serviços, enquanto as políticas de caráter universalista ainda não são capazes de contemplá-las. Ou seja, embora idealmente o atendimento a travestis e transexuais deva ser realizado

³⁶ A [Portaria nº 1](#), de 27 de janeiro de 2010, do Centro de Referência e Treinamento - DST Aids, da Coordenadoria de Controle de Doenças, do estado de São Paulo, define protocolo clínico nos ambulatórios de saúde para travestis e transexuais, estabelecendo orientações relativas ao acolhimento e avaliação psicológica, médica e social.

em todo sistema de saúde, sem qualquer discriminação, consta necessária, enquanto isso não se torna realidade, a existência de ambientes especializados para seu atendimento. Ao longo desta convivência necessária entre as políticas públicas universalistas e as específicas, a “dosagem” entre essas modalidades de atenção à população LGBT será sempre um desafio e mote para disputas entre governos e sociedade civil.

Em uma sociedade democrática, o acesso à saúde, bem como a tratamentos, técnicas e procedimentos respeitosos e humanizados, não pode ser privilégio ou exclusividade de ninguém. Apesar dos ideais de universalidade, integralidade, equidade que configuram o próprio SUS, em se tratando da população LGBT, todavia, parece evidente uma série de limites na concepção do sistema de saúde no país, bem como nos marcos legais que o fundamentam, embora sem dúvida tenha havido avanços importantes nos anos recentes, como sinalizamos anteriormente.

Contudo, mudanças não têm sido simples e rápidas como desejaríamos. Afinal, implantar ou remover mamas, aplicar ou retirar silicone, construir ou remodelar zonas erógenas e ter acesso a serviços de qualidade no contexto de atenção integral à saúde são direitos cujo gozo ainda esbarra em fronteiras legais, simbólicas, físicas e muitas outras. Portanto, uma observação atenta das demandas de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais pode explicitar os limites que precisam ser superados para que as integrantes de tal população sejam reconhecidas como humanas com direitos.

Considerações finais

Os problemas e desafios para a implementação de políticas de saúde em âmbito geral no Brasil são complexos e sua superação depende de uma série de fatores. Existem desigualdades estruturais no país, o que torna imperativo registrar que, a curto prazo, as ações nas pastas de saúde, bem como nas de outras áreas, não serão suficientes para atender às necessidades dos segmentos que não ocupam posições dominantes em termos econômicos, sociais, políticos e culturais. Isso demandará do governo e dos diferentes grupos da sociedade civil um constante negociação em torno da definição de prioridades relacionadas à formulação implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas em todas as áreas, inclusive na de saúde. A título de contribuição nesse diálogo fundamental, sugerimos, abaixo, alguns pontos que nos parecem importantes com vistas a viabilizar a inserção da população TBGL entre os segmentos objeto de atenção prioritária no âmbito das políticas públicas:

- 1) Formulação de uma política de Estado intersetorial, transversal e continuada, em contraposição a políticas de governo, sujeitas às instabilidades da conjuntura política;
- 2) Fortalecimento das relações e diálogos entre representantes dos governos federal, distrital, estaduais e municipais;
- 3) Definição de conjunto de marcos jurídicos que dêem fundamento legal e legitimidade às políticas executadas pelo Poder Executivo;
- 4) Cumprimento das propostas e recomendações integrantes de planos, programas e atos normativos secundários (decretos, portarias, resoluções, instruções, etc.), aprovados a partir de demandas da sociedade civil;
- 5) Interlocução entre gestoras e representantes da sociedade civil que atuam nas fases de formulação, execução, monitoramento e avaliação das políticas;
- 6) Garantia de instâncias de controle social, tais como conselhos e conferências;
- 7) Previsão legal de dotação orçamentária, assegurando, inclusive, parcerias entre governo e sociedade civil;

- 8) Constituição de órgãos, departamentos, setores, coordenações, enfim, estrutura administrativa e corpo de funcionários responsável por atividades direcionadas para a população LGBT.

Além desses princípios de ordem geral para a formulação e implementação de políticas públicas para a população TLGB em todos os campos da vida social, elencamos abaixo alguns referenciais que sinalizam especificidades importantes na área de saúde:

- 1) Promoção de ações contínuas para capacitação de profissionais da saúde e gestoras;
- 2) Elaboração de políticas que promovam cidadania e direitos civis em detrimento a ações fundamentadas em saberes e poderes que alocam a população TBLG na esfera da patologização e desvio;
- 3) Ênfase nas políticas de atenção integral a saúde, ainda que reconhecida a relevância na manutenção de ações relacionadas ao combate às dst/hiv/aids específicas para essa população;
- 4) Atenção diferenciada, por meio de protocolos específicos, às necessidades e demandas próprias a travestis, transexuais, lésbicas e gays, enquanto grupos-alvo diferenciados;
- 5) E, acima de tudo, tratamento livre de LGBTfobia e respeitoso que permita uma assistência humanizada à saúde integral de travestis, transexuais, lésbicas, bissexuais e gays em todo o país.

Mediante os pontos apresentados e as ações, planos e programas discutidos no decurso deste texto, podemos afirmar que o que existe de mais concreto no âmbito de políticas de saúde para a população BLTG no Brasil ainda são as iniciativas construídas em torno da epidemia de aids e do combate e prevenção às dst. Porém, registramos o esforço recente do governo federal para a construção de ações voltadas à promoção da saúde integral de LGBT, para além dos limites da epidemia, a partir das demandas e pressões do movimento organizado de transexuais, travestis, lésbicas, bissexuais e gays, em um processo protagonizado por várias redes e associações com representação nacional.

Referências

- ALMEIDA FILHO, Naomar de. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia?. In: *Rev. Bras. Epidemiologia*. São Paulo, v. 3, n. 1-3, Dec. 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico Aids 2009*. Ano VI, nº 01. Brasília, 2010b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual*. Brasília, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST*. Brasília, 2007a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens e Travestis*. Brasília, 2007b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília, 2008b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília, 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família*. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1986.
- BRASIL. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. *II Programa Nacional de Direitos Humanos*. Brasília, 2002.
- BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. *Anais da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais - GLBT*. Brasília, 2008a.
- BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. *III Programa Nacional de Direitos Humanos*. Brasília, 2009b.
- BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. *Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gay, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília, 2009a.
- BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.
- CABRAL, Mauro. Versiones. In: *Interdiciones*. Escrituras de la intersexualidad em castelaño. Córdoba: Annarés Editorial, 2009.

- CALDERARO, Fernanda; FERNANDES, Beth; Luiz, MELLO. Cidadania TTLBG e o direito à saúde no Brasil. In: ROCHA, Dais [et. al.] (orgs.). *Diversidade e equidade no SUS: parceria universidade e educação popular*. Goiânia: Cânone, 2008.
- CAMPOS, Gastão W. de S. Modo de co-produção singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 3-8, jan./abr. 2009.
- CARRARA, Sérgio; SIMOES, Júlio Assis. Sexualidade, cultura e política: a trajetória da identidade homossexual masculina na antropologia brasileira. In: *Cadernos Pagu*. Jan./June, no. 28., p. 65-99, 2007.
- FACCHINI, Regina. *Sopa de Letrinhas? Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- FALEIROS, Vicente de Paula et al. *A construção do SUS: história da reforma sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.
- HALPERIN, David. *San Foucault: para una hagiografía gay*. Córdoba: El Cuenco De Plata, 2004.
- LIONÇO, Tatiana. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. In: *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 17, n. 2, Junho, 2008.
- MACHADO, Paula Sandrine. *O sexo dos anjos: representações e práticas em torno do gerenciamento sóciomédico e cotidiano da intersexualidade*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.
- MELLO, Luiz; PERILO, Marcelo. La respuesta brasileña al VIH y los avances en el combate a la epidemia de SIDA. In: *Revista Crítica*. Madri, Espanha, maio, p. 58-61, 2008.
- MOTT, Luiz. *A cena gay de Salvador em tempos de Aids*. Salvador: Editora do Grupo Gay da Bahia, 2000.
- PARKER, Richard, Empoderamento Erótico e Cidadania Sexual para Homens que Fazem Sexo com Homens e Tribos Afins In: RIOS, Luís Felipe. [et al.] (org.). *Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: ABIA, 2004.
- PELÚCIO, Larissa. *Nos nervos, na carne, na pele: uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de aids*. Tese de doutorado, Universidade Federal de São Carlos, 2007.
- POLIGNANO, Marcos. *História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão*. Disponível em: http://www.rnpd.org.br/download/publicacoes/Saude_no_Brasil.doc. Acesso em: 21 de março de 2010.
- ROMANO, Valéria Ferreira. As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 17, n. 2, junho, p. 211-219, 2008.
- ROSSI, Lilia. *Guia de Prevenção das DST/Aids e Cidadania para Homossexuais*. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde/ CNDST e Aids. 2002.
- RUBIN, Gayle. Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. In: VANCE, Carole. (comp). *Placer y peligro*. Explorando la sexualidad femenina. Madrid: Revolución, 1989.

SANTOS, Nelson R. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, p. 9-18, 2008.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. In: *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 31, n. 5, Oct. 1997.

SIMÕES, Júlio Assis; FACCHINI, Regina. *Na trilha do arco-íris: do movimento homossexual ao LGBT*. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2009.