Análise da política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no âmbito do sistema único de saúde

Analysis of the national comprehensive health policy for lesbians, gays, bisexuals, transvestites and transsexuals within the scope of the unified health system

DOI:10.34117/bjdv7n6-161
Recebimento dos originais: 09/05/2021
Aceitação para publicação: 09/06/2021

Cosme Rezende Laurindo
Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)
Especialista em Saúde Mental - Modalidade Residência Multiprofissional pelo Hospital Universitário (HU) da UFJF
Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da UFJF
Enfermeiro na Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Cariacica-ES
Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora Campus Universitário
Endereço: Rua José Lourenço Kelmer, s/n - São Pedro, Juiz de Fora - MG, Brasil – CEP: 36036-900
E-mail: cosmelaurindo@outlook.com

Francisca Emanuelle Rocha Vieira
Bacharela em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Especialista em Saúde Mental - Modalidade Residência Multiprofissional pelo HU da UFJF
Enfermeira no Departamento de Saúde Mental da Prefeitura de Juiz de Fora-MG
Instituição: Prefeitura de Juiz de Fora-MG (PJF)
Endereço: R. Tiradentes, 75 - Santa Helena, Juiz de Fora - MG, Brasil – CEP: 36015-360
E-mail: manurocha.enf@gmail.com

Luís Felipe Pinto Baracho
Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)
Especialista em Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica Geral – Modalidade Residência Uniprofissional pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e Hospital Federal da Lagoa (HFL)
Especialista em Saúde Mental - Modalidade Residência Multiprofissional pelo HU da UFJF
Juiz de Fora - MG, Brasil
E-mail: lfbaracho@hotmail.com

RESUMO
INTRODUÇÃO: A partir da detecção de iniquidades e violação dos direitos humanos aos quais a população lésbica, gay, bissexual, travesti e transexual (LGBT) está exposta, se fazem necessárias discussões acerca da política de saúde voltada a este grupo específico. OBJETIVO: Analisar a Política Nacional de Saúde Integral Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) no âmbito do Sistema Único de Saúde.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo de análise documental, desenvolvido a partir da leitura da PNSILGBT no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da articulação da concepção, objetivos e propostas da política com os princípios doutrinários e organizativos do SUS apresentados nas leis orgânicas da saúde nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, bem como com o Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta o SUS. RESULTADOS: Barreiras simbólicas, morais e estéticas presentes nos serviços públicos de saúde quanto à atenção à população LGBT obstaculizam o cumprimento dos princípios da integralidade, universalidade e equidade. CONCLUSÃO: Consideramos a política, quanto sua efetivação na prática, ainda incipiente.

Palavras-Chaves: Minorias Sexuais e de Gênero, Política de Saúde, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT
INTRODUCTION: From the detection of inequities and human rights violations to which the lesbian, gay, bisexual, transvestite and transsexual (LGBT) population is exposed, discussions about the health policy aimed at this specific group are necessary. OBJECTIVE: To analyze the National Comprehensive Health Policy for Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transsexuals (PNSILGBT) within the scope of the Unified Health System. METHODOLOGY: This is a document analysis study, developed from the reading of the PNSILGBT within the scope of of the Unified Health System (SUS) from the articulation of the conception, objectives and proposals of the policy with the doctrinal and organizational principles of SUS presented in the organic health laws nº 8.080 / 1990 and nº 8.142 / 1990, as well as with Decree nº 7,508 / 2011, which regulates the SUS. RESULTS: Symbolic, moral and aesthetic barriers present in public health services regarding the attention to the LGBT population hinder compliance with the principles of integrality, universality and equity. CONCLUSION: We consider the policy, in terms of its implementation in practice, still incipient.

Keywords: Sexual and Gender Minorities, Health Policy, Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

As discussões acerca da formulação de políticas de saúde voltadas para grupos específicos como pessoas com deficiência, população lésbica, gay, bissexual, travesti e transexual (LGBT) e negra se faz necessária a partir do momento em que se detecta as iniquidades e quadros de violação dos direitos humanos aos quais essas populações estão expostas (FONSECA et al., 2020; LIONÇO, 2008).

A Constituição Federal de 1988, em sua seção II, no artigo 196, definiu o conceito de saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doenças e outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988).

Mesmo a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, ditando como princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) a universalidade, a integridade e a igualdade; a saúde da população LGBT tem sido negligenciada ao longo dos anos. Isso vêm ocorrendo devido à predominância de uma cultura que preconiza e impõe uma única sexualidade e gênero, discriminando todas as outras formas de expressão da subjetividade (SILVA et al., 2017).

Durante muito tempo os compêndios médicos identificavam a população LGBT como portadores de patologias mentais e desvio de conduta sexual. Muitos foram internados em hospitais psiquiátricos para tentar uma possível "cura", através da utilização de muitos psicotrópicos e terapia com banho frio, eletrochoque entre outros. Historicamente a saúde da população LGBT ganhou visibilidade na década de 80, quando movimentos sociais vinculados à defesa de direitos dessa população exigiu do Estado estratégias para o enfrentamento da epidemia de AIDS/HIV (DUARTE, 2014)

Desde então, o movimento LGBT ganhou força conseguindo diversos avanços, como a instituição do Programa Brasil sem Homofobia, a representatividade no Conselho Nacional de Saúde e os consequentes debates sobre o tema em conferências nacionais de saúde e a conquista de uma série de portarias que beneficiaram esse segmento populacional como portadores de direitos e cidadania no campo da saúde, tais como a Portaria GM nº 426, de 22 de março de 2005, que institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, a Portaria GM nº 675, de 30 de março de 2006, que aprova a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o país (revogada pela Portaria GM nº 1.820, de 13 de agosto de 2009) e a Portaria GM nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, que institui, no âmbito do SUS, o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, em decorrência, tardiamente, da Resolução do Conselho Federal de Medicina n. 1.652/2002, que, em maio de 2002, permitiu a realização de cirurgia de resignação sexual do/a transexual ou transgenitalização, antes realizada de forma clandestina.

Somado a isso, a análise da vulnerabilidade da saúde dessa população revela uma maior possibilidade de adoecimento por uma série de condicionantes, sejam eles individuais, coletivos ou contextuais (FERREIRA; PEDROSA; NASCIMENTO, 2017; FONSECA et al., 2020).

É fato que a população LGBT é, constantemente, vítima de discriminação social o que influencia diretamente na sua qualidade de vida, podendo ser citados a dificuldade

de relacionamentos sociais, o subemprego, alimentação precária, a maior prevalência de depressão, crises de ansiedade e de pânico; maior possibilidade de sofrerem violência física; o sofrimento psíquico de não se reconhecerem em seu corpo e decorrente do preconceito sofrido; a utilização indiscriminada de hormônios sexuais, entre outros. Fatores estes que se tornaram verdadeiros problemas de saúde pública (BRASIL, 2013; FONSECA et al., 2020).

Frente a este contexto, faz-se essencial estudo que tem como objetivo analisar a Política Nacional de Saúde Integral Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) no âmbito do Sistema Único de Saúde, visto tratar-se do principal esforço em materializar os princípios do SUS para esta população específica.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de análise documental, desenvolvido a partir da leitura da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no âmbito do SUS. Construiu-se um texto que articula de forma crítica e reflexiva a concepção, objetivos e propostas da política com os princípios doutrinários e organizativos do SUS, que levou à leitura detalhada da Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080, bem como do Decreto nº 7508/2011.

A leitura dos documentos foi realizada por três pesquisadores primeiramente de forma individual, para num segundo momento proceder à leitura de forma coletiva com discussões e construção do texto final, recorrendo-se à literatura para referenciar as discussões levantadas.

3 CONCEPÇÃO, OBJETIVOS E PROPOSTAS DA POLÍTICA

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, surge em resposta à pressão social associada à percepção da complexidade da saúde da população LGBT (FERREIRA; PEDROSA; NASCIMENTO, 2017). Tal política tem como objetivo oferecer atenção integral a essa população, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como um sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2013).

Dessa forma, as políticas de saúde propostas pelo Ministério da Saúde para a população LGBT têm como característica o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença desse público. Portanto, suas diretrizes e seus

objetivos devem trazer mudanças na determinação social da saúde, buscando a redução das desigualdades relacionadas à saúde desses grupos sociais (CARVALHO; PHILIPPI, 2013).

Reconhece, ainda, a necessidade de propor ações no sentido de promover os direitos humanos da população LGBT; que contribuam para a eliminação de qualquer forma de discriminação que traga sofrimento ou seja causa de violência; que promovam a articulação da rede de atenção possibilitando a promoção da cidadania; que aumente o escopo de serviços voltados para essa população; que promovam a educação em saúde e produção de conhecimento científico sobre o assunto; que aumentem a participação social dessa população nos conselhos e conferências de saúde e também na formulação de novas políticas (CARVALHO; PHILIPPI, 2013).

4 REFLEXÕES ACERCA DOS PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS E ORGANIZATIVOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM A POLÍTICA

A partir da instituição da saúde como um direito de todos e dever do Estado através do artigo n° 196 da Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988), como forma de garantir essa exigência, surge na lei orgânica da saúde 8080/90 (BRASIL, 1990) sob a forma dos princípios doutrinários do SUS: a universalidade, a integralidade e a equidade.

Historicamente o acesso aos serviços de saúde no Brasil esteve restrito a determinadas populações, excluindo a maioria das pessoas, o princípio da universalidade surge, portanto, para assegurar o direito ao acesso aos serviços e ações de saúde para todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, religião ou outras características sociais ou pessoais.

De acordo com Paim e Silva (2010), o princípio da integralidade implica na obrigatoriedade de oferecer uma atenção à saúde de qualidade que abrange todos os níveis de cuidado, incluindo a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Esse princípio pressupõe ainda que deve haver uma visão holística do indivíduo, considerando a complexidade do seu ser, envolvendo não apenas os aspectos biológicos, como também os psicossociais e culturais, o que faz necessário a implementação de ações intersetoriais.

Já a equidade busca a diminuição das diferenças evitáveis e injustas, ao mínimo possível, e na oferta de serviços de saúde em função das necessidades. Significa, portanto,

tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior (PAIM; SILVA, 2010).

A PNSILGBT foi construída em parceria com a sociedade civil e tem por objetivo estabelecer diretrizes e ações para as três esferas de governo no que se refere à promoção, prevenção e recuperação no cuidado em saúde, enfatizando a importância da redução das iniquidades decorrentes de identidade de gênero e orientação sexual.

Essa política é um instrumento indispensável na luta contra a homofobia, lesbofobia e transfobia no campo da saúde, e contra o preconceito institucional no SUS. Durante a etapa de sua elaboração, a participação das lideranças e movimentos sociais favoreceu a construção de um texto de qualidade, capaz de abranger as principais demandas da população em questão. Porém a implementação efetiva das ações colide com resistências políticas locais, incitadas por posições morais, e que na maioria das vezes são de ordem religiosas, que envolvem os funcionários e profissionais em suas subjetividades, resultando em condutas muitas vezes discriminatórias e estigmatizantes.

É consenso na literatura que o preconceito e a discriminação aos comportamentos sexuais que diferem do padrão heteronormativo atuam como determinantes em saúde, tendo em vista que ocasionam vulnerabilidades específicas, constituem barreiras simbólicas ao acesso, influenciando na qualidade da atenção, além de poder desencadear processos de sofrimento, adoecimento e morte prematura dessa população (CERQUEIRA-SANTOS et al., 2010; PEREIRA et al., 2017).

As barreiras simbólicas ao acesso impostas pelo preconceito e estigma, atuam como um obstáculo no cumprimento do princípio da universalidade. O desconhecimento e/ou negligência por parte de gestores e profissionais de saúde dos aspectos psicossociais e necessidades específicas da população LGBT impede um atendimento integral, e o padrão heteronormativo das práticas de saúde, o processo de patologização das variantes comportamentais, o preconceito encarnado nas subjetividades de usuários e profissionais, e o sexismo institucional dificultam o cumprimento das ações previstas pelas políticas de equidade.

Em estudo realizado por Guimarães e cols. (2017) com agentes comunitários de saúde, alguns profissionais negaram a existência de preconceito e consideravam as ações especificas para a população LGBT como “discriminatórias”, o que revela o desconhecimento e a invisibilidade do atendimento equânime com população de vulnerabilidade histórica reconhecida, confundindo as ações afirmativas como forma de privilégio. Neste caso a compreensão da equidade como princípio doutrinário do SUS

parece não existir, tendo em vista que não se consideram a priorização dos que mais precisam na busca na redução das desigualdades evitáveis. Neste mesmo estudo, o estigma surge sem que os profissionais se deem conta, quando em suas tentativas de reafirmar igualdade, o comportamento sexual é comparado a doenças ou deficiências.

Em outro estudo realizado com profissionais médicos de Equipes de Saúde da Família, o conceito de equidade também pareceu ser mal compreendido quando relacionado as ações de saúde para a população LGBT, de acordo com os profissionais entrevistados não há a necessidade de ações especificas voltadas para essa população. É importante destacar que dentro desse conceito é abordada a importância do tratamento que deve considerar valorizar e favorecer, de maneira equivalente, direitos, benefícios, obrigações e oportunidades entre os gêneros (PEREIRA et al., 2017).

Percebe-se que o princípio da equidade não está sendo compreendido pelos diversos profissionais, e nem praticado como deveria, tendo em vista que as especificidades do grupo não estão sendo consideradas. Destaca-se a invisibilidade da questão de gênero e identidade sexual nas práticas de saúde. A desconsideração sobre os modos de vivência da sexualidade da população LGBT põe a modalidade heterossexual de sexualidade como padrão, o que implica na efetividade das práticas preventivas, do atendimento e tratamento de pacientes LGBT.

Neste sentido, uma atitude discriminatória afeta a relação profissional de saúde/usuário, obstaculiza políticas de educação e prevenção, afeta a credibilidade do sistema de saúde e impede que os usuários solicitem exames de saúde voluntários o que atenta contra o direito a saúde (CERQUEIRA-SANTOS et al., 2010).

Cabe salientar que a implementação de políticas universais de saúde no Brasil enfrenta problemas complexos e sua superação depende de uma série de fatores, que não se restringem ao universo da luta política da população LGBT com vistas ao combate à homofobia. Existem desigualdades estruturais no país, o que torna imperativo reconhecer que, a curto prazo, as ações governamentais não serão suficientes para atender às necessidades de todos os segmentos subalternizados em termos econômicos, sociais, políticos e culturais (BEZERRA et al., 2019; MELLO et al., 2011).

No campo próprio à saúde da população LGBT, é necessário que os princípios de universalidade, integralidade e equidade constitutivos do SUS sejam materializados em políticas públicas que promovam o enfrentamento das consequências excludentes da homofobia e da heteronormatividade (MELLO et al., 2011). Do contrário, continuarão a existir barreiras simbólicas, morais e estéticas que impedem o acesso da população LGBT

a serviços públicos de saúde de qualidade, livres de preconceito, discriminação e exclusão, especialmente em relação às pessoas mais pobres e às que questionam de maneira mais profunda os binarismos de gênero, como, por exemplo, transexuais, travestis, mulheres "masculinizadas" e homens "efeminados". As mudanças em curso não são simples e parecem não ocorrer na velocidade desejada pelas pessoas que buscam atenção e cuidados.

Os princípios organizativos do SUS tratam de formas de se concretizar o SUS na prática. Destaca-se, destes, os seguintes (BRASIL, 1990): a Regionalização e a Hierarquização, a Descentralização e Comando Único, e a Participação Popular.

Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região (BRASIL, 1990).

Descentralizar é redistribuir o poder e a responsabilidade entre as três esferas de governo (BRASIL, 1990). No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, em que devem ser fornecidas a este, condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer essa função. Para atingir esse objetivo, há a concepção de mando único, em que cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios doutrinários e a participação da comunidade.

Na participação popular, a sociedade deve estar presente constantemente no sistema, através dos Conselhos e das Conferências de Saúde, os quais, de maneira geral, visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

Através da leitura e análise da PNSILGBT (BRASIL, 2013), percebe-se o quanto a participação da comunidade e o controle social estão inseridos no documento. Pode-se perceber, primeiramente, pela citação à Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2006), a qual buscou contemplar as especificidades dos diferentes grupos sociais, que apresentam diferentes especificidades e vulnerabilidades, endossada pela Portaria GM nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que revoga a primeira e dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Com isso, ocorre a contínua luta por mudanças na determinação social da saúde, com vistas ã redução das desigualdades relacionadas à

saúde. Assim, a efetivação da participação da comunidade se dá pelo fortalecimento da representação do segmento LGBT nas instâncias de participação popular.

Outro instrumento de grande representação social na luta pelos direitos à população LGBT são os Princípios de Yogyakarta, que são princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. O documento foi inspirado na Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU de 1948 e é composto por 29 princípios, que contemplam o direito ao gozo universal dos direitos humanos, à igualdade e a não discriminação, ao reconhecimento perante a lei, ao padrão mais alto alcançável de saúde, proteção contra abusos médicos, de construir uma família, dentre outros importantes e fundamentais direitos.

Verifica-se que o controle social é um instrumento fundamental para disputa e enfrentamento do conservadorismo, que dificulta e impede o avanço da implementação de políticas públicas de saúde e, dessa forma, da efetivação da promoção à saúde e à equidade do acesso e permanência da população LGBT nos serviços do SUS. Por isso, o controle social contribui para a adequação das políticas de saúde à realidade local, evitando, por conseguinte, a manutenção dessas desigualdades (SILVA et al., 2017).

Partindo-se ainda da premissa de que, para o atendimento integral à saúde, também devem ser considerados os agravos decorrentes dos estigmas, do preconceito, da discriminação e da vulnerabilidade e exclusão social, que são componentes dos diversos processos de violação dos direitos humanos, denota-se que, em conjunto, são componentes que impedem ou dificultam o direito e o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Com isso, considerando o processo de hierarquização dos serviços de saúde, evidencia-se a dificuldade de acesso aos serviços pela população LGBT desde a Atenção Primária, que é a principal porta de entrada para o sistema. É notória a não preparação dos profissionais de saúde para o acolhimento e atendimentos das demandas dessa população, não apenas com relação às demandas específicas, mas com relação às queixas básicas que são inerentes a todo o público em geral (MELO et al., 2020; TORRES et al., 2020). E ainda deve ser considerada a questão cultural e histórica do país, com uma população que foi educada partindo-se de valores como o machismo e a homofobia, que são componentes importantes para as barreiras e os entraves aos serviços de saúde.

Dessa maneira, ressalta–se a necessidade de educação continuada e de capacitação para os profissionais da saúde, pois uma parcela significativa desconhece a existência da

política específica para a população LGBT. O Ministério da Saúde considera que os desafios para a implantação e reestruturação de serviços, de procedimentos e de rotinas podem ser relativamente tranquilos de serem superados a partir do momento em que cultura da homofobia, do machismo e dos respeitos às diferenças sejam superadas (CARVALHO; PHILIPPI, 2013).

5 CONTRIBUIÇÕES DO DECRETO Nº 7.508/2011 PARA EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), regulamenta a Lei nº 8.080/1990, vem como forma de enfrentamento a obstáculos de gestão e organização do SUS, avançando em questões relacionadas ao planejamento da saúde, a assistência e a articulação interfederativa.

A PNSILGBT instituída pela Portaria nº 2.836/2011, e pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), conforme Resolução n° 2 do dia 6 de dezembro de 2011, que orienta o Plano Operativo de Saúde Integral LGBT, já sendo evidenciada a participação da articulação interfederativa trazida pelo Decreto nº 7.508/2011.

Tem-se na Portaria nº 2.836/2011 (BRASIL, 2011b) diretrizes que dialogam diretamente com o que é apresentado pelo Decreto nº 7.508/2011, visto que se expressa enquanto obrigatório o planejamento em saúde, como indutor de políticas, que deve ocorrer de forma ascendente e integrado, pautado sobre as necessidades de saúde da população, quando analisados os parágrafos:

> (...) II - contribuição para a promoção da cidadania e da inclusão da população LGBT por meio da articulação com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho, segurança;
> VI - difusão das informações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção e às ações para o enfrentamento da discriminação, em todos os níveis de gestão do SUS;
> VIII - produção de conhecimentos científicos e tecnológicos visando à melhoria da condição de saúde da população LGBT (...)

Faz importante ainda destacar, enquanto contexto de reorganização do SUS, que a política ainda traz de forma dividida, em seu texto, as responsabilidade e atribuições de cada esfera de poder, de maneira a também dialogar com o que é proposto pelo Decreto nº 7.508/2011, enquanto proposição de redes regionalizadas e hierarquizadas, visando atendimento integral.

Sendo assim, tem-se como competindo ao Ministério da Saúde, entre outros, o apoio a implementação da política nas demais esferas de poder, bem como condução dos processos de pactuação sobre a temática LGBT no âmbito da Comissão Intergetores Tripartite (CIT), essencial para aprovação de ações, contidas no Plano Operativo. Às Secretarias Estaduais de Saúde, entre outros, definir estratégias e plano de ação para implementação da política, além de conduzir os processos de pactuação sobre a temática LGBT na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). E às Secretarias Municipais de Saúde, entre outros, implementar a política no município e identificar as necessidades de saúde da população LGBT (BRASIL, 2011b).

A todos os níveis cabem estratégias para levantamento de trabalho de dados, alimentando assim o sistema de vigilância epidemiológica, bem como a produção científica de qualidade, que irá contribuir com o desenvolvimento de novas estratégias e ações voltadas a efetivação da assistência a população LGBT (BRASIL, 2011b).

Tem-se também como consequência do Decreto nº 7.508/2011 o Plano Operativo, aprovado pela CIT, que atualmente está em sua segunda edição, tendo como objetivo apresentar estratégias de implementação da PNSILGBT, para as gestões federal, estadual, distrital e municipal do SUS no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde, com foco na população LGBT (BRASIL, 2017). Ele provém de um alinhamento com o Plano Plurianual, que é o instrumento que materializa as políticas públicas traduzindo-as em diretrizes, programas, ações e metas a serem implementadas num período de 4 anos.

O atual Plano Operativo, em consonância com o que é proposto com o Decreto nº 7.508/2011, tem como eixos (BRASIL, 2017): Acesso da população LGBT à atenção integral à saúde; Promoção e vigilância em saúde; Educação permanente, educação popular em saúde e comunicação; Mobilização, articulação, participação e controle social; e, Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT.

São reflexos do Plano Operativo, fundamentado pelo Decreto nº 7.508/2011 e pela Portaria nº 2.836/2011 (MS, 2017): Inclusão do nome social de travestis e transexuais no Cartão do Sistema Único de Saúde (Cartão SUS) e na Caderneta da Pessoa Idosa; Publicação da Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, que redefine a amplia o Processo Transexualizador no SUS; Estados com estabelecimentos de saúde habilitados a realizar atendimento especializado no Processo Transexualizador no SUS: RS, RJ, SP, GO, PE, RJ, MG, SP, PR; Curso EaD sobre a PNSILGBT na plataforma da UNASUS: 17.385 capacitados até agosto de 2017; Inclusão dos campos “nome social”, “orientação

sexual" e "identidade de gênero" na ficha de cadastro individual do e-SUS AB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB); Inclusão dos campos "nome social", "orientação sexual", "identidade de gênero" e motivação da violência por "homo/lesbo/bi/transfobia" na ficha de notificação de violências do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROVOCAÇÕES

Consideramos a PNSILGBT, quanto sua efetivação na prática, ainda incipiente. É fato que os princípios da Universalidade, da Equidade e da Participação Social não são respeitados no atendimento à população LGBT. Somos integrantes de um país com uma estrutura histórica e cultural machista, LGBTFóbica, patriarcal, conservadora e intolerante às diferenças.

É mais que necessário haver mudanças na formação profissional, com adequação aos apontamentos atuais de configuração da grade curricular para atendimento em saúde a populações em risco de vulnerabilidade, e educação permanente para a capacitação dos profissionais de saúde, com mecanismos de aproximação e atuação em conjunto com os movimentos sociais, com vistas a um atendimento humanizado e que respeite os direitos da população LGBT, em consonância com os princípios do SUS.

Além disso, faz-se necessário desenvolver trabalhos de articulação intersetorial que visem também abordar a população, visto que não só os determinantes sociais detêm efeito sobre status de saúde, mas também a determinação social, a conjuntura, o arquétipo da sociedade.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, M. V. R. et al. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. Saúde em Debate, [Internet], v. 43, n. spe. 8, p. 305-323, 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s822. Acesso em: 21 maio 2021.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra LGBT e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria nº 675, de 30 de março de 2006. Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País. Brasília. 2006.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília. 2011a.

BRASIL. Portaria nº 2.836, de 1 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 32 p.

BRASIL. Resolução nº 26, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. 2017.

CARVALHO, L. S.; PHILIPPI, M. M.. Percepção de lésbicas, gays e bissexuais em relação aos serviços de saúde. Universitas: Ciências da Saúde, [Internet], v. 11, n. 2, p.83-92, jul./dez. 2013. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5102/ucs.v11i2.1837. Acesso em: 15 abr. 2018.

CERQUEIRA-SANTOS, E. et al. Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. R Interam Psicol, [Internet], v. 44, n. 2, p.235-245, 2010. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/284/28420641004.pdf. Acesso em: 01 maio 2018.

DUARTE, M. J. O.. Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania LBGT em cena. Temporalis, [Internet], v. 14, n. 27, p.77-98, jan./jun. 2014.

Disponível em: https://doi.org/10.22422/2238-1856.2014v14n27p77-98. Acesso em: 15 abr. 2018.

FERREIRA, B. O.; PEDROSA, J. I. S.; NASCIMENTO, E. F.. Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único de Saúde. Rev Bras Promoç Saúde, [Internet], v. 31, n. 1, p.1-10, jan./mar. 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2018.6726. Acesso em: 15 abr. 2018.

FONSECA, R. A. G. et al. Início do movimento político LGBTno Brasil, cultura e visibilidade de identidades sexuais femininas. Brazilian Journal Of Development, [Internet], v. 6, n. 12, p. 94739-94749, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n12-091. Acesso em: 21 maio 2021.

GUIMARÃES, R. C. P. et al. Assistência a população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde?. Tempus: actas de saúde colet, [Internet], v. 11, n. 1, p.121-139, mar. 2017. Disponível em: http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i1.2327. Acesso em: 01 maio 2018.

LIONÇO, T.. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. Saude Soc, [Internet], v. 17, n. 2, p.11-21, abr./jun. 2008. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902008000200003. Acesso em: 15 abr. 2018.

MELLO, L. et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. Sex, Salud Soc (Rio J), [Internet], n. 9, p.7-28, dez. 2011. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/s1984-64872011000400002. Acesso em: 01 maio 2018.

MELO, I. R. et al. O Direito à Saúde da População LGBT: desafios contemporâneos no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Revista Psicologia e Saúde, [Internet], p. 63-78, 8 dez. 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.20435/pssa.vi.1047. Acesso em: 21 maio 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Planos Operativos 2017 – 2019: 9ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite. [Internet]: Ministério da Saúde, 2017. 11 slides, color. Disponível em: https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/09/RESUMO-CIT-28.09.2017.pdf. Acesso em: 15 abr. 2017.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V.. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. Bis, Bol Inst Saúde (impr) [online], [Internet], v. 12, n. 2, p.109-114, 2010. Disponível em: http://www.iesc.ufrj.br/cursos/saudepopnegra/recomendacaoLuisEduardo.pdf. Acesso em: 01 maio 2018.

PEREIRA, E. O. et al. Unidades Básicas de Saúde em Teresina-PI e o acesso da população LGBT: o que pensam os médicos?. Tempus: actas de saúde colet, [Internet], v. 11, n. 1, p.51-67, 13 mar. 2017. Disponível em: http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i1.1812. Acesso em: 01 maio 2018.

SILVA, J. W. S. B. et al. Políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT e à atuação do controle social. REpS: Revista de Saúde Pública do Paraná, [Internet], v. 18, n. 1, p.140-149, jul. 2017. Disponível em: http://dx.doi.org/10.22421/1517-7130.2017v18n1p140. Acesso em: 15 abr. 2018.

TORRES, R. C. et al. Conhecimento de discentes e enfermeiros acerca da política nacional dos direitos LGBT+. Brazilian Journal Of Development, [Internet], v. 6, n. 10, p. 75032-75043, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n10-069. Acesso em: 21 maio 2021.