Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n.9 - dec. 2011 - pp.7-28 / Mello, L. *et. al.* / www.sexualidadsaludysociedad.org

Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade

Luiz Mello

Doutor em Sociologia - UNB
Professor Associado da Faculdade de Ciências Sociais
Universidade Federal de Goiás – UFG
Pesquisador do Ser-Tão / Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero e Sexualidade – UFG
Goiania, Brasil

> luizman@gmail.com

Marcelo Perilo

Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social -
UFG Pesquisador do Ser-Tão –UFG
Goiania, Brasil

> gymp3@hotmail.com

Camilo Albuquerque de Braz

Doutor em Ciencias Sociais - UNICAMP
Professor Adjunto Faculdade de Ciências Sociais – UFG
Pesquisador do Ser-Tão – UFG
Goiania, Brasil

> camilo_braz@yahoo.com.br

Cláudio Pedrosa

Mestre em Psicologia Social
Professor convidado do Curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica PUC/GO.
Goiania, Brasil

> claudiohpedrosa@yahoo.com.br

ISSN 1984-6487 / n.9 - dec. 2011 - pp.7-28 / Mello, L. *et. al.* / www.sexualidadsaludysociedad.org

Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade

Resumo: Neste artigo são analisadas as políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) no Brasil, a partir de entrevistas com gestoras governamentais e com integrantes da sociedade civil organizada, além da análise crítica de planos, programas e outros documentos de referência. Destacamos ações no âmbito do Poder Executivo Federal, concebidas e executadas por parcerias intragovernamentais e com a sociedade civil, tendo LGBT como público-alvo. Identificamos, por fim, que tais ações, quando comparadas às de outras áreas, caracterizam-se como mais consolidadas, transversalizadas, intersetorializadas e pioneiras, embora ainda não plenamente estruturadas segundo os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Palavras-chave: políticas públicas; saúde; sexualidade; gênero; LGBT

Políticas de salud para lesbianas, gays, bisexuales, travestis y transexuales en el Brasil: en busca de la universalidad, integralidad y equidad

Resumen: En este artículo se analizan políticas públicas de salud dirigidas a la población LGBT (lesbianas, gays, bisexuales, travestis y transexuales) en el Brasil, a partir de entrevistas con gestoras gubernamentales e integrantes de la sociedad civil organizada, y de una crítica de planes, programas y otros documentos de referencia. Se destacan acciones orientadas al público LGBT desde el ámbito del Poder Ejecutivo nacional, concebidas y ejecutadas por instancias gubernamentales así como otras realizadas conjuntamente con la sociedad civil. Por último, se plantea que tales acciones, en comparación a las de otras áreas, pueden caracterizarse como más consolidadas, transversalizadas, intersectorializadas y pioneras, aunque no plenamente estructuradas todavía según los principios de universalidad, integralidad y equidad.

Palabras-clave: políticas públicas; salud; sexualidad; género; LGBT; Brasil

Health policies for lesbians, gays, bisexuals, transsexuals and travestis in Brazil: the pursuit of universality, integrality and equity

Abstract: In this article we analyze health policies targeting the Brazilian LGBT population (lesbian, gay, bisexual, travesti, and transexual), based on interviews with government civil society actors, and a critical reading of programmatic documents and other sources. We highlight courses of action by the Federal Executive branch of government, conceived and carried out by means on intra-governmental and civil society partnership. In conclusion, we find that, when compared with with actions in other areas, LGBT health policies seem more consolidated, transversalized, intersectorialized, therefore pioneering, although not yet fully structured on the principles of universality, integrality and equity.

Keywords: public policy; health; sexuality; gender; LGBT; Brazil

ISSN 1984-6487 / n.9 - dec. 2011 - pp.7-28 / Mello, L. *et. al.* / www.sexualidadsaludysociedad.org

Neste artigo, refletimos sobre políticas de saúde voltadas para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) no Brasil.[1] O texto parte dos resultados da pesquisa *Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: um mapeamento crítico preliminar,*[2] por meio da qual se analisou um conjunto de políticas públicas, nos níveis federal, estadual e municipal, nas áreas de saúde, educação, segurança, trabalho, assistência social e previdência social, voltado à promoção da cidadania de pessoas e grupos discriminados por orientação sexual e/ou identidade de gênero e ao combate à homofobia.[3]

A pesquisa, realizada entre fevereiro de 2009 e setembro de 2010, teve como um de seus focos prioritários a análise de fontes documentais governamentais, especialmente planos, programas e outros textos de referência definidores de ações voltadas para a garantia de direitos civis da população LGBT. Além disso, foram realizadas 95 entrevistas – 52 com gestoras[4] e 43 com ativistas LGBT – em nove estados, suas respectivas capitais e no Distrito Federal, contemplando as cinco macrorregiões do país, assim distribuídas: Amazonas e Pará; Rio Grande do Sul e Paraná; Piauí e Ceará; Goiás e Distrito Federal; São Paulo e Rio de Janeiro. A distribuição das entrevistadas por estado e nível de governo – no caso de gestoras – encontra-se na Tabela 1, apresentada a seguir. Do total de gestoras, 17 atuavam

---

[1] Agradecemos às/aos pareceristas que apreciaram a primeira versão do artigo enviado ao Comitê Editorial de Sexualidad, Salud y Sociedad e que apresentaram valiosas e oportunas sugestões. A responsabilidade por eventuais equívocos e lacunas no texto é nossa.

[2] Esta pesquisa foi desenvolvida pela equipe do Ser-Tão e contou com apoio financeiro da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG). O relatório completo está disponível em www.sertao.ufg.br/politicaslgbt

[3] Optamos neste texto pela utilização do termo homofobia por se tratar de categoria êmica, amplamente adotada pelas entrevistadas em nossa pesquisa, e por ser o mais utilizado pelo movimento LGBT no Brasil e no mundo para caracterizar o ódio e a aversão dirigidos a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (Junqueira, 2007; Borillo, 2001). Contudo, é importante mencionar que o preconceito, a discriminação, a intolerância e o ódio que atingem os diferentes segmentos da população LGBT, representados pelas distintas letras que compõem a sigla, possuem especificidades próprias. Deve-se destacar, também, 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.

[4] Neste texto, 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. O estranhamento inicial decorrente desta feminização da escrita e insurreição contra o androcentrismo linguístico provavelmente passará após algumas poucas páginas de leitura.

ISSN 1984-6487 / n.9 - dec. 2011 - pp.7-28 / Mello, L. *et. al.* / www.sexualidadsaludysociedad.org

diretamente na área de saúde, sendo quatro do nível municipal, 11 do estadual e duas do federal.

Tabela 1. Ativistas e gestoras entrevistadas, por nível de governo e por unidade da federação

Unidades da Federação	Ativistas	Gestoras			Total
		Federais	Estaduais	Municipais	
Amazonas	5	-	2	-	7
Ceará	4	-	2	2	8
Distrito Federal	6	12	4	-	22
Goiás	3	-	4	-	7
Pará	3	-	3	-	6
Paraná	3	-	2	1	6
Piauí	2	-	5	-	7
Rio de Janeiro	7	-	5	1	13
Rio Grande do Sul	5	-	1	2	8
São Paulo	5	-	4	2	11
Total	43	12	32	8	95

O critério inicial utilizado na seleção desses estados foi o regional – dois por região, com Goiás e Distrito Federal correspondendo à Centro-Oeste. Ele articulou-se a outros, como a existência, no âmbito do Poder Executivo (do estado e/ou de sua capital), à época do início do trabalho de campo (agosto de 2009), de: a) coordenação/coordenadoria especificamente responsável pela execução de ações de combate ao preconceito, à discriminação e à intolerância contra a população LGBT; ou b) órgão responsável pelo atendimento das demandas de segmentos populacionais variados, entre eles o LGBT. Quando da inexistência de estrutura governamental voltada para o combate à homofobia em pelo menos dois estados de uma mesma região geográfica, foi utilizado como critério adicional para a sua escolha a tradição de atuação dos grupos de militância locais.

Deve ser ressaltado que o conjunto de gestoras e ativistas entrevistado não pode ser visto como uma amostra estatisticamente representativa, no âmbito de um estado específico, do conjunto daqueles alcançados na pesquisa ou em nível nacional. Além disso, é uma de nossas preocupações assegurar o anonimato das entrevistadas. Vale registrar que a potencial vulnerabilidade da posição de entrevistada mais de uma vez implicou que gestoras se recusassem a conceder entrevistas ou condicionarem sua participação na pesquisa à anuência de suas chefes. Por esta razão, neste texto evita-se a apresentação de elementos de identificação individual

ISSN 1984-6487 / n.9 - dec. 2011 - pp.7-28 / Mello, L. *et. al.* / www.sexualidadsaludysociedad.org

(como idade, sexo, cor/raça, nível de escolaridade, local de moradia, vinculação profissional, orientação sexual, identidade de gênero, entre outros), bem como a utilização de trechos de entrevistas que permitam sua identificação e/ou de outras pessoas eventualmente mencionadas.

Feitas estas observações de ordem metodológica, ressaltamos que nossa perspectiva de análise se pauta a partir de uma compreensão socioantropológica situada da categoria *saúde*, entendida como uma construção histórica, social e cultural, que não se restringe a um marco biologizante. A definição de saúde/doença da qual nos aproximamos "conjuga normas, valores e expectativas, tanto individuais como coletivas, e se expressa em formas específicas de pensar e agir" (Uchôa & Vidal, 1994:500). Nesse sentido, o termo saúde não pode ser reduzido à compreensão mecânica de mera ausência de doenças. Saúde e doença são processos que variam culturalmente e não devem ser analisados no âmbito exclusivamente individual, pois, "ao pensar sobre saúde e doença, os indivíduos estão pensando sua relação com os outros, com a sociedade, com a natureza e com o mundo sobrenatural" (Víctora *et al*., 2000:20). Sendo assim, podemos sinalizar que a compreensão de saúde está relacionada à negociação de sentidos sobre o corpo e as cosmologias que operam nos diversos agrupamentos humanos (Queiroz, 2003; Minayo, 1998).

A despeito das conquistas e dos avanços decorrentes da implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS),[5] ainda há problemas estruturais que precisam ser superados se pretendemos assegurar universalmente serviços de saúde de qualidade para a população brasileira. Antes da institucionalização do SUS, vale lembrar, apenas contribuintes do sistema previdenciário tinham acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil, não sendo este um direito de todas, como agora previsto constitucionalmente. Tal realidade é complexificada, paradoxalmente, quando se observa hoje o elevado número de sujeitos que têm acesso aos serviços de saúde somente na esfera do SUS, considerando que apenas cerca de 25% da população brasileira dispõem de pelo menos um plano de saúde privado (IBGE, 2010). A

[5] O SUS foi criado a partir das mobilizações promovidas pelo Movimento da Reforma Sanitária (Baptista, 2005; Silva & Lima, 2005), nos termos do art. 198 da Constituição Federal, o qual estabelece: "As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade". A criação do SUS foi também regulamentada na forma da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", e da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que "dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências".

ISSN 1984-6487 / n.9 - dec. 2011 - pp.7-28 / Mello, L. *et. al.* / www.sexualidadsaludysociedad.org

partir de tal cenário, não se pode esquecer que a formulação e a implementação de políticas de saúde voltadas a segmentos sociais específicos precisam ser concebidas de maneira articulada com as políticas do SUS, idealmente fundadas nos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

A criação do SUS significou um passo fundamental com vistas à universalização do acesso a ações de saúde concebidas em uma perspectiva fundada na integralidade, que procuram romper com um histórico de serviços públicos ineficazes e ineficientes, decorrentes de políticas de saúde curatistas, hospitalocêntricas, privatistas e excludentes (Silva & Lima, 2005). A perspectiva da integralidade, assim, é formulada no momento em que a noção de saúde pública passa a ser paulatinamente substituída pela de saúde coletiva, a qual questiona "que os discursos biológicos detenham o monopólio do campo da saúde" (Medeiros & Guareschi, 2009:44). Como mostra Mattos (2001), neste contexto integralidade pode ser pensada como um alvo, um objetivo e um ideal a serem alcançados, a partir de pelo menos três vetores principais: a prática dos profissionais de saúde, a organização dos serviços e as respostas governamentais (políticas) aos problemas de saúde. Nas palavras de Costa,

> O ideário da integralidade compõe um processo que se inicia na formulação de políticas do nível macro pelo Estado, passa pela gestão e gerência nos distintos níveis até a produção de ações de cuidado de saúde por meio de práticas para a atenção e o cuidado dos indivíduos (2004:12).

Quanto ao princípio da equidade, também estruturador do SUS, o que se coloca em evidência é o fato de que grupos sociais distintos, como negras, índias, mulheres, crianças, idosas e LGBT, podem ter necessidades de saúde diferenciadas, implicando demandas por ações governamentais também diferenciadas, como destacam Silva e Lima,

> [o princípio da equidade] remete ao entendimento de que existem indivíduos ou grupos populacionais mais vulneráveis devido à sua condição socioeconômica, e que, por isso, estes devem ser priorizados nos processos de intervenção estatal (2005:48).

No âmbito das reflexões sobre acesso da população LGBT a serviços de saúde fundados nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, note-se que orientação sexual e identidade de gênero não devem ser cogitadas como atributos identitários ou marcadores sociais únicos, já que necessariamente se articulam de formas diversas com outros, a exemplo de idade, raça/cor e classe social, para

ISSN 1984-6487 / n.9 - dec. 2011 - pp.7-28 / Mello, L. *et. al.* / www.sexualidadsaludysociedad.org

ficarmos com apenas três exemplos. Isto significa dizer que o sujeito não pode ser pensado apenas como "gay", "lésbica", "bissexual", "travesti" ou "transexual", já que seu corpo/self também pode ser negro-rico-jovem, entre tantas outras combinações possíveis dos atributos raça/cor, classe social e idade. Neste contexto, a categoria "interseccionalidade" (Costa & Ávila, 2005; Piscitelli, 2008) parece fundamental para analisar como diferentes eixos de subordinação se articulam em um mesmo sujeito social, fazendo com que as lógicas de exclusão/aceitação que os atingem sejam potencialmente distintas, a depender do contexto social em que se encontrem. Nesta mesma direção, Parker e Camargo Jr. destacam a importância de um olhar que contemple a interação de diversos marcadores de diferença para a compreensão dos padrões de contaminação pelo hiv:

> [...] estudos sugerem que homens que fazem sexo com homens estão presentes em todas as sociedades e que opressões múltiplas – incluindo-se a pobreza, o racismo, a desigualdade de gênero e a homofobia – interagem de forma sistemática, fazendo com que tais homens fiquem em situação de acentuada vulnerabilidade à infecção pelo HIV (2000:95).

A partir desse pano de fundo, nosso texto está estruturado em três seções: 1. "Papel aceita tudo": sobre as diretrizes da formulação de políticas públicas de saúde para a população LGBT; 2. Desafios e impasses na implementação de ações de saúde para a população LGBT; e 3. Em busca da universalidade, integralidade e equidade.

"Papel aceita tudo": sobre as diretrizes da formulação de políticas públicas de saúde para a população LGBT no Brasil

Compreende-se a formulação de políticas públicas como o processo por meio do qual "os governos traduzem seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados ou as mudanças desejadas no mundo real" (Souza, 2003:13), a curto, médio e longo prazos. As políticas públicas, neste contexto, podem ser pensadas como globais, em três sentidos: a) por dizerem respeito ao Estado, e não apenas ao governo; b) por não deverem se restringir ao período de um único governo; e c) por necessariamente contarem em sua elaboração com a participação do conjunto da sociedade civil, incluindo ONGs, empresas, igrejas, academia, mídia etc. (Observatório, 2004).

Em um âmbito mais específico, as políticas de saúde conformam diretrizes, princípios, projetos e ações relativos à "[...] produção, distribuição, gestão e re-

ISSN 1984-6487 / n.9 - dec. 2011 - pp.7-28 / Mello, L. *et. al.* / www.sexualidadsaludysociedad.org

gulação de bens que afetam a saúde humana e o ambiente" (Paim & Teixeira, 2006:74). Contemplam um leque de iniciativas voltadas à formulação, implementação e avaliação de programas e ações no âmbito da atenção à saúde, produzidas em contextos econômicos, sociais, políticos e culturais. Nas palavras de Paim:

> [...] uma *política pública em saúde* corresponde às respostas sociais – via Estado, empresas, o chamado "terceiro setor" e comunidade – em face das condições de saúde e dos seus determinantes, bem como diante da produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde das pessoas e das populações (2006:36, itálicos do autor).

Tendo como ponto de partida esse entendimento preliminar de políticas públicas e políticas de saúde, o ano de 2004 pode ser considerado um marco no que diz respeito a iniciativas governamentais voltadas à promoção da cidadania da população LGBT e ao combate à homofobia, haja vista o lançamento pelo governo federal do "Programa Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual" (BSH).[6] O BSH prevê 53 ações, distribuídas em 11 áreas, envolvendo oito secretarias e ministérios, assim enunciadas: articulação da política de promoção dos direitos dos homossexuais (nove ações); legislação e justiça (três ações); cooperação internacional (cinco ações); segurança (cinco ações); educação (uma ação que se desdobra em sete propostas); saúde (três ações); trabalho (quatro ações); direito à cultura (seis ações); política para a juventude (três ações); política para as mulheres (nove ações); política contra o racismo e a homofobia (cinco ações).

Das três ações relativas à saúde, 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 reportam-se à produção de conhecimentos sobre saúde da população LGBT e à capacitação de profissionais de saúde para o atendimento a essa população (Brasil, 2004a).

Também foi lançado pelo governo federal, em 2004, o documento *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*, no qual se reconhece a necessidade de atenção, no atendimento à saúde, às particularidades de diferenciados segmentos de mulheres, como negras, indígenas e lésbicas

---

[6] Deve ser ressaltado que o "Programa Nacional de Direitos Humanos 2" (PNDH 2) já em 2002 trazia uma série de propostas de ações relativas à população LGBT, mas que não chegaram a ser assumidas por nenhum órgão de governo como um conjunto de diretrizes para a formulação de políticas públicas.

ISSN 1984-6487 / n.9 - dec. 2011 - pp.7-28 / Mello, L. *et. al.* / www.sexualidadsaludysociedad.org

(Brasil, 2004b). Outra iniciativa que contemplou a população LGBT foi a *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde*, aprovada por meio da Portaria nº 675, de 30 de março de 2006, na qual está explicitado o direito ao cuidado, ao tratamento e ao atendimento no âmbito do SUS, livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero. Na referida Carta, afirma-se também que todas as pessoas têm o direito de serem identificadas pelo nome que preferirem, independente do registro civil. Entretanto, as dificuldades de efetivação destes parâmetros da Carta são muitas e recorrentes,[7] o que coloca em xeque sua efetividade, como relata uma ativista entrevistada:

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

Há outros programas, planos e eventos da área da saúde no Brasil da segunda metade dos anos 2000 que não são voltados exclusivamente para a população LGBT, mas conformam um importante conjunto de mecanismos que passaram a ser relevantes na elaboração e na implementação de políticas públicas que contemplam demandas destes segmentos. Dentre essas ações, destaca-se a 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, cujo relatório final traz propostas que tratam especificamente da população LGBT, com destaque para a recomendação explícita de revogação da portaria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)[8] que proibia gays e outros HSH (homens que fazem sexo com homens) de doarem sangue, o incentivo à pesquisa e à produção de conhecimentos sobre

---

[7] Larissa Pelúcio (2007) e Tatiana Lionço (2008) também discutem limites e peculiaridades da Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde.

[8] A Portaria nº 1.353, de 13 de junho de 2011, do Ministério da Saúde, que "aprova o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos", em seu art. 1º, § 5º, passou a estabelecer que "a orientação sexual (heterossexualidade, bissexualidade, homossexualidade) não deve ser usada como critério para seleção de doadores de sangue, por não constituir risco em si própria . Todavia, o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, integrante da mesma Resolução e referida como seu anexo, em seu art. 34, § 11, inciso IV, alínea d , considera doador inapto temporário por 12 meses homens que tiveram relações sexuais com outros homens e/ou as parceiras sexuais destes .

ISSN 1984-6487 / n.9 - dec. 2011 - pp.7-28 / Mello, L. *et. al.* / www.sexualidadsaludysociedad.org

essa população, a garantia de acesso ao SUS, bem como o fomento a uma política nacional de saúde integral para LGBT (Brasil, 2008a).

No âmbito específico do combate ao hiv/aids, o Ministério da Saúde lançou, em 2007, dois planos nacionais de enfrentamento da epidemia: 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. Nas esferas estadual e municipal, também houve o desenvolvimento de planos correlatos, criados por determinação do governo federal. Em relação a tais planos, é importante registrar que as ações voltadas para transexuais estão contempladas no documento destinado às mulheres, enquanto as relativas a travestis integram o concebido para o grupo de homens. Esses distintos lugares de atenção à saúde de travestis e transexuais decorrem de disputas identitárias próprias ao movimento LGBT no Brasil e de uma concepção de política pública ainda marcada pelo binarismo de gênero.

Nesse contexto, uma política nacional de saúde que contemple as especificidades de travestis, transexuais, lésbicas, gays e bissexuais começou a se materializar em 2008, com o lançamento da versão preliminar do documento *Política Nacional de Saúde Integral de LGBT*, cuja versão final foi divulgada em 2010. Entre as nove diretrizes que orientaram esta Política, destaca-se a "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, 2010:15). Sobressai-se também a criação da Comissão Intersetorial de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis – note-se a ausência de referência explícita a transexuais nesta Comissão – no âmbito do Conselho Nacional de Saúde.[9]

A centralidade do tema da saúde no âmbito das demandas do movimento LGBT brasileiro é ainda explicitada em outros documentos, como os *Anais da I Conferência Nacional LGBT*, realizada em 2008, que traz as 559 propostas aprovadas pela Plenária Final, das quais 167 dizem respeito a essa área – o que corresponde a cerca de 30% do total (Brasil, 2008b). 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 antes mencionada.

---

[9] 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. A Comissão Intersetorial em questão foi criada nos termos da Resolução nº 410, de 12 de fevereiro de 2009, do Plenário do Conselho Nacional de Saúde.

ISSN 1984-6487 / n.9 - dec. 2011 - pp.7-28 / Mello, L. *et. al.* / www.sexualidadsaludysociedad.org

De um total de 166 estratégias de ação que integram o referido Plano, 48 dizem respeito à saúde (Brasil, 2009), com destaque para as que propõem a aprovação e a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais nas instâncias do SUS.

Por fim, outro documento-chave, lançado em 2009 pelo governo federal, é o "III Programa Nacional de Direitos Humanos" (PNDH 3), no qual o tema da atenção à saúde da população LGBT também se faz presente no conjunto das ações propostas para diversos segmentos marginalizados e subalternizados, a exemplo da expansão e da consolidação de serviços básicos de saúde e de atendimento domiciliar, além do reconhecimento da "orientação sexual" como especificidade a ser contemplada nos programas de atenção integral à saúde das mulheres – reivindicação antiga de mulheres lésbicas e bissexuais e já contemplada na *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*, citada anteriormente.

Contudo, apesar da existência de vários projetos, programas e outros compromissos do governo federal relativos ao tema da saúde da população LGBT, o que se pôde constatar, a partir das entrevistas com gestoras governamentais e ativistas, é que ainda existem vários obstáculos no tocante à efetividade das propostas do governo. Como destaca uma gestora entrevistada: "As políticas só se efetivam mesmo a partir da ação, né? Papel aceita tudo, aí você bota lá muitas coisas. Agora, fazer acontecer é um desafio".

Desafios e impasses na implementação de ações de saúde para a população LGBT

Muito antes do lançamento do "Programa Brasil sem Homofobia", em 2004, as primeiras ações do governo federal direcionadas à população LGBT foram construídas no âmbito das políticas de saúde associadas ao enfrentamento da epidemia de hiv/aids, iniciadas em meados dos anos 1980. Em decorrência da pressão da sociedade civil, com o crescimento do número de infecções pelo hiv e dos casos de aids, o governo federal passou a realizar ações que buscavam atenuar os impactos da epidemia, que inicialmente afetou de maneira mais direta grupos sociais específicos, entre os quais "homens que fazem sexo com homens" (HSH), homossexuais, gays e bissexuais, travestis e transexuais – especialmente se profissionais do sexo. Terto Jr. (1996) e Parker & Aggleton (2001) destacam, porém, que os governos nacionais, particularmente na América Latina, não reconheceram inicialmente a gravidade da epidemia entre a população homossexual.

No caso brasileiro, em 1986, foi criado o "Programa Nacional de DST e Aids" (hoje denominado Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais), vinculado ao

ISSN 1984-6487 / n.9 - dec. 2011 - pp.7-28 / Mello, L. *et. al.* / www.sexualidadsaludysociedad.org

Ministério da Saúde. Contando com parcerias diversas com ONGs AIDS e LGBT, o governo federal começou a apoiar a realização de campanhas para prevenção do hiv/aids focadas na ideia de "sexo seguro" e dirigidas para segmentos sociais diversos, além de viabilizar uma política de acesso gratuito a medicamentos, insumos e tratamentos, integrante do SUS,[10] o que inclui ainda ações governamentais destinadas à quebra de patentes de antirretrovirais (Mello & Perilo, 2008). Tais iniciativas asseguraram ao Brasil reconhecimento internacional no que diz respeito à prevenção do hiv e tratamento das pessoas com aids, além de significativa redução dos custos com internações e mortalidade de infectadas (Fonseca, 2005).

Muitas organizações receberam recursos públicos, especialmente por meio de editais do Ministério da Saúde, para a realização de atividades de prevenção do hiv/aids junto à população LGBT, o que viabilizou a criação e o funcionamento de dezenas de grupos no país, que passaram a contar com sedes alugadas, aquisição de equipamentos, além de remuneração e profissionalização de parte de suas lideranças. Uma das iniciativas que viabilizaram tal processo foi o "Projeto Somos", iniciado em 1999, que favoreceu a ampliação do número de ONGs e a interiorização destas pelo país (Braz, Avelar & Jesus, 2011). Tais recursos também foram responsáveis por boa parte do financiamento das atividades que proporcionaram grande visibilidade social às demandas do movimento LGBT no Brasil, especialmente por meio da organização de paradas do orgulho e de eventos de educação/conscientização voltados ao combate à homofobia em todas as esferas da vida social e, especialmente, no âmbito dos serviços de saúde, educação e segurança (Mello, Freitas & Perilo, 2011; Simões & Facchini, 2009).

Todavia, a necessidade de sensibilização de profissionais da saúde para o atendimento não discriminatório da população LGBT ainda é um dos temas mais recorrentes nos planos, programas e demais documentos que apresentam diretrizes, objetivos e metas para as políticas públicas de saúde formuladas para esses segmentos. Da mesma forma, quando se observa a opinião de gestoras e ativistas entrevistadas em relação ao alcance das ações de conscientização de agentes de saúde no que diz respeito aos danos individuais e sociais decorrentes da homofobia, contata-se que ainda há muito por fazer, já que o total de iniciativas e o público alcançado são pouco significativos, como se observa no trecho de entrevista a seguir:

---

[10] A Lei federal nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, que "dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS", estabelece em seu art. 1º: "Os portadores do HIV (vírus da imunodeficiência humana) e doentes de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde, toda a medicação necessária a seu tratamento".

ISSN 1984-6487 / n.9 - dec. 2011 - pp.7-28 / Mello, L. *et. al.* / www.sexualidadsaludysociedad.org

> A gente sabe que a população LGBT, muitas vezes, quando chega numa unidade de saúde, num hospital de emergência após ser vítima de violência ou de algum outro ato que o leve a necessitar de uma atenção ou um cuidado médico de saúde, muitas vezes é discriminada, a pessoa fica constrangida em ser atendida nesses locais.

Apesar de dificuldades para assegurar atendimento de qualidade e livre de preconceito e discriminação contra LGBT que procuram os serviços de saúde, é possível verificar iniciativas intersetoriais pioneiras, envolvendo não apenas o Ministério da Saúde e não restritas aos profissionais de saúde. Isto ocorre, por exemplo, no "Programa Saúde na Escola" (PSE), sob a responsabilidade dos ministérios da Educação e da Saúde, instituído por meio do Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. O objetivo principal do PSE é a formação integral das 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), que é uma das ações do PSE, corresponde a uma iniciativa com foco na saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens, visando à prevenção da gravidez na adolescência e ao combate às dst/hiv/aids no âmbito escolar. O combate à homofobia e a garantia dos direitos da população LGBT, no entanto, não são eixos de atenção central do Projeto. A iniciativa vem sendo implementada em unidades das redes públicas municipais e estaduais de ensino do país. Não há informações públicas, todavia, acerca do volume de recursos investidos, público alcançado ou número de profissionais formadoras envolvidas.

Outro exemplo de iniciativa importante no tocante à saúde da população LGBT diz respeito ao atendimento de demandas de transexuais. 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 transexuais. A despeito da importância desta ação do Ministério da Saúde, deve ser registrado que, hoje, o atendimento capaz de contemplar todas as etapas do processo transexualizador só é realizado em quatro hospitais universitários, nas cidades de Goiânia, Porto Alegre, Rio de Janeiro e São Paulo.

Todavia, transexuais e travestis não buscam os serviços de saúde apenas quando inseridas no processo de readequação sexual ou em consequência da infecção do hiv/aids. Por esta razão, e considerando a forte discriminação que atinge tais pessoas quando buscam serviços universais de atendimento à saúde, deve-se ressaltar a relevância de iniciativas como a criação, em junho de 2009, na cidade de São Paulo, do Ambulatório de Saúde Integral a Travestis e Transexuais – instalado onde já operava o Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids da Secretaria

ISSN 1984-6487 / n.9 - dec. 2011 - pp.7-28 / Mello, L. *et. al.* / www.sexualidadsaludysociedad.org

Estadual da Saúde. Nele, 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 das demandas de saúde de travestis e transexuais.

Na mesma direção, note-se que iniciativas direcionadas ao atendimento das demandas de saúde de travestis, ainda que isoladas, têm possibilitado investimento em ações que não estão restritas ao âmbito da prevenção e do combate às dst/hiv/aids, como a que ocorre, desde 2001, no "Programa Saúde da Família[11] da Lapa", no Rio de Janeiro. Em um relato de experiência sobre esta iniciativa, Valéria Romano (2008) enfatiza o processo de aproximação entre a equipe de saúde de uma universidade privada 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, mas ainda de uma iniciativa isolada. A especificidade desta iniciativa é destacada na fala de uma entrevistada da sociedade civil:

> 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 [Fluminense], mas com a população em geral.

Seguramente, em um cenário ideal, todas as pessoas deveriam ser atendidas de forma humanizada e respeitosa em qualquer unidade de saúde, a partir de estrutura de acolhimento construída nos termos propostos pelo SUS. Mas, enquanto isso não ocorre, as reflexões de uma ativista entrevistada auxiliam a compreender o significado e a importância de iniciativas construídas a partir do reconhecimento dos limites das políticas públicas universais e do princípio da equidade, quando se consideram as especificidades das demandas de segmentos sociais discriminados,

---

[11] 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, descentralização, integralidade e participação da comunidade (Brasil, 2001). O programa desde 2006 passou a ser denominado "Estratégia de Saúde da Família" (ESF).

ISSN 1984-6487 / n.9 - dec. 2011 - pp.7-28 / Mello, L. *et. al.* / www.sexualidadsaludysociedad.org

como as que motivaram a criação do ambulatório antes referido. Nos termos da ativista:

> O Ambulatório pra Saúde Integral de Travestis e Transexuais está em fase de início, né, fase inicial. Mas eu já passei por lá 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 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? Pelo que eu percebi, tá seguindo os princípios do SUS nessa questão da humanização.

Talvez não seja demais lembrar aqui que os problemas enfrentados pela população LGBT no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde são ainda mais dramáticos nos casos de travestis e transexuais. Não só por reivindicarem atendimento especializado para demandas que não se colocam para outros segmentos populacionais (alterações corporais associadas ao uso de hormônios e silicone, por exemplo), mas também pela intensidade da homofobia que costuma incidir sobre estes dois grupos identitários, especialmente quando também são discriminados a partir de outros marcadores sociais, como níveis de renda e de escolaridade, raça/cor e aparência física, entre outros. Nesses termos, pode-se apontar que travestis e transexuais correspondem ao público, no conjunto da população LGBT, que mais intensamente sente a escassez de políticas de saúde específicas e, paralelamente, o que mais se beneficiará de tais ações quando forem efetivadas.

Em busca de universalidade, integralidade e equidade

As ações e as propostas do governo federal passaram a objetivar de maneira cada vez mais explícita a construção de uma *Política Nacional de Saúde Integral de LGBT* a partir de 2008, com a divulgação de documento preliminar proposto pelo Ministério da Saúde, como destacado anteriormente. Tal objetivo também aparece expresso em iniciativas como decretos, resoluções e portarias do Poder Executivo; planos, programas e documentos norteadores; além de discussões em espaços de interlocução entre sociedade civil e governo, como comissões e comitês técnicos que contemplam o debate acerca da saúde integral de tal população. Todavia, os recursos orçamentários para essas ações ainda são escassos e geralmente menos expressivos que os destinados tradicionalmente e há muitos anos ao

ISSN 1984-6487 / n.9 - dec. 2011 - pp.7-28 / Mello, L. *et. al.* / www.sexualidadsaludysociedad.org

combate ao hiv/aids e à sua prevenção.[12]

Um dos temas recorrentes nas entrevistas foi a ausência de previsão orçamentária para a execução das ações previstas nos planos e nas demais iniciativas governamentais voltadas para a população LGBT. A fala de uma gestora ilustra bem esta questão no âmbito das políticas de saúde: "Quando eu falo em dotação orçamentária, eu só conto com o PAM.[13] Eu não conto com outros recursos". Considerando a escassez – ou mesmo a ausência – de previsão orçamentária para as medidas indicadas no "Programa Brasil sem Homofobia", no Plano Nacional LGBT e mesmo no PNDH III, as propostas de combate à homofobia e de promoção da cidadania da população LGBT, inclusive no âmbito da saúde, configuram-se até o momento como um conjunto de boas intenções,[14] difícil, porém, de ser implementado de maneira mais substantiva a curto ou médio prazo.

Todavia, mesmo se houvesse previsão orçamentária, outros fatores ainda dificultariam a implementação de políticas de saúde para a população LGBT no Brasil, a exemplo da homofobia institucional e dos entraves nas relações entre governos estaduais, municipais e federal. Esta questão é destacada por uma gestora, que também sinaliza 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 e isso vem tentando ser ajustado. Então, hoje já começa um esboço de trabalho em grupo municipal e estadual.

---

[12] Desde a década de 1980, o governo federal passou a captar recursos internacionais para contenção da epidemia. 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).

[13] A sigla indicada pela gestora refere-se ao Plano de Ações e Metas (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 esta 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 dos municípios que estivessem em consonância com os critérios indicados na portaria.

[14] Vale registrar financiamento proveniente de algumas organizações supranacionais, como a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), cujos recursos possibilitaram a execução do anteriormente citado "Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas" (SPE).

ISSN 1984-6487 / n.9 - dec. 2011 - pp.7-28 / Mello, L. *et. al.* / www.sexualidadsaludysociedad.org

Já ao tratar das relações entre governo e sociedade civil, uma ativista entrevistada enfatiza:[15]

> 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... ativistas sendo contratados como consultores, mas estão trabalhando em Brasília fazendo política pública, né?

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 LGBT, fenômeno que também se observa quando da análise das relações entre outros movimentos sociais e governo, como o de mulheres/feminista, de negras e de deficientes físicas, entre outros.

O ideal de construção de uma política de saúde integral para a população LGBT, portanto, ainda enfrenta os mesmos desafios das ações voltadas para o conjunto da população em geral, ao mesmo tempo em que se vê marcado pelas dificuldades inerentes à criação de uma política pública que reconheça as especificidades das demandas de distintos segmentos marginalizados socialmente. Seguramente, um exemplo de iniciativa bem-sucedida no sentido de assegurar universalidade, integralidade e equidade no acesso à saúde no âmbito do SUS pode ser encontrado nas políticas de hiv/aids, que têm sido pautadas, como mostra Fonseca (2005), a partir de três eixos principais de intervenção: vigilância epidemiológica, prevenção e assistência.

A despeito das críticas de que muitas vezes o acesso de LGBT aos serviços de saúde têm como porta de entrada principal e quase única os ambulatórios especializados em hiv/aids ou a emergência hospitalar (no caso de vitimização por violência física), pode-se dizer que as políticas de hiv/aids no Brasil tem-se pautado por uma forte valorização do princípio de integralidade, o que assegura, por exemplo, a despeito de problemas ainda enfrentados, uma ampla rede de suporte diagnóstico constituída por serviços ambulatoriais, serviços ambulatoriais especializados (SAE), hospitais-dia (HD), hospitais convencionais e serviços de assistência domiciliar terapêutica (ADT), além de assistência farmacêutica, casas

---

[15] Para uma discussão em torno dos desafios colocados pelas complexidades das relações entre Estado e sociedade civil no que diz respeito ao Movimento LGBT contemporâneo, ver Facchini e França (2009).

ISSN 1984-6487 / n.9 - dec. 2011 - pp.7-28 / Mello, L. *et. al.* / www.sexualidadsaludysociedad.org

de apoio, qualificação profissional e prevenção (Fonseca, 2005).

Percebe-se, assim, um desafio em assegurar que as práticas já desenvolvidas nas ações relativas ao tratamento de pessoas com hiv/aids sejam expandidas para todos os âmbitos de ações do SUS, de maneira a garantir que lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais encontrem atendimento de qualidade quando buscarem cuidados para sua saúde, independentemente de sua orientação sexual e identidade de gênero, e também de seu estatuto sorológico para o hiv. Todavia, cabe ressaltar 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. Isto demandará do governo e dos diferentes grupos da sociedade civil uma constante negociação em torno da definição de prioridades relacionadas à formulação, à implementação, ao monitoramento e à avaliação das políticas públicas em todas as áreas, inclusive saúde, para todos os grupos e segmentos sociais.

No tocante a políticas públicas para a população LGBT, qualquer que seja a área de atuação governamental, é imperativo o fortalecimento do diálogo entre representantes dos governos federal, estaduais e municipais e a formulação de políticas intersetoriais, transversais e continuadas. É necessária também a definição de marcos jurídicos que deem fundamento legal e legitimidade às políticas executadas pelo Poder Executivo. A despeito das dificuldades na implantação do modelo de democracia participativa, "uma das experiências mais complexas, difíceis e iniciais que existem no mundo ocidental" (Medeiros & Guareschi, 2009:42), a presença da sociedade civil em instâncias de controle social, tais como conselhos, grupos de trabalho e conferências, precisa ser garantida para todas as fases concernentes à construção de políticas públicas, com ênfase nas de formulação, monitoramento e avaliação.

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, que levam profissionais de saúde a atenderem todos os usuários dos serviços públicos e privados como se fossem heterossexuais conformados às normas de gênero, o que gera situações graves de discriminação e preconceito contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, como mostram Calderaro, Fernandes e Mello (2008). Do contrário, continuarão a existir barreiras simbólicas, morais e estéticas que impedem o

ISSN 1984-6487 / n.9 - dec. 2011 - pp.7-28 / Mello, L. *et. al.* / www.sexualidadsaludysociedad.org

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.

Recebido: 24/05/2011
Aceito para publicação: 28/09/2011

ISSN 1984-6487 / n.9 - dec. 2011 - pp.7-28 / Mello, L. *et. al.* / www.sexualidadsaludysociedad.org

Referências bibliográficas

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. 2005. "O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele". In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz. p. 11-41.

BORILLO, Daniel. 2001. *Homofobia*. Barcelona: Bellaterra.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2001. *Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. 2004a. *Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual*. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2004b. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. 2008b. *Anais da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2008a. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2010. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. 2009. *Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gay, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos.

BRAZ, Camilo; AVELAR, Rezende & JESUS, Bento. 2011. "Parcerias e Tensões do Movimento LGBT em Goiás: algumas notas socioantropológicas". In: *Anais do 35º Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais*. Caxambu. Disponível em: www.anpocs.org.br/portal/35_encontro_gt/GT32/Braz_Rezende_Bento.pdf. Acesso em: 4/11/2011.

CALDERARO, Fernanda; FERNANDES, Beth & MELLO, Luiz. 2008. "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. p. 57-68.

COSTA, Ana Maria. "Integralidade na atenção e no cuidado à saúde". 2004. *Saúde e Sociedade*. Set.-dez. 2004. Nº 13 (3), p. 5-15.

COSTA, Claudia de Lima & ÁVILA, Eliana. 2005. "Glória Anzaldúa, a consciência mestiça e o 'feminismo da diferença'". *Estudos Feministas*. Set.-dez. 2005. Nº 13 (3), p. 691-703.

ISSN 1984-6487 / n.9 - dec. 2011 - pp.7-28 / Mello, L. *et. al.* / www.sexualidadsaludysociedad.org

FACCHINI, Regina & FRANÇA, Isadora Lins. 2009. "De cores e matizes: sujeitos, conexões e desafios no Movimento LGBT brasileiro". *Sexualidad, Salud y Sociedad* - Revista Latinoamericana, nº 3, p. 54-81.

FONSECA, Angélica Ferreira. 2005. "Políticas de HIV/Aids no Sistema Único de Saúde: uma busca pela integralidade da atenção": In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz. p. 183-205.

IBGE. 2010. *Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios*: *um panorama da saúde no Brasil* – acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/comentarios.pdf. Acesso em: 12/10/2011.

JUNQUEIRA, Rogério. 2007. "Homofobia: limites e possibilidades de um conceito em meio a disputas". *Bagoas*: estudos gays – gêneros e sexualidades. Jul.-dez. 2007. Vol. 1, n. 1, p. 145-65.

LIONÇO, Tatiana. 2008. "Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade". *Saúde e Sociedade*, São Paulo. Junho 2008. Vol. 17, nº 2, p. 11-21.

MATTOS, Ruben Araújo de. 2001. "Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos". In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO. p. 39-64.

MEDEIROS, Patricia & GUARESCHI, Neuza. 2009. "Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão". *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis. Jan.-abr. 2009. Nº 17 (1), p. 31-48.

MELLO, Luiz & PERILO, Marcelo. 2008. "La respuesta brasileña al VIH y los avances en el combate a la epidemía de SIDA". *Revista Crítica*, Madri, Espanha. Maio 2008. p. 58-61.

MELLO, Luiz; FREITAS, Fátima & PERILO, Marcelo. 2011. "Movimentos/redes sociais e ativismo LGBT: alianças, desafios e conquistas". In: *Anais do 35º Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais*. Caxambu. Disponível em: www.anpocs.org.br/portal/35_encontro_gt/GT15/Luiz-Mello_FatimaFreitas_%20MarceloPerilo.pdf. Acesso em: 4/11/2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. 1988. "Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia". *Cadernos Saúde Pública*. Rio de Janeiro. Dez. 1988. Vol. 4, nº 4, p. 363-381.

OBSERVATORIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE DERECHOS EN EL MERCOSUR. 2004. *Políticas públicas de derechos humanos en el Mercosur*: *un compromiso regional*. Montevideo: Productora Editorial.

PAIM, Jairnilson Silva. 2006. "Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS". *Saúde e Sociedade*. Maio-ago. 2006. Nº 15 (2), p. 34-46.

ISSN 1984-6487 / n.9 - dec. 2011 - pp.7-28 / Mello, L. *et. al.* / www.sexualidadsaludysociedad.org

PAIM, Jairnilson Silva & TEIXEIRA, Carmen Fontes. 2006. "Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte". *Rev. Saúde Pública*, 40 (N Esp.), p. 73-8.

PARKER, Richard & CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. 2000. "Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos". *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16 (Sup. 1), p. 89-102.

PARKER, Richard & AGGLETON, Peter. 2001. *Estigma, discriminação e aids*. Coleção ABIA. Cidadania e Direitos, nº 1. Rio de Janeiro: ABIA.

PELÚCIO, Larissa. 2007. *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, São Paulo.

PISCITELLI, Adriana. 2008. "Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras". *Sociedade e Cultura*. Jul./dez. 2008. Vol. 11, n. 2, p. 263-74.

QUEIROZ, Marcos. 2003. *Saúde e doença: um enfoque antropológico*. Bauru: EDUSC.

ROMANO, Valéria Ferreira. 2008. "As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa". *Saúde Soc*., São Paulo. Jun. 2008. Vol. 17, nº 2, p. 211-219.

SILVA, José Paulo Vicente da & LIMA, Juliano de Carvalho. 2005. "Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária Brasileira". In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz. p. 43-73.

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

SOUZA, Celina. 2003. "Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa". *Caderno CRH*, Salvador. Vol. 16, nº 39, p. 11-24.

TERTO JR., Veriano. 1996. "Homossexuais soropositivos e soropositivos homossexuais: questões da homossexualidade masculina em tempos de AIDS". In: PARKER, Richard & BARBOSA, Regina Maria (orgs.). *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará/ ABIA/ IMS/UERJ. p. 90-104.

UCHÔA, Elisabeth & VIDAL, Jean. 1994. "Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença". *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro. Out./dez. 1994. Nº 10 (4), p. 497-504.

VÍCTORA, Ceres; KNAUTH, Daniela & HASSEN, Maria de Nazareth. 2000. "Corpo, Saúde e doença na Antropologia". In: *Pesquisa Qualitativa em Saúde*. Porto Alegre: Tomo Editorial. p. 11-23.