



Mayo 2020 - ISSN: 1988-7833

## **A POLÍTICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DE LÉSBICAS, GAYS, BISEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS EM PARINTINS**

THE HEALTH POLICY OF THE LESBIAN, GAY, BISEXUAL, TRANVESTITE AND TRANSGENDER POPULATION IN PARINTINS

LA POLÍTICA DE SALUD DE LA POBLACIÓN LESBIANA, GAY, BISEXUAL, TRAVESTI Y TRANSGÉNERO EN PARINTINS

**Patrícia de Paula Barros Moraes<sup>1</sup>**  
**Dayara Araújo de Negreiros<sup>2</sup>**  
**Alline da Silva Prestes<sup>3</sup>**  
**Sandra Helena da Silva<sup>4</sup>**

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Patrícia de Paula Barros Moraes, Dayara Araújo de Negreiros, Alline da Silva Prestes y Sandra Helena da Silva (2020): "A política de Saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em Parintins", Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales, (mayo 2020). En línea:

<https://www.eumed.net/rev/cccss/2020/05/politica-saude-parintins.html>  
<http://hdl.handle.net/20.500.11763/cccss2005politica-saude-parintins>

### **RESUMO**

O estudo teve como objetivo averiguar a realidade da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no Município de Parintins/Amazonas, a partir da luta da Associação de Gays, Lésbicas e Travestis de Parintins. Trata-se de um estudo de caso de caráter exploratório e explicativo, como base teórica metodológica pautada no materialismo histórico-dialético. As técnicas e os instrumentos utilizados foram as pesquisas bibliográfica, documental e de campo; o diário de campo e a realização de entrevista com roteiro de perguntas semiestruturado. Os sujeitos da pesquisa consistiram em cinco associados e uma representante da Secretaria Municipal de Saúde de Parintins. Quanto aos resultados da pesquisa, constataram-se a não concretização da referida Política direcionada à população em questão em Parintins, dado alguns desafios apontados pelos informantes. Verificou-se também o desconhecimento dos associados acerca da Política no contexto da saúde e o despreparo da gestão municipal para efetivar tal Política. Portanto, sinaliza-se a necessidade de ampliar a discussão sobre a temática em Parintins com intuito de buscar mecanismos para que haja a efetivação dessa Política no Município.

**Palavras-chave:** Saúde; Política Pública de Saúde; Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – PNSI/LGBT; Associação de Gays, Lésbicas e Travestis de Parintins – AGLTPIN.

<sup>1</sup> Bacharela em Serviço Social pelo Instituto de Ciências Sociais, Educação e Zootecnia – ICSEZ / UFAM.

<sup>2</sup> Bacharela em Serviço Social pelo Instituto de Ciências Sociais, Educação e Zootecnia – ICSEZ / UFAM.

<sup>3</sup> Bacharela em Serviço Social pelo Instituto de Ciências Sociais, Educação e Zootecnia – ICSEZ / UFAM.

<sup>4</sup> Doutora em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia. Professora do Curso de Serviço Social no ICSEZ/ UFAM.

## ABSTRACT

The study aimed to investigate the reality of the National Policy of Integral Health of Lesbians, Gay, Bisexual, Transsexuals and Transsexuals in the Municipality of Parintins / Amazonas, from the struggle of the Association of Gay, Lesbian and Transvestites of Parintins. This is an exploratory and explanatory case study, as a methodological theoretical basis based on historical-dialectical materialism. The techniques and instruments used were bibliographic, documentary and field research; field diary and interview with semi-structured question script. The research subjects consisted of five associates and one representative of the Parintins Municipal Health Secretariat. As for the results of the research, it was found the non-implementation of said Policy directed to the population in question in Parintins, given some challenges pointed out by the informants. It was also verified the lack of knowledge of the members about the Policy in the context of health and the unpreparedness of municipal management to implement such Policy. Therefore, there is a need to broaden the discussion on the theme in Parintins in order to seek mechanisms for the implementation of this Policy in the Municipality.

**Keywords:** Health; Public Health Policy; National Lesbian, Gay, Bisexual, Transvestite and Transgender National Health Policy - PNSI / LGBT; Gay, Lesbian and Transvestite Association of Parintins – AGLTPIN.

## RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo investigar la realidad de la Política Nacional de Salud Integral de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales y Transexuales en el Municipio de Parintins / Amazonas, desde la lucha de la Asociación de Gays, Lesbianas y Travestis de Parintins. Este es un caso de estudio exploratorio y explicativo, como una base teórica metodológica basada en el materialismo histórico-dialéctico. Las técnicas e instrumentos utilizados fueron la investigación bibliográfica, documental y de campo; diario de campo y entrevista con guión de preguntas semiestructuradas. Los sujetos de investigación consistieron en cinco asociados y un representante de la Secretaría de Salud Municipal de Parintins. En cuanto a los resultados de la investigación, se encontró la no implementación de dicha Política dirigida a la población en cuestión en Parintins, dados algunos desafíos señalados por los informantes. También se verificó la falta de conocimiento de los miembros sobre la Política en el contexto de la salud y la falta de preparación de la administración municipal para implementar dicha Política. Por lo tanto, es necesario ampliar la discusión sobre el tema en Parintins para buscar mecanismos para la implementación de esta Política en el Municipio.

**Palabras llave:** Salud; Política de salud pública; Política nacional de salud nacional para lesbianas, gays, bisexuales, travestis y transgénero - PNSI / LGBT; Asociación Gay, Lesbiana y Travesti de Parintins - AGLTPIN.

## INTRODUÇÃO

A centralidade desse estudo versa sobre a população lésbica, gay, bissexual, travesti, transexual, intersexual e demais orientações sexuais e identidades de gênero, ou seja, a População LGBTI+ como são denominados atualmente. Associada a este tema está à Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – PNSI/LGBT compondo os elementos substanciais, os quais impulsionaram o desenvolvimento dessa pesquisa.

Analisar o segmento LGBTI+ e uma política de saúde requer compreender as metamorfoses existentes nessa relação, dentre as quais destaca-se os discursos hegemônicos (re) produzidos nas relações sociais. Tais discursos de acordo com Prado e Machado (2008) se solidificam como entraves em efetivar políticas públicas na sociedade brasileira, uma vez que legitimam as instituições e suas práticas sociais mediante valores heteronormativo, os quais provocam preconceito, discriminação e exclusão dos comportamentos afetivos e sexuais contrários ao padrão imposto.

Atualmente, os fatores supracitados são naturalizados, a população LGBTI+ é estigmatizada assumindo uma posição de inferioridade nas hierarquias sociais, morais e políticas. Por conseguinte, esses indivíduos são legitimados por diferentes formas de desigualdades sociais e exclusão social, principalmente no contexto do acesso aos direitos sociais. Nesse ínterim, esses fatores transformam a não-heterossexualidade em debate político em razão desta população ensejar por visibilidade social e política nos diversos âmbitos sociais.

Dessa forma, esse grupo depara-se com inúmeros desafios quando se organizam para lutar por seus direitos, desafios estes encontrados também no âmbito da saúde, pois apesar da aprovação de uma PNSI/LGBT, em 2009, hoje ainda são perceptíveis as fragilidades da implementação desta Política, principalmente em Parintins. Essa fragilidade está relacionada a um conjunto de fatores interligados, seja referente à saúde pública brasileira ou. À formação sociohistórica de uma sociedade capitalista, heteronormativa e patriarcal.

Frente a este contexto, a presente pesquisa objetiva averiguar a realidade da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no Município de Parintins/Amazonas, a partir da luta da Associação de Gays, Lésbicas e Travestis de Parintins – AGLTPIN.

A pesquisa tem caráter exploratório e explicativo, tomando como base teórica metodológica norteadora, o materialismo histórico-dialético que possibilita apreender a essência dos fenômenos estudados na sua totalidade. O delineamento da pesquisa consiste no estudo de caso. De acordo com Yin (2015), o estudo de caso visa investigar um fenômeno contemporâneo (o “caso”) em profundidade e em seu contexto de mundo real, e permite uma melhor flexibilidade entre o uso das técnicas e instrumentos, conforme a pesquisa vai se delineando.

No objeto investigado, as ações dos associados da AGLTPIN na efetivação da PNSI/LGBT, apresentou um único estudo de caso, visto que os mesmos se concentram em uma única unidade. Quanto aos instrumentos de pesquisa utilizaram-se: pesquisa bibliográfica, documental e de campo; diário de campo e realização de entrevista com roteiro de perguntas. As entrevistas foram gravadas com autorização dos pesquisados e os dados coletados foram de uso exclusivo para a elaboração do trabalho.

O Universo da Pesquisa contemplou todos os associados da AGLTPIN e um representante da Secretaria Municipal de Saúde de Parintins – SEMSA. Dos critérios de inclusão, definiu-se que: dos associados da AGLTPIN, dez pessoas sendo dois gays, duas lésbicas, dois bissexuais, dois travestis e dois sujeitos heterossexuais; bem como um representante da Secretaria Municipal de Saúde, todos maiores de dezoito anos; que concordassem com a entrevista por meio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE. Amostra da Pesquisa ficou estabelecida em: cinco associados e a representante da SEMSA, a gerente municipal de tuberculose, hanseníase e das Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST's.

A análise dos dados foi baseada na Análise de Discurso, a qual se torna um elemento fundamental quando o pesquisador se dispõe a compreender a sociedade e o comportamento humano. Os discursos dos entrevistados foram analisados com o propósito de capturar a compreensão e percepção destes sujeitos enquanto cidadãos de direitos, se organizam social e politicamente para que suas demandas sejam concretizadas em Parintins, tendo em vista as políticas públicas destinadas às suas especificidades.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **1. Da Reforma Sanitária à Constituição Federal Brasileira de 1988**

A Política de Saúde brasileira apresentou características divergentes em cada momento histórico. Em 1964 instaura-se a Ditadura Militar no país e há modificações no campo político, econômico e, especialmente social, que fomentaram o surgimento de mobilizações sociais contrárias ao governo nas décadas seguintes, entre eles o Movimento da Reforma Sanitária com foco na saúde (BRAVO, 2009).

A Ditadura Militar brasileira é fruto de acontecimentos ocorridos no cenário mundial daquele período, como a intensificação da Guerra Fria (1947-1991) entre os blocos capitalistas e socialistas, principalmente após o estabelecimento do socialismo em Cuba, em 1959. Outros movimentos semelhantes foram se organizando e para combater tais ideias, os Estados Unidos, principal potência capitalista emergente, incentivou ditaduras nos países latino americanos (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

No Brasil, a ditadura perdurou por quase vinte anos, durante sua vigência apresentou as regras do jogo: o bipartidarismo, eleições indiretas, ampliação do poder executivo, forte censura e repressão àqueles contrários ao regime. Na economia avistou-se um crescimento expressivo nos primeiros anos pautada em um modelo de modernização governamental, o qual refletia na redução das políticas sociais e no crescimento da desigualdade social (SCOREL, 2008).

A referida autora salienta ainda os resultados deste “milagre econômico” após seu esgotamento em 1974: “concentração de renda, o arrocho salarial, com perda do poder aquisitivo do salário mínimo, aumento dos preços, a diminuição da oferta de alimentos e o colapso dos serviços públicos de transporte e de saúde” (ibid., 2008, p.385). Em consequência, as camadas empobrecidas da população e a classe média urbana deixaram de apoiar o governo ditatorial.

Em relação a saúde, o país vivia sob a duplicidade da medicina previdenciária e a saúde pública. A primeira tinha suas ações voltadas à saúde para os trabalhadores formais contribuintes, os quais tiveram ampliação de cobertura em casos de acidente de trabalho, bem como a inclusão dos trabalhadores rurais, empregadas domésticas e autônomos (BRAVO, 2009). Sua organização esteve a cargo do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, com foco na prática médica individual, assistencialista e especializada (SCOREL, 2008).

A segunda destinava-se às demais camadas populacionais não contribuintes com a previdência social. Tinham acesso à saúde porque atendiam ao perfil dos programas, por exemplo materno-infantil e hanseníase, em serviços filantrópicos ou através de consultório privados, quando tinham condições financeiras. Suas ações tinham o caráter preventivo e de interesse coletivo (ibid., 2008).

Decerto, o governo militar privilegiou a medicina previdenciária em razão da necessidade do setor saúde assumir características capitalistas através da inserção das alterações tecnológicas ocorridas no exterior, com a criação do INPS priorizou-se a contratação de serviços terceirizados e, por conseguinte, a saúde pública declinou, especialmente mediante os baixos orçamentos recebidos pelo Ministério da Saúde para investimentos nas ações de saúde pública (BRAVO, 2009).

Neto (1994) evidencia o desinteresse com o setor público de saúde tendo em vista o privilegiamento do produtor privado, o qual esteve passível de corrupção, pois a forma de pagamento dos serviços privados e a falta de controle das atividades do INPS distorceram o sistema de saúde, sendo que neste período a previdência detinha recursos financeiros significativos.

No entanto, com o fim do “milagre econômico” ficou ainda mais perceptível a insatisfação popular tangente a política de saúde brasileira. Luz (1991) afirma que as verbas para o setor público despencaram e a medicina previdenciária caminhou rumo a falência. Almejava-se mudar o sistema de

saúde, principalmente mediante a organização política da população em prol de melhores condições de vida, saúde e a redemocratização do país (NETO, 1994).

Paim (1997) salienta essa conjuntura de movimentação pela democratização brasileira, em meados dos anos 70, o berço para a formulação do projeto da Reforma Sanitária, sustentado por uma base conceitual e produção teórico-crítica. A relevância desses fatores para o autor pauta-se, principalmente, no questionamento acerca da concepção de saúde limitada ao campo biológico e individual.

O autor supracitado enfatiza esse questionamento como determinante para “a emergência de um paradigma alternativo em Saúde Coletiva centrado em dois conceitos fundamentais: determinação social das doenças e processo de trabalho em saúde” (ibid., 1997, p. 13), ou seja, a saúde e a doença na coletividade passaram a ser determinadas social e historicamente como elementos no processo de reprodução social, e não exclusivamente de maneira biológica e individual.

Esse paradigma orientou o pensamento do Movimento da Reforma Sanitária no sentido deste objetivar a democratização da saúde, não considerando apenas a saúde do trabalhador ou às políticas de saúde, mas um conjunto de alterações que implicassem em modificações mais profundas em outras áreas, no Estado, na sociedade e instituições (PAIM, 1997).

Escorel (1999, p. 63) conceitua o Movimento da Reforma Sanitária como a “articulação de um grupo de pessoas em torno de um pensamento e de uma proposta de transformação do setor saúde [...] com uma atuação bem definida e bem visível para outros setores”. Nos anos do governo Geisel (1974-1979) esta mobilização assumiu características de movimento através dos órgãos de representação, propostas transformadoras e meios de divulgação concretos do seu pensamento (ibid., 1999).

O Movimento da Reforma Sanitária opunha-se ao modelo vigente interventor estatal no âmbito da saúde e sua organização hegemônica beneficiando os interesses privados. Outras emergências contribuintes com a difusão do Movimento foram as criações do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, em 1976 e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, em 1979, peças importantes na construção da identidade da saúde coletiva (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Os referidos autores enfatizam ainda a realização do Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, em 1979, onde se aprovou princípios centrais que compuseram o Movimento da Reforma Sanitária:

[...] como o direito universal à saúde; o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; o papel regulador do estado em relação ao mercado de saúde; a descentralização, regionalização e hierarquização do sistema; a participação popular; o controle democrático e, fundamentalmente, a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública (ibid., 2014, p. 22).

Com esses objetivos, o Movimento adentra os anos 80 e seus ideais serviram de base para outras reivindicações populares, profissionais e técnicos empenhados em promover melhores condições de saúde à população. Nesse interim, o período permitiu a inserção de novos sujeitos nas discussões acerca das condições de vida brasileira e propostas governamentais vinculadas à saúde, a qual assumiu um caráter político e se vinculou à democracia mediante articulação com outros movimentos sociais (BRAVO, 2009).

A década de 1980 marca a transição do regime militar para a democracia e a formulação de uma nova constituição federal brasileira. Escorel (2008) evidencia a participação do Movimento da Reforma Sanitária com as demais esferas sociais na campanha das “Diretas já!” e o empenho na construção de um projeto voltado à saúde que foi inserido nas propostas do Partido Movimento Democrático Brasileiro – PMDB, o maior partido opositor na época.

Posteriormente, com as eleições indiretas, em 1985, o projeto foi inserido no Plano de Governo de Tancredo Neves e José Sarney. Houve grande mobilização em prol da reforma do sistema de saúde, tendo como marco principal a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A Conferência apresentou uma novidade ao introduzir a sociedade civil nas discussões tangentes à saúde, como os moradores, sindicatos, partidos políticos, categorias profissionais e parlamento. Aproximadamente, contou com participação de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre elas mil delegados, e possibilitou a temática saúde ir além da análise setorial, referindo-se à sociedade em geral, além de propor uma reforma sanitária (BRAVO, 2009).

Escorel (2008, p. 7) evidencia o fruto da 8ª Conferência, o Relatório Final contendo “a aprovação da unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado e a elaboração de novas bases financeiras do sistema e a criação de instâncias institucionais de participação social”. Este documento impulsionou a criação dos Sistema Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS, em 1987.

O SUDS é considerado o processo transitório para um Sistema Único de Saúde, estabeleceu a transferência dos serviços e ações de saúde para os estados e municípios; determinou para cada âmbito governamental um gestor único de saúde; e transferiu para os níveis descentralizados, os instrumentos controladores do setor privado (ibid., 2008).

O processo constituinte teve o Relatório Final da 8ª Conferência e as discussões do I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado também em 1986, onde se aprovou uma proposta para subsidiar a Constituição inspirada nas conclusões da 8ª Conferência, a base para determinar o capítulo constitucional da Saúde (PAIM, 2007).

No entanto, Bravo (2009) nos mostra o conflito entre os interesses de dois blocos divergentes: os empresariais, sob liderança da Federação Brasileira de Hospitais e da Associação de Indústrias Farmacêutica, os quais defendiam a privatização e as empresas multinacionais, por outro lado, haviam representantes da Reforma Sanitária por meio da Plenária Nacional pela Saúde na Constituição.

Essa Plenária constituía-se de duzentas entidades representativas do setor, aproximadamente, dentre eles: sindicatos, associações de profissionais e culturais, movimentos populares, entre outros. Esta utilizou três instrumentos eficazes os quais possibilitaram a Plenária das Entidades se destacar “a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente; a pressão constante sobre os constituintes; mobilização da sociedade” (ibid., 2009, p. 97).

Esse processo possibilitou, após diversos acordos políticos e articulação da população, a aprovação do texto Constitucional tangente à saúde, considerando maior parte das propostas do Movimento da Reforma Sanitária, este fato, por conseguinte, prejudicou os interesses empresariais do campo hospitalar (BRAVO, 2010).

Nesse interim, em 5 de outubro de 1988 promulgou-se a nova Constituição Federal Brasileira, vigente até os dias atuais. A Saúde, a Previdência e Assistência Social passaram a constituir a

Seguridade Social, compreendida como um conjunto integrado de ações de iniciativas dos Poderes Públicos e da sociedade, com o intuito de assegurar os direitos relativos ao tripé da Seguridade (BRASIL, 2016). Neto (1994) salienta ainda a proposta da Seguridade Social como um conjunto de políticas e ações destinadas à proteção social da população mediante financiamento comum.

O artigo 196 da Constituição, um dos artigos destinados a Saúde, determina:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (ibid., 2016, p. 118-119).

Esse marco evidencia as conquistas das propostas do Movimento da Reforma Sanitária constituídas nas décadas do regime militar. Bravo (2010) aponta as principais mudanças com a Constituição de 1988: ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde a todos os cidadãos; o Estado como provedor desses serviços; constituição de um Sistema Único de Saúde onde os serviços integrem uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e tenha atendimento integral.

Entretanto, as conquistas no âmbito da saúde foram parciais, pois apesar da Constituinte preconizar este setor universal e igualitário, sua operacionalização pouco se efetivou e a melhoria nas condições de saúde da população quase não ocorreu. Há um retrocesso político do governo democrático e repercute, conseqüentemente, no campo econômico e político da saúde (BRAVO, 2009).

A autora supracitada evidencia ainda as incertezas, ao final dos anos 80, com relação a efetivação do projeto da Reforma Sanitária aprovado na Constituinte, pois os setores conservadores se reorganizaram, as medidas reformadoras eram frágeis, o setor público ineficaz, houve a redução do apoio popular mediante a ausência dos resultados efetivos nas condições de saúde e a política Neoliberal adentrou ao país na década seguinte, com impactos negativos para a Seguridade Social, em especial a saúde.

Com o adiamento do envio do Projeto de Lei ao Congresso para aprovar as Leis Orgânicas, as da Saúde foram aprovadas apenas em 1990. As Leis nº8.080/90 e nº 8.142/90 regulamentam o Sistema Único de Saúde – SUS (NOGUEIRA; MIOTO, 2009). Portanto, os caminhos traçados pela política de saúde brasileira constituíram-se rumo ao processo democrático e propostas que visassem uma reforma sanitária com foco na melhoria nas condições de saúde da população.

Apesar dos avanços significativos, a saúde ainda se depara com desafios frente ao contexto econômico e político vigente. Conseqüentemente, sua organização através do SUS também sofre os reflexos das alterações ocorridas na sociedade na última década do século XX. Diante disso, urge a necessidade de compreendermos a organicidade e estrutura do SUS e verificar seus desdobramentos após sua criação.

## 2. O Sistema Único de Saúde – SUS: bases, princípios e desafios

Os rumos históricos tomados nos anos 1970 e 1980 possibilitaram um novo enfoque para a saúde no contexto brasileiro. Fruto de mobilização popular, lutas sociais e acordos políticos, instituiu-se o Sistema Único de Saúde – SUS por meio da Constituição Federal de 1988, sendo regulamentado apenas em 1990. O SUS trouxe um novo conceito de saúde, que designa o Estado provedor de políticas públicas em prol da promoção, proteção e recuperação da saúde (TURISSI et al., 2011).

O conceito abrangente de saúde está relacionado aos fatores determinantes e condicionantes, como por exemplo: o meio físico (água, alimentação, habitação), o meio socioeconômico e cultural (renda, educação), os fatores biológicos (herança genérica, idade), e a oportunidade de acesso aos serviços tendo em vista a promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo (BRASIL, 1990).

Esses fatores passaram a compor o SUS, o qual é definido como “uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecidos na Constituição de 1988” (ibid., 1990, p. 4). Em comparação com a saúde no cenário ditatorial, verificam-se alterações significativas no âmbito jurídico, entretanto, na realidade notam-se entraves para a concretização do SUS, que serão discutidos mais adiante neste tópico.

Como fora supracitado, o SUS foi regulamentado em 1990 pelas Leis 8.080 e 8.142, as quais abordam a sua organização e gestão, definem as competências das esferas governamentais, estabelecem o funcionamento dos serviços privados quanto à assistência médica, a disposição de recursos humanos, financeiros e da gestão do planejamento e orçamento destinado ao âmbito da saúde. Ambas as Leis conformam a Lei Orgânica de Saúde – LOS (TURISSI et al., 2011).

A Lei 8.080 definiu também os objetivos do SUS: identificar e divulgar os elementos condicionantes e determinantes da saúde; estabelecer políticas de saúde com intuito de promover os âmbitos social e econômico de maneira a reduzir os riscos agravantes da saúde; dar assistência às pessoas através das ações de recuperação, proteção e promoção (BRASIL, 2003).

Turissi et al. (2011) evidenciam a Norma Operacional Básica – NOB uma outra base jurídica do SUS. Ao total existiram três NOB's, a primeira criada em 1991 no governo Fernando Collor, a segunda em 1993 no mandato de Itamar Franco e a atual em 1996 na administração de Fernando Henrique Cardoso, cada qual substituindo e aperfeiçoando a anterior.

A NOB volta-se para definição de estratégias e movimentos estáticos os quais orientam a implantação do SUS. Estabelecem as competências de cada âmbito de governo, bem como as condições necessárias para que estas esferas assumem as responsabilidades da operacionalização do SUS (BRASIL, 2003).

Outro fundamento jurídico destaque para o SUS é a Emenda Constitucional nº 29/2000, a qual estabelece a aplicação de recursos financeiros da União, da esfera Federal e Municipal às políticas de saúde, esta participação dos âmbitos de governo foi uma determinação relevante por ter contribuído com a definição do direito à saúde para todos os cidadãos brasileiros (TURISSI et al., 2011). Apesar dos avanços, o acesso às ações e serviços é permeada de contradições tendo em vista a discrepância entre a Constituição e a realidade política de ajustes neoliberais.

Tangente as características próprias do SUS, Carvalho (2013) evidencia suas quatro funções: regular, fiscalizar, controlar e executar. A primeira está relacionada a organização do sistema público de saúde, inclui o funcionamento das instituições de saúde, como são tratadas determinadas doenças de interesse público entre outros.

A segunda e a terceira referem-se à fiscalização e ao controle dos serviços, ações de saúde, da instituição, dos profissionais, dos contratos-convênios e todos os fatores relacionados ao sistema de saúde público. Por fim, a última função diz respeito a execução de ações de saúde pública, as quais devem ser exercidas pelo SUS, seja no campo individual ou coletivo com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em diversos âmbitos sociais.



Os princípios do SUS são: Universalidade, Integralidade, Equidade, Autonomia, Regionalização, Hierarquização, Descentralização, Participação da Comunidade, Intersectorialidade, Resolutividade, Direito à Informação, Epidemiologia como base, Complementaridade do setor privado, dentre outros dispostos na Legislação própria. Consta-se que as bases e princípios do SUS são parte dos avanços tangentes à saúde conquistados pelas lutas e reivindicações ocorridas no decorrer das décadas de 1970 e 1980. Todavia, nos anos 90 evidencia-se um Estado redirecionado para implantação de uma política Neoliberal, a qual atacou fortemente a Constituição mediante o grande capital (BRAVO, 2009).

A autora supracitada exemplifica esse ataque por meio da Previdência Social que teve sua reforma agendada, sobressaindo a intenção de desmontar a Seguridade Social, pois “[...] seguridade virou previdência e previdência é considerada seguro” (ibid., 2009, p. 100). Destarte, somada à Contrarreforma do Estado, o objetivo do novo modelo econômico é assumir o papel de desenvolver os âmbitos econômico e social, destinar ao Estado a função de promotor e regulador.

A hegemonia do neoliberalismo no país tem desencadeado uma redução dos direitos sociais e trabalhistas, aumento no desemprego estrutural, na precarização do trabalho, sucateamento na educação e na saúde pública. Isso reflete na concretização do SUS enquanto política social, pois os seus princípios são comprometidos, como o afastamento da integralidade mediante a prioridade da assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção à saúde (ibid., 2009).

Souza e Costa (2010) destacam a dicotomia existente entre a Constituição, as outras bases jurídicas do SUS e a realidade dos serviços ofertados à população. A discrepância pode ser evidenciada por vários ângulos, a saber: como o SUS não disponibiliza de serviços suficientes, as instituições privadas sobressaem-se para àqueles com condições financeiras, enquanto as demais camadas populares ficam à mercê de um sistema público ineficiente.

As autoras citadas apontam também a dificuldade em promover a integração entre as esferas governamentais em relação ao sistema de saúde, por conseguinte, o acesso aos serviços é comprometido, isso reflete na população por não usufruírem do direito universal e equitativo à saúde, como estabelecido na Constituição Federal de 1988.

Turissi et al. (2011) assinalam a questão do financiamento, o qual está atrelado à insuficiência de verbas destinadas à saúde com o intuito de obter um sistema público universal. Somado ao parco investimento para as políticas sociais em geral, ressalta-se a má distribuição desses recursos que impacta na qualidade dos serviços ofertados à sociedade brasileira.

Portanto, nota-se a disparidade entre o SUS constitucional e o SUS real diante das lacunas implicantes para a sua concretização. Ressalta-se, entretanto, a trajetória da política de saúde brasileira, a qual mesmo com os desafios postos obteve ganhos significativos para a sociedade mediante a sua organização política. Desta maneira, a busca de uma política de saúde nos moldes constitucionais tem no movimento social forte aliado.

Essa articulação dos segmentos sociais em prol de um sistema de saúde público universal, integral e equitativo deve estar em constante movimentação para que não haja o seu enfraquecimento. Ademais, essa organização é relevante quando se buscam políticas públicas que atendam às necessidades de determinados grupos, como, por exemplo, os LGBTI+, os quais lutaram e lutam para que políticas sejam implementadas e efetivadas, a citar a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT.

### 3. Os caminhos até a aprovação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT

O Sistema Único de Saúde foi um avanço significativo comparado ao cenário anterior à Constituição de 1988. A partir desse marco, segmentos populacionais articularam-se para que políticas públicas de saúde voltadas às suas particularidades fossem atendidas como, por exemplo, os LGBTI+ tendo em vista as marcas históricas de discriminações sociais que incidem na determinação social de sofrimento e doença dessa população.

Para Paim (2006), as políticas públicas em saúde correspondem às respostas sociais, através do Estado, empresa ou comunidade, tendo em vista às condições de saúde e seus determinantes, somados a produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes os quais refletem na saúde da população.

A aprovação, em 2009, da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – PNSI/LGBT é resultado da intensa mobilização dos referido segmento e aliados, os quais buscaram a sua implementação após discussões promovidas em vinte e sete conferências estaduais, culminando na I Conferência Nacional de LGBT realizada em 2008 (BRASIL, 2013).

Vale ressaltar a ausência da sigla I e do símbolo + nas ações jurídicas voltadas à população LGBT, a qual se designou LGBTI+ recentemente. Mas nas propostas constatam-se a inclusão de medidas contrárias à discriminação e ao preconceito de todas as orientações sexuais e identidades de gênero. Portanto, dentro da PNSI/LGBT são inclusos às demais orientações sexuais e identidades de gênero, sendo pertinente utilizar a sigla LGBTI+ quando houver referência à esta Política.

As mobilizações do segmento brasileiro foram procedidas da articulação enquanto movimento social, especialmente a partir do processo de reabertura política, no final dos anos 1970 até a atualidade, onde, nesse período, o movimento LGBTI+ transitou entre três momentos, denominado por Facchini (2003) como as ‘três ondas’, conforme apresentado no segundo capítulo deste estudo.

Ou seja, as organizações política LGBTI+ contribuíram para que políticas como a PNSI/LGBT fossem aprovadas, apesar de se evidenciar uma discrepância entre a Política com a realidade social. Entretanto, aprofundar acerca da PNSI/LGBT requer evidenciarmos, primeiramente, algumas ações relevantes no que se refere à saúde da população LGBTI+ no Brasil até a aprovação da Política em 2009.

Nos anos 1980, diante da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS no país, a homossexualidade foi inserida na agenda das políticas públicas de saúde, considerada uma questão social e política, principalmente com o grupo de homossexuais masculinos, apesar deste ter sido estigmatizado socialmente, o que culminou no surgimento de movimentos, os quais afirmavam a necessidade de tratar a doença e não a pessoa homossexual (PRADO; SOUSA, 2017).

Franco (2017) corrobora ao evidenciar a criação do Programa Nacional de AIDS no Ministério da Saúde, em 1988, com o intuito de reduzir a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis. Apesar deste Programa não ter sido destinado especificamente ao público em questão, ele obteve parceria com o Movimento LGBTI+, o qual teve projetos e eventos financiados pelo Estado, a partir nos anos 1990.

O referido autor destaca ainda a criação da Secretaria Nacional de Direitos Humanos, em 1997, esta passou a ser denominada Secretaria Especial dos Direitos Humanos, em 2003 e a partir desse período, a agenda LGBTI+ começou a ser gestada na política de direitos humanos.

O Programa Nacional de Direitos Humanos II, lançado no ano de 2002, apresenta 10 ações direcionadas à população LGBTI+, a nomenclatura designada ao segmento era GLTTB. Entre as propostas destacam-se a promoção de campanhas com intuito de prevenir e combater a violência contra o referido público, a criação de instâncias cujo objetivo seria atender casos de discriminação e violência, e estimular a implementação de políticas públicas específicas para promoção social e econômica (BRASIL, 2002).

Em 2004, houve o lançamento do “Programa Brasil sem Homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT e de Promoção da Cidadania Homossexual” com a intenção de promover a cidadania de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e demais orientações sexuais e identidade de gênero “a partir da equiparação dos direitos e do combate à violência e discriminação homofóbicas, respeitando a especificidade de cada um desses grupos populacionais” (BRASIL, 2004, p. 11).

Tangente ao campo da saúde, o Programa Brasil sem Homofobia apresentou três ações, Mello et al. (2011) destaca a formalização do Comitê Técnico Saúde da População GLBT com intuito de estruturar uma política específica para a população. As demais abordam o incentivo à produção do conhecimento acerca da saúde LGBTI+ e a qualificação de profissionais com vista o atendimento do referido segmento.

O autor citado menciona a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, aprovada em 2006, uma outra ação governamental contempladora do segmento LGBTI+, tendo em vista a sua explicitação que assegura o atendimento ao usuário do SUS livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, além de evidenciar o direito de o indivíduo ser identificado pelo nome social, independente do registro civil. Em 2007 ocorreu a 13ª Conferência Nacional de Saúde que teve no Relatório Final propostas específicas para os LGBTI+, tais como: o incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento sobre o referido segmento, o acesso equânime e de qualidade aos serviços de saúde público e o incentivo à formulação de uma política integral de LGBT (BRASIL, 2008; MELLO et al., 2011).

A Primeira Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais<sup>16</sup> aconteceu em 2008, com o tema “Direitos Humanos e Políticas Públicas: o caminho para garantir a cidadania de LGBT”, onde se objetivou propor diretrizes para a implementação de políticas públicas e do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT, além de avaliar e propor estratégias para a continuação do Programa Brasil sem Homofobia (BRASIL, 2008).

Tangente ao âmbito da saúde, a Conferência em questão visou estratégias de gestão e ação, a destacar: sensibilização de gestores quanto às consequências da homofobia como fator de vulnerabilidade implicante no acesso à promoção de forma equitativa aos serviços de saúde, a inserção dos quesitos étnico-racial, orientação sexual e identidade de gênero nos formulários e sistemas do SUS, entre outros (ibid., 2008).

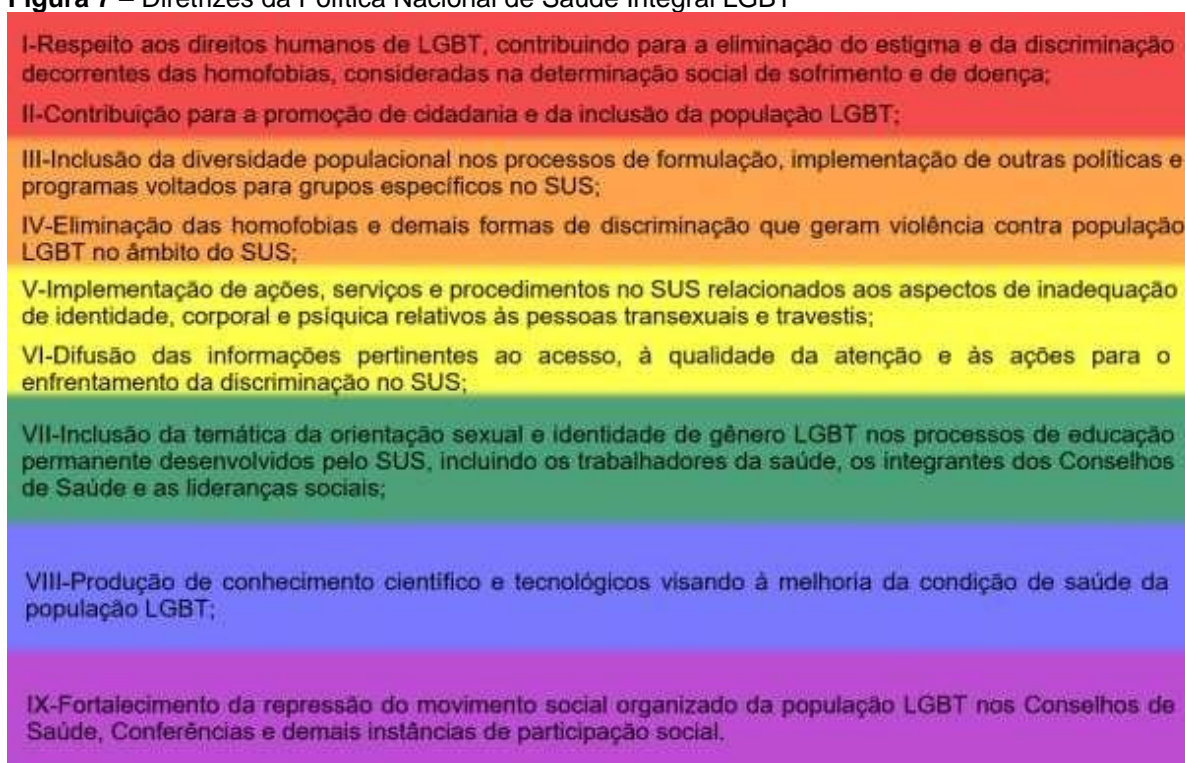
Com o objetivo de sistematizar as propostas discutidas e aprovadas no evento supracitado, orientando a construção de políticas públicas destinadas à população LGBTI+ foi elaborado, em 2009, o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT, o qual apresenta 166 estratégias de ação divididas em eixos estratégicos, sendo 48 destas referenciadas à saúde (MELLO et al., 2011).

Como já fora mencionado, a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT foi aprovada em 2009, como fruto da I Conferência Nacional LGBT. E a Portaria nº 2.836, de 1º de Dezembro de 2011

instituiu no âmbito do SUS a Política Nacional de Saúde Integral de LGBTI+ “eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a construção do SUS como sistema universal, integral e equitativo” (BRASIL, 2013, p.18).

A PNSI/LGBT apresenta 9 diretrizes em relação à elaboração dos planos, programas, projeto e ações de saúde voltados ao referido segmento populacional. Essas Diretrizes estão explicitadas na imagem abaixo por meio da Bandeira do Orgulho LGBTI+, a qual possui 6 cores: vermelho representando a vida; a cor laranja simboliza cura/saúde; amarelo significa a luz do sol; verde equivale a natureza; azul retrata a arte; e o lilás representa o espírito<sup>17</sup> (REIS, 2018).

**Figura 7 – Diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral LGBT**



Fonte: Brasil (2013, p.22-23); Rede Ex Aequo; adaptado por Moraes (2019).

Evidencia-se o reconhecimento enfatizado à população LGBTI+ no âmbito da saúde diante das diretrizes expressas na Política mencionada, ademais esta contém 23 objetivos específicos, os quais serão explorados mediante a pesquisa de campo que possibilitará constatar se o estabelecido na PNSI/LGBT condiz com a realidade vivenciada pelo segmento em Parintins no acesso aos serviços e ações de saúde.

A partir da pesquisa realizada por Prado e Sousa (2017) em artigos científicos, dos anos 2011 a 2016, na Biblioteca Virtual em Saúde a respeito da PNSI/LGBT, onde se apurou a presença de 11 artigos, dentre os quais 7 foram analisados, constatou-se no meio acadêmico a ausência de avanços na atenção à saúde do segmento LGBTI+, o qual ainda vivencia, fortemente, situações de discriminação e preconceito no âmbito social, inclusive nas instituições de saúde.

As autoras ainda salientam o desafio de efetivar uma atenção integral em saúde para esta população devido, entre outros fatores, da complexidade de entender as diversidades dos sujeitos, que são determinados socialmente dentro do binarismo masculino/feminino e da heteronormatividade e, por conseguinte, incide no processo de determinação social da saúde.

Portanto, em termos de formulação de documentos com intuito de assegurar os direitos da população LGBTI+ houve significativos avanços, especialmente na saúde, através da organização política do movimento social LGBT. Por outro lado, são destacados os entraves para que a PNSI/LGBT seja efetivada de fato nos serviços ofertados pelo SUS, afirmando a discrepância do âmbito jurídico e a realidade social.

## **DISCUSSÕES E RESULTADOS**

As informações coletadas e analisadas foram classificadas em duas categorias: a) os desafios para a efetivação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT no Município de Parintins; e b) a relação entre a AGLTPIN e a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT: uma questão em debate.

### **Os desafios para a efetivação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT no Município de Parintins**

As políticas públicas de saúde, atualmente, vivenciam entre a discrepância de um Sistema Único de Saúde – SUS constitucional e a realidade permeada pela ideologia capitalista neoliberal, impregnada nas relações sociais contemporâneas, que visa os desmontes dos direitos sociais. O Município de Parintins não destoa de tal realidade, principalmente em relação às políticas específicas para a população LGBTI+ como a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT.

Nas entrevistas realizadas com os sujeitos da pesquisa constataram-se a ausência da referida Política nas ações e serviços ofertados pela gestão municipal, conforme relata o Associado 01:

Na realidade, que eu saiba, o Município não tem nenhum evento voltado à população LGBT e, geralmente, a gente cobra do Município algumas ações voltadas a classe LGBT, um exemplo, a Associação que vai até a secretaria de saúde através de ofício e pede um dia de ação para a população LGBT [...] infelizmente, o município não tem políticas públicas de saúde voltadas a essa população, apesar de ter dentro do SUS algumas portarias que é para os municípios e capitais trabalharem essas questões de políticas públicas, tem alguns: a questão do processo transexualizador para as travestis, a questão da hormonização (Associado 01 – Gay/Homem-cis, 39 anos, Pesquisa de Campo, 2019).

O entrevistado afirma não haver nenhuma atividade específica direcionada à população LGBTI+ no Município; quando ocorre é por meio de solicitação da própria AGLTPIN e são ações pontuais. Ressalta ainda a ausência da efetivação de política de saúde direcionada para o segmento que são asseguradas por portarias do SUS.

Os reflexos desse atual modelo societário são perceptíveis nas ações da gestão municipal, onde os cortes sociais e a privatização preconizados pelo neoliberalismo incidem na precarização dos serviços de

saúde, principalmente no que se refere a concretização de uma PNSI/LGBT invisibilizada e segregada em uma sociedade onde o Estado prioriza um modelo heteronormativo e patriarcal.

Como resultado desse processo, o Município oferta ações pontuais para o referido público e de cunho assistencialista, não levando em consideração a existência de uma política que atenda às necessidades específicas desse grupo populacional. Isso incide na precarização do atendimento quando esse segmento busca os serviços públicos nas instituições de saúde.

A representante da SEMSA afirma que os LGBTI+ estão “incluídos de modo geral nas atividades da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA” (Pesquisa de Campo, 2019) e a secretaria entra em parceria com a logística nas ações ofertadas pela AGLTPIN. No entanto, deve-se considerar que dentro dos princípios do SUS suas ações e serviços vão para além da universalidade, pois a equidade apresenta-se como um dos princípios determinantes nesse processo.

Nesse contexto, a AGLTPIN depara-se com diversas barreiras, cotidianamente, relacionado à saúde do segmento LGBTI+ através das demandas recebidas por ela e da ausência da concretização da PNSI/LGBT no Município. Mediante as falas dos entrevistados (associados e a representante da SEMSA) evidenciaram-se os principais desafios para efetivar a referida Política em Parintins.

O primeiro item a ser destacado é a **equidade** nas ações e serviços de saúde do Município, onde percebe-se que a gestão considera a universalidade elemento primordial para o acesso à saúde, conforme relata a representante da SEMSA:

A gente já botou na programação para a gente os incluir (população LGBTI+) mais do que eles já são, porque eles fazem parte de um SUS municipal e todo mundo que faz parte do SUS já está incluído em diversas atividades. Quem não quer ter preconceito não tem que se segregar, [...] Se a saúde tem muitas unidades e muito serviços, eles estão incluídos automaticamente, porque quando tu separa, tu segrega [...] (Representante da SEMSA, 41 anos, Pesquisa de Campo, 2019).

Na fala da entrevistada pode-se constatar a ausência do princípio da equidade quando questionada a respeito de atendimentos específicos para o público LGBTI+. Compreende-se a intenção da representante da SEMSA em promover a universalidade nas ações e serviços ofertados no SUS, no entanto, faz-se pertinente considerar o princípio da equidade quando nos referimos à população em questão.

As discussões de Barros e Sousa (2016) e de Escorel (2008) enfatizam que na atual sociedade há uma diversidade de sujeitos com particularidades também diversas e, por conseguinte, necessidades próprias que merecem atenção na implementação de ações e serviços de saúde pública brasileira, até porque existem políticas direcionadas a esse âmbito e precisam ser efetivadas.

O Associado 01 corrobora ao confirmar: “Dentro da instituição não tem um atendimento exclusivo, a gente não quer um atendimento separado, só para os homossexuais, não é isso, é eles saberem respeitar [...]” (Pesquisa de Campo, 2019). A ausência da compreensão do termo equidade de direitos na gestão municipal permite haver esses embates e a dificuldade de efetivar políticas como a PNSI/LGBT.

Essa discussão nos aproxima do segundo desafio: a **qualificação dos profissionais e da rede de serviços do SUS**. Na entrevista com os associados da AGLTPIN constatou-se a falta de profissionais devidamente qualificados para atender as demandas do segmento no Município:

É sempre muito constrangedor um LGBT entrar no hospital, porque culturalmente o preconceito das pessoas nos taxam como vulneráveis a IST e AIDS, a gente não pode entrar com uma gripe que já é estranho e isso é muito desconfortável, inclusive se existe a questão de acarretar uma doença para esses indivíduos é muito devido a esse preconceito, as pessoas ficam constrangidas [...] (Associado 05 – Gay/Homem-cis, 36 anos, Pesquisa de Campo, 2019).

O despreparo da equipe profissional e dos gestores municipais podem acarretar atendimentos de cunho preconceituosos e discriminatórios, os quais influenciam de forma negativa na qualidade de vida e saúde LGBTI+. Além disso, os demais atendimentos específicos não são ofertados nos serviços de saúde municipal porque não há profissionais qualificados para atender uma pessoa transgênero que deseja utilizar hormônios, por exemplo.

Os objetivos propostos na PNSI/LGBT mencionam a necessidade de qualificar a rede de serviços do SUS para atender e disponibilizar o cuidado integral à saúde dessa população. A qualificação dos equipamentos, profissionais, gestores e conselheiros de saúde contribuiria para suprir outros objetivos, tais como: a prevenção de casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais e transgêneros; a oferta do cuidado à saúde de adolescentes e idosos LGBTI+, entre outros (BRASIL, 2013).

Como desdobramento do elemento supracitado, outros desafios surgem no cotidiano da luta AGLTPIN, o **processo transexualizador e a hormonização** da população LGBTI+. Esses são elementos imprescindíveis que fazem parte do dia-a-dia do segmento, em especial das pessoas transgêneros, que recorrem a esses procedimentos constantemente.

O Associado 01 menciona as pautas da AGLTPIN, voltadas à área da saúde, levadas para discussões com autoridades do Município. Além da capacitação dos profissionais, analisados acima, o representante do movimento também solicita um ambulatório onde houvesse atendimentos relacionados ao processo transexualizador e à harmonização.

A ausência de um profissional qualificado para atender tais demandas, além de tecnologias necessárias para realizar procedimentos como o transexualizador, em Parintins, podem desencadear consequências graves à saúde de pessoas LGBTI+ que almejam readequar seu corpo para condizer com sua identidade de gênero e com sua orientação sexual.

Ademais, outro desafio apresentado é o **atendimento direcionado às lésbicas** nas instituições pública de saúde, onde há um receio desse público buscar atendimentos próprios às mulheres por conta do estigma da sua orientação sexual e do preconceito que pode vir a sofrer nessas entidades públicas. A Associada 04 relata sua intenção em promover uma ação em parceria com as instituições de saúde municipal direcionada às lésbicas em razão do estigma de algumas mulheres com a referida orientação sexual adentrarem nos postos de saúde.

Nota-se que o cuidar da saúde das mulheres lésbicas ou bissexuais são voltadas às ações pontuais e não como uma continuidade da Política, a qual assegura um atendimento qualificado e contínuo a esse público. Ademais, são demandas da AGLTPIN para a gestão municipal e não uma iniciativa governamental de implementar o cuidado integral à saúde dessas pessoas, ou seja, elas são incluídas de modo geral nos serviços do SUS municipal e não há uma atenção voltada às suas necessidades.

O último desafio destacado é o **nome social**, um dos fatores mais simples de serem aplicado no SUS mediante inserção nos prontuários institucionais. Essa realidade, no entanto, não se concretiza no Município de Parintins e os associados constam tal afirmativa nas suas falas:

[...] muitas travestis têm vergonha de ir em alguma consulta justamente para não ser chamada pelo seu nome de batismo, porque quer ser chamada pelo seu nome social. E na hora de preencher o prontuário, eles não colocam, e mesmo não estando lá, eles deveriam ter a sensibilidade de saber que é uma travesti e gosta de ser chamada pelo nome feminino. Então usar dentro do seu prontuário o nome social da pessoa, para gente já era um grande passo (Associado 01 – Gay/Homem-cis, 39 anos, Pesquisa de Campo, 2019).

O nome social nos prontuários da saúde e o respeito profissional ao adotarem o nome social daquele indivíduo no atendimento contribui para promover maior equidade no SUS bem como estimular uma cultura de respeito às diversidades humanas tanto nas entidades de saúde quanto nas demais instituições públicas. Essa ação não garante, mas tende a dirimir as situações de preconceito e a discriminação contra os LGBTI+ em uma sociedade onde esses elementos são naturalizados nas relações sociais.

Portanto, contatou-se por meio dos elementos enfatizados os desafios para a efetivação da PNSI/LGBT no Município de Parintins. Isso é um reflexo de um modelo societário ainda presente nas relações sociais que naturaliza o preconceito, a discriminação e o estigma contra a população LGBTI+, onde não se percebe a necessidade de viabilizar o direito à saúde pautada em um sistema equitativo para, então, aproximar-se do estabelecido na PNSI/LGBT e dos demais princípios do SUS.

### **A relação entre a AGLTPIN e a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT: uma questão em debate**

A saúde como uma política pública apresenta-se na dinâmica contemporânea permeada por uma série de desafios, em especial no Município de Parintins conforme destacado anteriormente. Entretanto, faz-se necessário evidenciar outro elemento que reflete nessa realidade: a relação da AGLTPIN com a PNSI/LGBT.

Em Parintins, os representantes da AGLTPIN têm atuado nas Conferências Municipais de Saúde com objetivo de colocar em pauta as necessidades do segmento LGBTI+, principalmente no que se refere às demandas do cotidiano relacionadas à saúde vivenciada dentro da Associação. No entanto, tal reivindicação não tem surtido efeito nas ações e serviços disponibilizados no SUS municipal.

[...] a gente sempre cobra muito em conferências, em todas que existem, não somente dos LGBT. Na minha opinião, são realizadas porque é obrigação dos Municípios fazerem essas conferências, mas não são efetivadas as propostas que são lidas e aprovadas [...] um exemplo: a gente coloca todas as nossas demandas e dificuldades para que o município execute. Nas conferências são aceitas as propostas, mas de fato elas não são executadas e a gente vai lá e cobra do município (Associado 01 – Gay/Homem-cis, 39 anos, Pesquisa de Campo, 2019).

A partir do discurso do representante da AGLTPIN verifica-se as disjunções entre as Conferências Municipais e o intuito real desses acontecimentos como momentos propícios para fortalecer a democracia brasileira e formular políticas sociais de saúde que atendam às necessidades da população, em especial as dos LGBTI+.

Por outro lado, constatou-se que a Associação tem lutado por direitos à saúde da população LGBTI+ em Parintins, no entanto, são lutas advindas do cotidiano desse segmento, ou seja, não perpassa por discussões e reflexões sobre políticas públicas entre os associados. Percebeu-se tal realidade quando



os entrevistados foram questionados se conheciam a PNSI/LGBT e todos os cinco responderam não. Apenas um deles complementou:

A gente sabe que quando existe e é diferenciada à população LGBT, a gente vai até as portarias do SUS e através dela a gente vai e cobra do poder público [...] a gente procura ter esse conhecimento quando já sofre alguma discriminação dentro da área da saúde, mas eu conheço pouco a questão das portarias do SUS voltadas à população LGBT (Associado 01 – Gay/Homem-cis, 39 anos, Pesquisa de Campo, 2019).

As dificuldades rotineiras da AGLTPIN em relação à saúde, em Parintins, são pautas de reivindicações e cobranças da Associação para com a Gestão Municipal seja em reuniões com o Secretário de Saúde ou nas Conferências, entretanto, são demandas vazias e não há uma interligação com a PNSI/LGBT, a qual abarca uma gama de elementos que, na maioria das vezes, estão distribuídos em portarias de forma isolada.

A apreensão de leis isoladas por parte da AGLTPIN e de seus representantes impedem que haja reflexões mais abrangentes pautadas nas discussões dos movimentos sociais da população LGBTI+, tal como a efetivação de uma Política Nacional de Saúde Integral de LGBT que é um direito do referido grupo.

A AGLTPIN tem lutado de maneira particular por melhores condições de saúde, com foco apenas nas demandas cotidianas vivenciadas pelos associados e não por uma política já existente no âmbito do SUS e não efetivada em Parintins. A representante da SEMSA reconhece a necessidade de fortalecer o vínculo com a AGLTPIN de maneira a inseri-los nas ações e serviços de saúde, conforme relata “ [...] então o que a gente precisa realmente é fortalecer mais o trabalho com eles, eu acredito que eles precisam estar mais inseridos realmente, a gente precisa fortalecer essa questão de veiculação” (Pesquisa de Campo, 2019).

Ademais, tal afirmativa corrobora com a necessidade de fortalecer o trabalho do Município com a AGLTPIN, principalmente em relação à efetivação de políticas públicas direcionadas a esse grupo de maneira a desenvolver atividades contínuas. Entretanto, sob outra perspectiva, percebeu-se também o assistencialismo muito presente nas relações entre a gestão municipal com a AGLTPIN.

Esse fator é prejudicial, pois desencadeia um discurso errôneo de que a Secretaria Municipal de Saúde executa favores ao invés de viabilizar direitos sociais à essa população. No diálogo com a representante da SEMSA evidencia-se tal afirmativa: “Sempre estamos de portas abertas para ajudá-los; em dezembro eles vieram aqui, eu estou esperando as demandas deles, porque eles ficaram de trazer, pois quando eles me documentam, eu me sinto muito feliz” (Pesquisa de Campo, 2019).

Percebe-se a frágil relação entre as entidades mencionadas, frágil em razão de se constatar que tal relação está no contexto do assistencialismo, da troca de favores ou de benemerência, realidade essa muito presente nas ações de governo, principalmente em municípios como Parintins. Além disso, há uma personalização por parte da Secretaria de Saúde quando caracteriza a AGLTPIN em nome do presidente e não enquanto um movimento social.

Essa realidade também perpassa na ausência de criticidade da Associação em não enxergar a SEMSA como uma instituição viabilizadora de direitos sociais, inclusive o não conhecimento dos seus próprios direitos em relação à PNSI/ LGBT, implicando em desafios para sua devida efetivação além de perpetuar relações assistencialistas entre ambas as entidades.

Portanto, verifica-se como a realidade de Parintins destoa, significativamente, de uma política de saúde direcionada à população LGBTI+ como a PNSI/LGBT. Os desafios são diversos, mas o desconhecimento da referida Política por parte dos próprios associados é uma questão primordial, pois como lutar por melhores condições de saúde se não são apreendidos seus direitos?

Ademais, contatou-se o despreparo da gestão municipal para disponibilizar ações e serviços de saúde específicos à população em questão, seja na ausência de qualificação dos profissionais e gestores, seja no desrespeito à diversidade sexual enquanto um segmento que almeja e necessita de um atendimento equitativo nas instituições de saúde em Parintins.

Diante do exposto, ampliamos nossa discussão para entendermos que essa realidade de Parintins faz parte de uma totalidade onde se predomina as relações capitalistas-neoliberais e heteropatriarcais incutido nas relações sociais e instituições públicas que fragmentam as políticas sociais, não viabilizando tais direitos de fato, principalmente quando são voltados ao público LGBTI+ tendo em vista esse modelo societário estigmatizar esse segmento. Por mais que se dissemine o discurso igualitário, precisa-se considerar a equidade para, então, a população LGBTI+ ganhar visibilidade, principalmente, nos serviços de saúde.

## **CONCLUSÃO**

O trabalho em questão buscou averiguar a realidade da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no Município de Parintins/Amazonas, a partir da luta da Associação de Gays, Lésbicas e Travestis de Parintins – AGLTPIN. Dessa maneira, constatou-se a não concretização da referida política pública de saúde direcionada à população LGBTI+, que faz o Movimento reivindicar por seus direitos no Município.

A partir das falas dos entrevistados foram sistematizados os principais elementos destacados por eles que dificultam a concretização da referida Política, tais como: a ausência da equidade no SUS Municipal; desqualificação dos profissionais e da rede de serviços do SUS; que reflete, por conseguinte, no processo transexualizador, hormonização e atendimento às lésbicas; e o Nome Social que não é presente nos prontuários das instituições de saúde.

Por último, a pesquisa mostrou as lutas da AGLTPIN no contexto da saúde mediante as demandas vivenciadas pelo grupo, principalmente as reivindicações nas Conferências Municipais, as quais não surtem efeitos na concretude. Isso perpassa pelo desconhecimento por parte dos associados sobre a PNSI/LGBT e pela atuação da gestão municipal, que não dispõe de serviços para atender às necessidades desse segmento populacional, em particular.

Portanto, urge a necessidade de continuidade de pesquisas dentro do referido tema para dar visibilidade à luta da população LGBTI+ por melhores condições de vida e saúde, além de ampliar a discussão sobre a PNSI/LGBT dentro de Parintins para que seja possível criar mecanismos para efetivar tal Política nas instituições de saúde no Município e possibilitar ampliar o conhecimento dos associados e gestores sobre as políticas direcionadas a esse grupo populacional.

## REFERÊNCIAS

BARROS, F. P. C. de; SOUSA, M. F. de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**. v.25, n.1, p.9-18, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n1/1984-0470-sausoc-25-01-00009.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nºs 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Texto base da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais**: direitos humanos e políticas públicas – o caminho para garantir a cidadania de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília: SEDH, 2008.

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

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH – 2)**. Brasília: SEDH, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS**: doutrinas e princípios. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 88-110.

\_\_\_\_\_, M. I. S. **Serviço Social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 3. ed. São Paulo, Cortez, 2010.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Revista Estudos Avançados**. v.27, n.78, p.7-26, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142013000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002)>. Acesso em: 06 nov. 2018.

FACCHINI, R. Movimento homossexual no Brasil: recompondo um histórico. **Cad. AEL**, v.10, n.18/19 p. 81-125, 2003. Disponível em: <<https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/ael/article/view/2510>>. Acesso em: 28 nov. 2018.

FRANCO, L. N. **Políticas públicas no Brasil voltadas para a população LGBT**: reflexos que o Movimento enfrenta com relação à sociedade civil. 2017. 29f. Monografia (Graduação em Relações Internacionais) – Universidade Federal de Uberlândia, 2017.

SCOREL, S. Equidade em saúde. In: PEREIRA, I. B; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equasau.html>>. Acesso em 20 abr. 2019.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.77-95, 1991. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73311991000100004&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73311991000100004&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 03. nov. 2018.

MELLO, V. D. S. de; DONATO, M. R. A. O pensamento Iluminista e o desencantamento do mundo: modernidade e a Revolução Francesa como marco paradigmático. **Revista Crítica Histórica**. n. 4, p. 248-264, dez., 2011. Disponível em:

<[http://www.revista.ufal.br/criticahistorica/index.php?option=com\\_content&view=article&id=118:o-pensamento-iluminista-e-o-desencantamento-do-mundo-modernidade-e-a-revolucao-francesa-como-marco-paradigmatico&catid=65:artigos&Itemid=60](http://www.revista.ufal.br/criticahistorica/index.php?option=com_content&view=article&id=118:o-pensamento-iluminista-e-o-desencantamento-do-mundo-modernidade-e-a-revolucao-francesa-como-marco-paradigmatico&catid=65:artigos&Itemid=60)>. Acesso em: 28 set. 2018.

NETO, E. R. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: **Incentivo à participação popular e o controle social no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. p.7-17.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 218-241.

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.11-24.

\_\_\_\_\_. Equidade e reforma em sistema de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde Sociedade** v.15, n.15, p.34-46, mai./ago., 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S010412902006000200005>>. Acesso em 11 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão crítica**. 2007. 300f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, 2007.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciência, Saúde**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, jan./mar., 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702014000100015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702014000100015&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 03 nov. 2018.

PRADO, E. A. de J; SOUSA, M. F. de. Políticas públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa. **Tempus, Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v.11, n.1, p.69-80, mar., 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i1.1895>>. Acesso em 11 nov. 2018.

PRADO, M. A. M; MACHADO, F. V. **Preconceito contra homossexualidades: a hierarquia da invisibilidade**. São Paulo: Cortez, 2008.

REIS, T. (org.). **Manual de Comunicação LGBTI+**: substitua preconceito pela informação correta. Paraná: Núcleo de Estudos Afro-Brasileiros/UFPR, 2018.

SOUZA, G. C. de A; COSTA, I. do. C. C. O Sus nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-129020100030004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-129020100030004&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em 09 nov. 2018.

TURISSI, G. H. et al. **Políticas públicas de saúde; gestão hospitalar II**. São Paulo: Pearson Addison Wesley, 2011.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e método**. 5. ed. Porto Alegre: Editora Bookman, 2015.