

FACULDADE LATINO-AMERICANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO

CAROLINA FARIAS RIBEIRO

A SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT NO MUNICÍPIO DE MARICÁ/RJ: A atuação do sistema público de saúde para a população LGBT no município de Maricá.

SÃO PAULO

2023

CAROLINA FARIAS RIBEIRO

A SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT NO MUNICÍPIO DE MARICÁ/RJ: A atuação do sistema público de saúde para a população LGBT no município de Maricá.

Dissertação apresentada ao curso Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais e Fundação Perseu Abramo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Renan Viera de Santana Rocha

SÃO PAULO

2020

Ficha Catalográfica

RIBEIRO FARIAS CAROLINA, Carolina Farias Ribeiro
A SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT NO MUNICÍPIO DE MARICÁ/RJ:
A atuação do sistema público de saúde para a população LGBT no
município de Maricá.

Carolina Farias Ribeiro. São Paulo: FLACSO/FPA, 2023.

Quantidade de folhas 54

Dissertação (Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas), Faculdade
Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, Maestría
Estado, Gobierno y Políticas Públicas, ano.

Orientador: Orientador Prof. Dr. Renan Vieira de Santana Rocha UNIFESP
- FLACSO Brasil/FPA

Referências bibliográficas: f. 46 a 53.

1. Museus. 2. Patrimônio. 3. Coleções. 4. Objetos. 5.
Espanha. I. Gonçalves, José Reginaldo Santos. II.
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de
Filosofia e Ciências Sociais, Programa de Pós-
Graduação em Sociologia e Antropologia. III. Título.
Bibliografia:

1. Serviço Social – Brasil – Teses 2. Políticas Públicas 3. Medidas Socioeducativas

CAROLINA FARIAS RIBEIRO

A SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT NO MUNICÍPIO DE MARICÁ/RJ: A atuação do sistema público de saúde para a população LGBT no município de Maricá.

Dissertação apresentada ao curso Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas.

Aprovada em 12 de setembro de 2023

Orientador Prof. Dr. Renan Vieira de Santana Rocha
UNIFESP FLACSO Brasil/FPA

Profa. Dra. Beatriz Borges Brambilla
PUC-SP e FLACSO Brasil/FPA

Prof. Me. Pablo Mateus dos Santos Jacinto
UESB

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Édson Dias Ribeiro (*in memorian*) e Maria José Rangel Farias Ribeiro, por todo esforço dedicado à minha formação como cidadã e amor durante toda a jornada. Em todos os momentos estiveram do meu lado apoiando e alimentando meus sonhos, minhas escolhas e minhas utopias.

Ao meu filho Bernardo Farias Ribeiro e seu pai que é meu irmão e meu grande mestre nesta vida Marcos de Dios Coelho.

Minha grande amiga e companheira Marli da Silva Matos que fez o que pode para que eu finalizasse esta etapa de vida.

Ao meu orientador Renan Viera de Santana Rocha que com muito carinho e dedicação ajudou a nascer este trabalho.

A Professor Laura Vieira da Costa que foi a grande idealizadora deste projeto no município de Maricá.

RESUMO

Essa pesquisa tem como tema a análise da saúde da população LGBTI+ no Município de Maricá/RJ. Logo, a pergunta que norteia essa pesquisa é: como se dá a concretização das políticas públicas de saúde para a população LGBTI+ no município de Maricá?

Parte-se da compreensão de que a saúde da população LGBTI+ é uma questão fundamental na sociedade brasileira, pois ela está ligada à dignidade e cidadania de todas as pessoas, independentemente de seu gênero e relações socioafetivas.

Considera-se a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) na oferta de acesso gratuito, universal e abrangente a todos os brasileiros, contemplando também o campo da diversidade para a integralidade da saúde. Analisa-se como o sistema é integrado em nível federal, estadual e municipal, permitindo uma ampla gama de serviços de saúde, desde cuidados primários até procedimentos complexos.

No entanto, pontua-se como a população LGBTI+ enfrenta discriminação e negligência no setor de saúde. De tal modo que é crucial discutir e implementar políticas de saúde pública para grupos específicos, como lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, reconhecendo as desigualdades e violações dos direitos humanos a que essas populações estão expostas nos serviços de saúde, especialmente em vista dos cenários locais – aqui com destaque ao município de Maricá.

Considera-se como o Estado tem a importante função de proteger os bens essenciais da sociedade, incluindo os direitos da pessoa LGBTI+. Nesse sentido, evidencia-se a preocupação em pensar a população LGBTI+ dentro do contrato social e que, portanto, merece ter sua dignidade respeitada pelo Estado.

Investiga-se como o Estado tem a responsabilidade de organizar sua estrutura administrativa para atender às necessidades da sociedade, e como a Constituição tem um papel crucial em proteger os direitos fundamentais e limitar o poder do Estado. Pontua-se o paradigma jurídico de proteção da dignidade humana como fundamento do Estado Democrático de Direito.

A dignidade humana é reconhecida como um princípio fundamental no constitucionalismo moderno, e o tratamento das pessoas como seres humanos fundamenta o dever do Estado em tratar todas as pessoas. Considera-se o princípio da dignidade humana é a base do Estado Democrático de Direito e é considerado o valor mais alto

incorporado à Constituição. O Estado tem o dever de tratar cada pessoa como um ser humano digno, protegendo seus direitos e garantindo sua liberdade e igualdade.

Logo, no município de Maricá, no Estado do Rio de Janeiro, a pesquisa sobre a saúde da população LGBT busca analisar como o sistema público de saúde investe na prevenção, tratamento e acompanhamento das IST/HIV na referida população.

PALAVRAS-CHAVE: População LGBTI+. MARICÁ. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.
SUMÁRIO

Introdução

Capítulo 1 – Breve histórico das políticas públicas para a população LGBTI+ após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS)

1.1.– No Brasil

1.2. – Em Maricá/RJ

Capítulo 2 – A implementação das políticas públicas de saúde em Maricá

2.1 – Direitos Conquistados

2.2 – Programas e Projetos

Capítulo 3 – Emenda Constitucional 95 – mudanças e consequências ideológicas e orçamentárias

3.1. – Ideologia de gênero existe?

3.2. – Política pública de saúde para a população LGBTI+ em Maricá – consequências pós Emenda Constitucional nº 95

Capítulo 4 – Conclusão e reflexões

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a implementação das políticas públicas de saúde para a população LGBTI+ no Município de Maricá/RJ. A pergunta que norteia este estudo é: como são concretizadas as políticas de saúde voltadas para a população LGBTI+ em Maricá?

A saúde da população LGBTI+ é uma questão fundamental, relacionada à dignidade e cidadania de todas as pessoas. Considerando a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), que oferece acesso gratuito e abrangente, é importante investigar como esse sistema é integrado em nível federal, estadual e municipal, especialmente no que diz respeito aos serviços de saúde para a população LGBTI+.

Discriminação e negligência são desafios enfrentados pela população LGBTI+ no setor de saúde, o que torna essencial a discussão e implementação de políticas públicas específicas para esse grupo. Nesse contexto, é crucial compreender como o Estado pode proteger e garantir a dignidade da população LGBTI+, organizando sua estrutura administrativa para atender às necessidades de saúde dessa comunidade.

A pesquisa visa analisar como o sistema público de saúde investe na prevenção, tratamento e acompanhamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e do HIV na população LGBTI+ em Maricá.

Esta pesquisa tem como objetivo apresentar um histórico das políticas públicas para a saúde da população LGBTI+ após a implementação do SUS, tanto no Brasil quanto em Maricá. Pretende-se também descrever a implementação das políticas públicas de saúde em Maricá, identificando dificuldades de atendimento, programas específicos para a população LGBT e expectativas em relação às políticas de saúde.

Além disso, será analisada a influência da Emenda Constitucional 95 no orçamento e na ideologia relacionados à saúde da população LGBTI+ em Maricá. Será investigado o investimento orçamentário destinado a essa área antes e após a Emenda, bem como as consequências dos cortes de investimentos e ataques ideológicos por parte do Governo Federal.

A pesquisa se justifica pela importância de proteger e promover a saúde como um direito humano fundamental. A invisibilidade e marginalização da população LGBTI+ na sociedade reforçam a necessidade de políticas públicas específicas para garantir igualdade, dignidade e cidadania.

Durante o meu mandato como secretária LGBTI+ Estadual do Rio de Janeiro, pude testemunhar de perto o aumento das doenças sexualmente transmissíveis e a diferença no tratamento dado a essa população em diferentes municípios. Em Maricá, desde 2008, governado pelo partido dos trabalhadores, houve continuidade na assistência à população LGBTI+, mesmo diante das crises do SUS.

O município conta com uma coordenação específica dentro da Secretaria de Direitos Humanos e um setor dedicado às DST na Secretaria de Saúde, que fornecem testes rápidos, distribuem a PrEP e medicamentos pós-exposição. O serviço funciona de forma eficiente, sem interrupção na distribuição de prevenção e material informativo. Essas experiências pessoais despertaram meu interesse pelo tema e reforçaram a importância de pesquisar e contribuir para a promoção da saúde da população LGBTI+ em Maricá.

A metodologia utilizada incluiu coleta de dados, pesquisas de campo, entrevistas com beneficiários e atores envolvidos no programa de saúde LGBTI+ em Maricá, além do uso de bibliografia especializada. Foram realizados questionários e entrevistas, seguidos de análise das informações coletadas. A pesquisa adotou uma abordagem descritiva para compreender a implementação das políticas públicas de saúde para a população LGBTI+ em Maricá.

Foi estabelecido um cronograma com as etapas a serem seguidas, sujeito a possíveis alterações durante o desenvolvimento da pesquisa. Algumas etapas poderão ser realizadas simultaneamente para garantir eficiência e cumprimento dos prazos estabelecidos.

A escolha do tema dessa dissertação, que visa pesquisar sobre a saúde da população LGBTI+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros) no município de Maricá, Estado do Rio de Janeiro tem como foco analisar de que forma o sistema de saúde investe na saúde preventiva, no tratamento e no acompanhamento das IST/HIV da referida população. A terminologia IST/HIV refere-se às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). E HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana que causa a AIDS e substituiu a expressão AIDS na sigla anterior DST/AIDS. A alteração da sigla justifica-se porque destaca a possibilidade de o indivíduo possuir uma infecção mesmo sem sinais e sintomas.

A escolha desse tema se deu, principalmente, pela necessidade de obter dados para conhecimento e aperfeiçoamento dos serviços de saúde ofertados à referida população. Ainda que sejam construídas pesquisas em relação aos investimentos públicos

realizados pelos governos federais nos últimos 30 anos, o foco desse trabalho será sobre a situação existente em Maricá. Por conseguinte, compreender e analisar o histórico da política pública de saúde e os programas existentes é ponto essencial. Serão abordadas as possíveis consequências da redução dos investimentos federais em campanhas de prevenção, distribuição de medicamentos e material informativo entre os anos de 2016 e 2020.

No Brasil, a saúde da população LGBTI+, muitas vezes, é tida como um estorvo para muitos gestores mesmo após a criação e implementação de importantes leis e documentos que determinam a proteção e o acesso desse grupo específico às instituições de saúde. Pode-se presenciar, em todas as etapas dos atendimentos nas instituições de saúde brasileiras, desde os atendentes até os médicos, uma enorme falta de sensibilidade e respeito ao tratar a população LGBTI+. Muitas vezes os profissionais da saúde proporcionam um atendimento discriminatório e preconceituoso. Portanto, se faz extremamente necessário que tenhamos profissionais capacitados e sensibilizados para o atendimento a essa população em especial.

A homossexualidade é historicamente contextualizada com o preconceito e a discriminação, inclusive quando se aborda o atendimento no âmbito da saúde pública. Assim, o acesso dessa população aos serviços de saúde tem sido descrito como injusto e excludente, e, conseqüentemente, como uma vulnerabilidade do grupo LGBT. Percebem-se, nesse campo específico, avanços em programas e políticas públicas. Entre eles, destacam-se: o programa Brasil sem Homofobia, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde e a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT. Entretanto, apesar das boas perspectivas das ações propostas por essas políticas e programas, a efetivação das mesmas ainda configura-se como desafiadora. As consequências da homofobia e da heteronormatividade institucional, caracterizadas pelos atendimentos discriminatórios, são as principais causas da exclusão da população pesquisada dos espaços de saúde.

(Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil - Albuquerque, Garcia, Alves, Queiroz, Adami p. 523, 2013)

A grande epidemia de HIV ocorrida no final da década de 80 trouxe pânico para a população em geral, pois não havia tratamento eficaz que combatesse as mazelas dessa enfermidade. Assim sendo, era preciso um olhar humanizado por parte dos gestores para que ocorressem investimentos nessa área com objetivos de informação, prevenção, acompanhamento e tratamento. Houve grandes investimentos em campanhas de prevenção

em rede nacional, atendimento nos sistemas públicos de saúde às pessoas infectadas com o vírus e distribuição gratuita de medicamentos. Durante muitos anos, o Brasil possuiu um dos melhores programas de HIV/AIDS do mundo com diminuição significativa da velocidade de disseminação da epidemia. A partir de 1996 foi implementada uma política de distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais que concediam mais tempo e qualidade de vida para a população infectada. Atualmente há a distribuição desses medicamentos para, aproximadamente, meio milhão de pessoas no Brasil.

Desta forma, o presente trabalho tem como objetivo principal analisar o sistema público de saúde e investimentos do governo municipal de Maricá em relação ao atendimento à população LGBTI+ no que tange à prevenção, tratamento e acompanhamento de IST/HIV diante dos desafios impostos pelas reformas do governo federal nos últimos quatro anos.

O primeiro capítulo faz um breve histórico das políticas públicas para a população LGBTI+ após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e em Maricá, Estado do Rio de Janeiro, de forma a compreender as referidas políticas em relação à prevenção, tratamento e acompanhamento de IST/HIV destinados à população LGBTI+ no município de Maricá/RJ.

O segundo capítulo descreve a implementação das políticas públicas de saúde em Maricá, através de uma linha do tempo destacando seus Programas e Projetos e tem como foco identificar as dificuldades de atendimento da população LGBTI+ no serviço público de saúde no município; descrever os programas de atendimentos específicos para a população LGBTI+ existentes no município; descrever a expectativa da população LGBTI+ em relação às políticas públicas de saúde, além de relatar a influência das campanhas de prevenção sobre IST/HIV e saúde para a população de Maricá.

O terceiro capítulo comenta a Emenda Constitucional 95, suas mudanças e consequências ideológicas e orçamentárias para a sociedade brasileira e as consequências nos investimentos na saúde da população LGBTI+ em Maricá; identifica o investimento do orçamento público destinado à saúde da população LGBTI+ no município antes e após a Emenda Constitucional 95; relata as possíveis consequências dos cortes de investimentos, por parte do SUS, em campanhas de prevenção, distribuição de medicamentos e material informativo para a população LGBTI+ e relata as consequências dos ataques ideológicos destinados à população LGBTI+ por parte do Governo Federal e a repercussão na sociedade.

O quarto capítulo destina-se a conclusão do trabalho e reflexões.

Capítulo 1

A atuação do sistema público de saúde para a população LGBTI+ no município de Maricá após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e como o atual desmonte desse programa atinge esta população.

O sistema político brasileiro está dividido em três áreas principais: governança, instituições e partidos políticos. A governança consiste em um elemento da sociedade que é objeto do governo de um grupo, é o nexos que permite uma boa administração, ou seja, a capacidade de reunir os direitos, deveres, obrigações e objetivos da comunidade em relação às práticas institucionais de seus líderes. O controle da governança é essencial para a boa governança de uma cidade ou país, reunindo os elementos de administração, gestão e democracia (REIS, 2009).

As instituições políticas são o segundo elemento do sistema político brasileiro e são regidas por parâmetros legais estabelecidos na Constituição. Esses parâmetros incluem princípios como boa governança, legalidade, transparência, ética e atenção à comunidade, e seu funcionamento é orientado por uma abordagem democrática e política. As instituições político-democráticas são responsáveis por garantir a igualdade dos cidadãos, promover a participação cidadã e, acima de tudo, representar os cidadãos perante os líderes governamentais (MOISÉS, 2008).

No nível institucional e de governança, busca-se uma semelhança entre os governantes e os governados, e obediência aos preceitos legais de boa governança. No Brasil, existem três ramos de governo: o Legislativo, o Executivo e o Judiciário, que atuam de forma independente e com base em competências específicas, contrabalançando o controle de um sobre o outro. Desta forma, o objetivo é garantir a separação de poderes e a proteção dos direitos dos cidadãos (LISBOA, 2008).

Ao longo da história atual, os movimentos sociais no Brasil tiveram um grande impacto, especialmente o movimento de saúde, e as ações realizadas pelas lideranças das diversas seções do Movimento Social foram alinhadas com as diretrizes para o desenvolvimento da sociedade brasileira. Em março de 1986, foi realizada a Oitava Conferência Nacional de Saúde, que foi um dos momentos mais importantes na definição do Sistema Único de Saúde (SUS) e debateu três temas principais: Saúde como dever do Estado e direito do cidadão, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, e Financiamento Setorial (REIS; PEREIRA, 2022).

A saúde é um direito humano fundamental, que está associado à aplicação dos princípios da dignidade e da cidadania, defendidos em normas e padrões nacionais e internacionais. A proteção e promoção da saúde é um objetivo primordial em qualquer sociedade, pois está ligado ao bem-estar dos indivíduos e à sua capacidade de se desenvolverem plenamente em sua vida diária. Assim, a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 afirma que todos os indivíduos têm direito ao seu próprio bem-estar e ao de suas famílias, o que inclui o direito à saúde para todos (UNESCO, 1998).

A saúde como um direito social fundamental na sociedade brasileira implica em igualdade material para todas as pessoas, independentemente de seu gênero e de suas relações socioafetivas. É essencial que as ciências da saúde e os pesquisadores analisem os problemas de saúde das pessoas LGBTI+. O acesso à saúde deve abranger todas as esferas da vida de uma pessoa, incluindo saúde mental, envelhecimento, uso de drogas e demandas de prevenção, tratamento e recuperação (DAROS et al, 2016).

Segundo Sade (2021), o Sistema Único de Saúde é regulamentado pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que apresenta os princípios de promoção, proteção e recuperação da saúde nacional. Junto com estes princípios está a defesa dos princípios de universalidade, abrangência, equidade, regionalização e hierarquização, participação, controle social e descentralização da saúde de acordo com a Lei No. 8.080/90. O Sistema Único de Saúde (SUS) é o maior sistema de saúde pública do mundo (COSEMSPR, 2021).

O nascimento do SUS coincidiu com o advento de políticas de austeridade e ajuste fiscal e um discurso fortemente oposto às políticas públicas e abertamente a favor do domínio do mercado. Como resultado, o SUS tem sido cronicamente subfinanciado, com consequências negativas para o acesso e a qualidade do atendimento: gastamos 3,7% do PIB em saúde; outros países com sistemas públicos, onde a saúde é considerada um direito universal, gastam entre 7% e 9% do PIB (CAMPOS, 2015).

O SUS oferece acesso gratuito, universal e abrangente a todos os habitantes do país, brasileiros ou não. Seu complexo sistema integrado a nível federal, estadual e municipal permite uma ampla gama de serviços em cobertura populacional e serviços de saúde, desde cuidados primários e saúde domiciliar até procedimentos de alto risco como transplantes e separação de gêmeos siameses. Além dos serviços de média e alta complexidade, o SUS também opera em epidemiologia e vigilância sanitária, assistência farmacêutica, assistência hospitalar, atendimento de emergência e urgência, distribuição gratuita de medicamentos e pesquisa em saúde (COSEMSPR, 2021).

Portanto, o sistema de saúde brasileiro é composto por um grande setor público, o Sistema Único de Saúde, que cobre 75% da população, e um crescente setor privado, incluindo o Sistema de Saúde Suplementar (SAMS) e o que poderia ser chamado de sistema sem recursos, que cobre os 25% restantes (MONTEKIO; MEDINA; ROSANA, 2011).

Enquanto a população LGBTI+ experimenta uma falta de comportamentos concretos, negligência e aumenta os preconceitos no setor da saúde. No contexto das ciências sociais, a política social é entendida como uma forma de política pública altamente notável, indispensável para o avanço de todas as pessoas. Nestas circunstâncias, é necessário intensificar a discussão sobre a cidadania LGBT para captar as necessidades da comunidade como uma necessidade e uma luta pelo reconhecimento.

Assim, as discussões sobre a formulação e eficácia das políticas de saúde pública para grupos específicos, tais como LGBTI+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais), são indispensáveis, com base no reconhecimento das desigualdades e violações dos direitos humanos a que essas populações específicas estão expostas nos serviços de saúde. Tendo em conta a Constituição Federal brasileira de 1988, a saúde é reconhecida como um direito de todos e um dever do Estado; entretanto, existem grandes e diversos obstáculos à implementação desta afirmação, entre eles, as desigualdades e os quadros de exclusão, que devem ser enfrentados e combatidos com ações que orientem a reversão, a partir da perspectiva do princípio da equidade, para os diferentes grupos sociais (WILLIAM et al, 2017).

Para Araújo (2021), as Políticas Públicas nascem como mecanismos de resposta às demandas colocadas na agenda pública, através da efervescência de movimentos sociais, lutas coletivas, questões públicas que exigem ação estatal e cujo objetivo é remediar ou minimizar os impactos derivados desse problema. Entretanto, mais do que isso, o movimento de formulação, ou construção de uma política pública, refere-se à necessidade de articulações políticas capazes de superar os mecanismos que podem impedir o processo de formação dessa política pública. Assim, as políticas públicas, por sua vez, são elementos de saída, resultantes das atividades políticas, compreendendo assim o conjunto de decisões e ações relacionadas com a alocação imperativa de valores.

Neste sentido, é necessário distinguir entre política pública e decisão política porque a política pública geralmente envolve mais de uma decisão e requer várias ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas. Uma decisão política, por outro lado, corresponde a uma escolha entre uma gama de alternativas, de

acordo com a hierarquia de preferências dos atores envolvidos, expressando em maior ou menor grau uma certa adequação entre os fins pretendidos e os meios disponíveis. Assim, a política é o campo da competição, das lutas entre as mais diversas elites que procuram controlar os recursos do poder, com vistas a interferir nas políticas que expressam os interesses ou valores das elites, constituindo assim o resultado de jogos de poder (ARAÚJO, 2021).

Segundo Reis e Pereira (2022), embora em 1988 tenha sido promulgada a Constituição Federal, garantindo cidadania e dignidade à pessoa humana - art. 1, e visando promover o bem-estar de todos sem preconceitos - art. 3, além de criar o SUS, instituindo a saúde como um direito garantido pelo Estado a todos, assumindo que todos os cidadãos serão protegidos e assistidos por uma política universal e abrangente contra a AIDS. Isto continuou nos anos seguintes, até 2002, quando o governo federal lançou o Plano Nacional de Direitos Humanos, considerado o primeiro marco no desenvolvimento de políticas públicas contra pessoas LGBTI+, com cinco ações para tratar da questão da orientação sexual, garantia de liberdade, opinião e expressão, e dez ações relacionadas à garantia de direitos iguais para pessoas LGBTI+, mas nenhuma ação foi realizada por nenhum órgão governamental.

Desta forma, todos os cidadãos seriam protegidos e cuidados por uma política de saúde universal e abrangente, há uma grande permanência de ligar a população LGBTI+ às políticas de combate à AIDS. Esta situação continuou nos anos seguintes até 2002, quando o Governo Federal lançou o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH II), considerado um primeiro marco na formulação de políticas públicas para a população LGBTI+, com cinco ações que contemplavam a orientação sexual como uma dimensão da garantia do direito à liberdade, opinião e expressão, e dez ações relacionadas à garantia do direito à igualdade das pessoas LGBTI+. Entretanto, estas ações não foram adotadas por nenhuma agência governamental, deixando a atenção à saúde da população LGBT, mais uma vez, para a política de AIDS e somente para ela (PNDH, 2009)

Durante o primeiro governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva em 2004, os LGBTI+ começaram a ver políticas públicas além daquelas relacionadas ao HIV. Para isso, o governo federal criou uma estrutura política chamada Brasil sem Homofobia, um projeto criado para combater a violência e a discriminação contra pessoas LGBTI+ e um plano para promover a cidadania gay. Este programa é visto como o início da institucionalização de políticas públicas para a população LGBTI+. Com o lançamento do Brasil Sem Homofobia, vários ministérios, além do Ministério da Aids, que na época era o Programa

Nacional de DST/AIDS, começaram a institucionalizar a política LGBTI+ de alguma forma (REIS; PEREIRA, 2022).

Segundo Laurentino (2015), o Ministério da Saúde criou posteriormente o Comitê Técnico de Saúde da População LGBTI+, com o objetivo de construir uma política específica para o SUS, além de disseminar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, reconhecendo a necessidade de atenção, na atenção à saúde, às particularidades dos diferentes segmentos de mulheres, incluindo lésbicas e bissexuais.

Em 2006, o Conselho Nacional de Saúde começou a incluir representantes LGBTI+ em sua composição, e o Ministério da Saúde lançou a Carta do Usuário do SUS, que, entre outras ações, garante o princípio do atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, e abre caminho para o uso do nome social, uma ação que influencia diretamente o atendimento e recepção de homossexuais, especialmente travestis e transexuais. O desenvolvimento das etapas acima, aliado ao ainda forte estigma da AIDS, levou o Ministério da Saúde a lançar em 2007 o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da AIDS e outras epidemias de DST, que inclui iniciativas para mulheres lésbicas, bissexuais e transgêneros e o Plano de Enfrentamento da AIDS e da epidemia de DST entre a população de gays, homens que fazem sexo com homens e travestis. No mesmo ano, foi realizado o Seminário Nacional de Saúde LGBTI+, apoiado pelo Comitê Técnico de Saúde LGBT e pelo Movimento Social, buscando discutir as questões de saúde da população LGBT (LAURENTINO, 2015).

De acordo com Alves e Souza (2017), ao pensar nos princípios do SUS, é imperativo considerar o Sistema de Informação Hospitalar, especialmente no que diz respeito ao princípio da equidade. Este princípio destaca as especificidades de diferentes grupos sociais, com necessidades de saúde diferenciadas, que por sua vez exigem ações governamentais diferenciadas. Se existem grupos historicamente marginalizados que têm dificuldades no acesso aos serviços de saúde, existe a necessidade de possibilitar e otimizar este acesso.

A partir desta visão, no campo da saúde coletiva, surgiram políticas de promoção da equidade no SUS, que buscam reduzir as vulnerabilidades às quais certos grupos populacionais estão mais expostos, resultantes de determinantes sociais de saúde como níveis de educação e renda, condições de moradia, acesso à água e saneamento, segurança alimentar e nutricional, participação na política local, conflitos interculturais e preconceitos como racismo, homofobia e sexismo, entre outros (ALVES; SOUZA, 2017).

Para William et al (2017), o controle social é uma ferramenta fundamental para disputar e enfrentar as forças conservadoras que impedem o avanço das políticas de saúde pública e, conseqüentemente, a realização da promoção da saúde e da equidade no acesso e permanência da população LGBTI+ nos serviços do SUS. Desta forma, tal medida pode contribuir para a adaptação das políticas à realidade local, evitando a manutenção de desigualdades.

Não obstante o termo único de seu nome, o SUS permanece fragmentado, com diferentes prioridades e programas nos municípios, estados e na União. A rede hospitalar permanece autônoma e desarticulada dos cuidados básicos. Grande parte dos serviços especializados ainda é adquirida do setor privado. Este conjunto de fatores tornou a governança do sistema intoleravelmente difícil. Mais grave ainda, este conjunto de problemas que ameaçam a continuidade da reforma e até mesmo sua sustentabilidade, por não serem tratados pelos que estão no poder, tornaram-se crônicos, comprometendo a legitimidade do SUS entre os próprios profissionais da saúde e, ainda mais grave, entre a população. (CAMPOS, 2015).

O SUS é inspirado pelo espírito que impulsionou a formação do Estado social em vários países durante o século XX. Grande parte dos valores, objetivos e modos de funcionamento do SUS foram inspirados pelo Relatório Dawson, publicado em 1920 no Reino Unido e considerado o documento fundador da tradição dos sistemas de saúde pública (CAMPOS, 2015).

A Constituição Federal de 1988 estabelece o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e responsabiliza o Estado pela prestação desses serviços, definindo que é dever do Estado e da sociedade garantir esse direito na prática, por meio de políticas sociais e de uma ampla rede de serviços de saúde (GARCIA,2020).

No Brasil, o SUS tem uma grande força de trabalho de mais de 3,5 milhões de profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, dentistas, técnicos e assistentes em diversas áreas. Além disso, há outros trabalhadores que, embora não tenham treinamento especializado em saúde, são vitais para o funcionamento do sistema, tais como enfermeiros, motoristas de ambulância, pessoal de limpeza e manutenção e funcionários de serviços funerários. Todos estes trabalhadores têm desempenhado um papel importante na luta contra a pandemia da COVID-19, apesar dos desafios que enfrentam em termos de carga de trabalho, risco de infecção e problemas de saúde mental (GARCIA,2020).

No entanto, a responsabilidade pela formulação do Plano Nacional de Saúde é do Ministério da Saúde, através da Comissão Inter gestores Tripartite (CIT). As secretarias estaduais de saúde fazem parte da Comissão Inter gestores Bipartite (CIB), que é responsável pela elaboração do plano estadual de saúde e pela formulação de políticas públicas. Além disso, em colaboração com os conselhos estaduais de saúde, prestam apoio aos municípios na implementação das ações previstas no plano. (BVSMS, 2021)

A assistência prestada pelos serviços públicos é complementada pelo setor privado. O SAMS é um sistema de seguros que oferece serviços de saúde para grupos e famílias através de planos de saúde corporativos, cooperativas médicas, planos autoadministrados e seguros privados individuais. Além disso, existe um subsistema de serviços privados, composto por clínicas, hospitais, clínicas e laboratórios, que não estão vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), mas são regulados pelas autoridades sanitárias. Estes serviços são utilizados principalmente pela população de maior renda (MONTEKIO; MEDINA; ROSANA, 2011).

O setor público é responsável pela prestação de serviços de saúde pública ligados à vigilância epidemiológica e sanitária e ao controle de doenças transmissíveis. Ele também fornece serviços de saúde para aproximadamente 75% da população. Embora parte da população esteja coberta por planos e seguros privados, muitos dependem dos serviços públicos para tratamentos complexos e dispendiosos e ações preventivas. Os hospitais universitários também fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS) e são financiados tanto por este sistema quanto pelo Ministério da Educação. Por outro lado, os serviços de saúde das forças armadas prestam assistência médica ao pessoal militar ativo e aposentado e suas famílias (GARCIA,2020).

É, portanto, um sistema de saúde integrado, com um único sistema de informação, um plano nacional de saúde, bem como a integração de vários serviços e ações de baixa, média e alta complexidade. Também conta com ampla participação da sociedade civil através dos conselhos de saúde, o que permite que a formulação de políticas leve em conta as demandas dos diferentes segmentos sociais, desde os profissionais de saúde até as populações atendidas (GARCIA,2020)

Em 2014, foi registrado que 50,4% dos gastos totais com saúde do Brasil foram alocados pelo mercado para atender apenas 25% da população, enquanto o SUS tinha à sua disposição apenas 46% desse total para atender 75% da população. Apesar desta desigualdade na distribuição dos gastos, o SUS conseguiu alcançar resultados similares ou

até melhores do que o setor privado em termos de qualidade do atendimento prestado. (CAMPOS, 2015).

O SUS tem a obrigação de prestar serviços de forma descentralizada através de suas redes de clínicas federais, estaduais e municipais, hospitais e outras instalações, bem como instalações privadas. Com o apoio técnico e financeiro dos níveis estadual e federal, cada município é responsável por servir sua população ou encaminhar os usuários a outros municípios. Existem outros órgãos públicos que prestam serviços de saúde: hospitais universitários e unidades do Ministério da Educação e das Forças Armadas. O SUS é, portanto, responsável por coordenar o setor público e regular o setor privado, com cujas entidades estabelece acordos ou contratos de honorários por serviços (MONTEKIO; MEDINA; ROSANA. 2011).

Segundo Araújo e Pontes (2017), estima-se que mais de 60% da população brasileira depende dos serviços do Sistema Único de Saúde para receber cuidados primários de saúde. Já quando se trata de cuidados secundários e terciários, esse número sobe para 90%, evidenciando a importância fundamental da prestação pública de saúde no país.

A relevância da saúde como uma responsabilidade do Estado deixa claro que este direito deve estar de acordo com a defesa da igualdade e do respeito à diversidade. Neste sentido, é crucial considerar a estruturação do SUS, especialmente no que diz respeito à atenção primária à saúde da população LGBTI+. É necessário abordar as particularidades deste importante parte da população com respeito à sua diversidade e necessidades específicas.

De acordo com Canavese et al (2021), os movimentos sociais desempenham um papel crucial na proteção dos direitos da população LGBTI+, especialmente no âmbito da saúde. Durante os anos 1980, quando surgiram muitos casos de AIDS, ativistas LGBTI+ se mobilizaram para atender às necessidades de saúde dessa comunidade de forma coletiva. Os movimentos sociais são vistos como incorporam demandas alinhadas às mobilizações globais em favor da saúde e da dignidade humana. Esses movimentos são fundamentais para conscientização e promoção de políticas públicas destinadas a garantir o acesso universal à saúde e ao bem-estar, bem como para combater a discriminação e a exclusão social (ABERS; BULOW, 2011).

É um fato que a discriminação baseada na orientação sexual e identidade de gênero afeta a determinação social da saúde ao desencadear processos de sofrimento, doença e morte prematura resultantes de preconceitos e estigmas sociais reservados para a

população LGBTI+. Assim, os movimentos contra a violência e a discriminação com base na orientação sexual começaram a contar o número de vítimas que morreram simplesmente por serem LGBTI+, com a intenção de criar uma delegacia de polícia específica para combater a homofobia. Após a criação dessas delegacias, novos tipos de crimes foram descobertos, além das mortes, como extorsão e agressões contra a população LGBT (ALVES; SOUSA, 2017).

Durante o século XXI, as práticas de promoção da cidadania e dos direitos humanos provocaram uma mudança paradigmática nas políticas LGBTI, com a consolidação de projetos institucionais de defesa da diversidade. Um exemplo disso é o Programa Brasil Sem Homofobia, criado em 2004 por meio da articulação entre o Governo Federal e os movimentos sociais LGBTI. Outro marco importante foi a criação da Política Nacional de Saúde LGBT, em 2011, por meio da Portaria nº 2.836, que efetiva a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (CANAVESE et al, 2021).

A importância dos movimentos sociais na identificação de questões cruciais relacionadas à saúde da população LGBTI+ está na capacidade de alinhar as ações institucionais com as necessidades reais dessa comunidade. As estratégias utilizadas pelos movimentos sociais incluem mecanismos de pressão, tais como passeatas, ciberativismo e advocacy, que envolvem processos sociais e políticos voltados para a implementação efetiva de políticas públicas, pontua Canavese et al (2021).

1.1.– No Brasil

O Brasil é conhecido mundialmente por sua diversidade cultural, no entanto, a discriminação e a violência contra a comunidade LGBTI+ são um dos maiores problemas do país. Por isso, houve uma série de movimentos sociais e políticos em defesa dos direitos da comunidade LGBTI+. Esses movimentos começaram no final da década de 1970 e se expandiram por todo o país (FANCCHINI; FRANÇA, 2009, p. 56).

Em 1978, com a criação do Grupo de Afirmação Homossexual (Somos), marca o início do movimento LGBT no Brasil. Na época, o movimento social era conhecido genericamente como MHB, Movimento Homossexual Brasileiro. Em 1993, o movimento passou a ser denominado MGL, Movimento de Gays e Lésbicas, e em 1995, LGT, em referência a Lésbicas, Gays e Travestis. A partir de 1999, o movimento é definido pelas siglas LGBT, incluindo os segmentos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (VANNUCHI, 2008).

Portanto, a década de 1970 é um ponto de rápida transformação para a população LGBT no país. A emergência da juventude como novo sujeito social, a revolução sexual e as novas formas de militância marcavam um terreno de experimentação política, onde tudo era passível de ser questionado e reconstruído. Neste contexto, a esquerda brasileira se depara com a emergência do movimento homossexual e com a exigência das suas facções mais radicalizadas de serem consideradas agentes da revolução (INSAUSTI, 2019).

No país, as demandas do movimento tornaram-se tão visíveis que deram origem a projetos de lei em todos os níveis da legislatura, assim como a formação de frentes parlamentares em nível nacional e estadual. Suas estratégias diversificaram-se para incorporar a demanda por direitos através da legislatura e do judiciário, o controle social da formulação e implementação de políticas públicas, a produção de conhecimento no meio acadêmico, igrejas para homossexuais, setores em partidos políticos e até mesmo a construção de formas alternativas de entretenimento político, como desfiles e a organização de noites, festivais e exposições de arte, e a apropriação de manifestações existentes na comunidade, como os concursos de transgêneros.

No território nacional, o movimento LGBTI+ considerou a importância de se articular e formar uma força política. Atualmente existe a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, sigla ABGLT. É uma das maiores entidades nacionais, reunindo cerca de 230 organizações em todo o território (RAGUSKU; LOPES, 2018).

1.2. – Em Maricá

O surgimento dos municípios na história do Brasil está relacionado à expansão territorial da Corte portuguesa e à necessidade de garantir a unidade do território nacional. A partir da feitoria, o país nascente passou a ter um governo-geral, o que possibilitou a descentralização das ações políticas. No entanto, a manutenção da unidade do país era necessária e foi garantida pela estrutura da Federação (SOUZA, 2012).

A concepção do município se diferencia da dependência extensa em relação à União, e tem seu interesse local destacado nas constituições republicanas do país. A expressão "peculiar interesse" aparece nas constituições anteriores à Constituição brasileira de 1988, que abarcou a noção de "interesse local". Na época das Capitâneas, o município já era uma unidade política dentro da estrutura da Federação. A figuração do município

dentro do país foi formulada a partir dos principais componentes para a descentralização das ações políticas, sem prejudicar a unidade do território nacional (SOUZA, 2012).

O direito à saúde é um tema fundamental no âmbito da cidadania municipal. É uma obrigação do Estado garantir que a população tenha acesso à saúde de qualidade, sem distinção de raça, gênero ou condição financeira. O papel dos municípios é fundamental nesse contexto, já que eles estão mais próximos da população e podem atuar de forma mais efetiva na resolução de problemas relacionados à saúde.

O município conta com uma coordenação específica dentro da Secretaria de Direitos Humanos e um setor dedicado às DST na Secretaria de Saúde, que fornecem testes rápidos, distribuem a PrEP e medicamentos pós-exposição. O serviço funciona de forma eficiente, sem interrupção na distribuição de prevenção e material informativo. Essas experiências pessoais despertaram meu interesse pelo tema e reforçaram a importância de pesquisar e contribuir para a promoção da saúde da população LGBT em Maricá.

A atuação do poder público municipal na área da saúde depende da integração do governo local com a cidadania ativa. Isso significa que a população deve participar de forma ativa no planejamento e na avaliação dos serviços de saúde oferecidos pelo município. O objetivo é garantir que a saúde seja tratada como um direito fundamental e que a população tenha acesso a serviços de qualidade, com o objetivo de manter a vida segura (SOUZA et al, 2009).

Além da participação da população, é importante que o poder público municipal tenha uma gestão ambiental eficiente. Isso implica em avaliar e garantir a qualidade dos serviços de saúde, a disponibilidade de medicamentos e equipamentos, além de capacitar os profissionais de saúde para atuarem de forma eficiente na promoção da saúde da população. A gestão da saúde no município é fundamental para garantir o direito à saúde da população e para fortalecer a cidadania ativa, considerando Fóruns Locais, e de outros entes não-governamentais que participam da política local (Rodrigues et al, 2012).

A população LGBTI+ enfrenta uma série de desafios no que diz respeito a seus direitos e ao acesso a serviços de saúde. A inviabilização, o estigma e a discriminação resultam em uma exclusão social que afeta negativamente a saúde dessas pessoas, aumentando os índices de adoecimento e até mesmo levando a morte prematura (COSTA-VAL et al, 2022). Além disso, a história de preconceito e a associação da população à incidência de HIV/AIDS e à prostituição também afetam a saúde dessa comunidade.

A saúde da população LGBTI+ também é afetada pela falta de atenção e preparo dos profissionais de saúde. Muitos profissionais agem com negligência, falta de ética e

despreparo para atender às demandas dessa população, o que dificulta o acesso a serviços de saúde de qualidade (ELIAS et al, 2022). Embora existam avanços no atendimento da população LGBT nos serviços públicos de saúde, conforme apontado por Cardoso e Ferro (2012), ainda há muito a ser feito para garantir que a saúde dessa comunidade seja respeitada e valorizada.

Infelizmente, ainda há uma falta de representatividade e um cenário de pouca atenção aos direitos da população LGBTI+ no campo médico. Ainda persiste o preconceito, o que dificulta a implementação de políticas públicas e a atuação de profissionais de saúde de forma ética e eficiente. Diante disso, é necessário intensificar a luta pela igualdade de direitos e acesso à saúde da população LGBTI+.

No Brasil somente em 1988, após a promulgação da Constituição Federal, é que a saúde foi instituída como direito de todos os cidadãos e dever do Estado. O SUS - Sistema Único de Saúde - foi criado com objetivo de atender qualquer cidadão que esteja em território nacional, independente da classe social, vínculo empregatício ou quaisquer outras condições.

Apesar da abrangência do SUS ser universal, e estar presente em todas as fases que envolvem a saúde da população brasileira desde as campanhas de prevenção, de vacinação, de promoção à saúde de crianças e idosos, temos a parcela LGBT da população que foi inviabilizada durante décadas e que precisa, muitas vezes, de cuidados específicos, principalmente prevenindo doenças que são mais caras para tratar do que para prevenir.

É fato que a saúde nunca foi prioridade real dos governos neoliberais, que primavam pelo estado mínimo, e os investimentos públicos no SUS sempre foram aquém do necessário. Contudo ações importantes e pontuais vêm sendo realizadas ao longo do tempo, muito em virtude da pressão da sociedade civil organizada e instituições que lutam pela igualdade e atendimento digno a todos os cidadãos e cidadãs brasileiras. Uma dessas ações bem-sucedidas é a “Prevenção Combinada” que integra diversos métodos de prevenção ao HIV, às hepatites virais e IST.

“A Prevenção Combinada associa diferentes métodos de prevenção ao HIV, às IST e às hepatites virais (ao mesmo tempo ou em sequência), conforme as características e o momento de vida de cada pessoa. Entre os métodos que podem ser combinados, estão: a testagem regular para o HIV, que pode ser realizada gratuitamente no Sistema Único de Saúde (SUS); a prevenção da transmissão vertical (quando o vírus é transmitido para o bebê durante a gravidez); o tratamento das infecções sexualmente transmissíveis e das hepatites virais; a imunização para as hepatites A e B; programas de redução de danos para usuários de álcool e outras

substâncias; profilaxia pré-exposição (PrEP); profilaxia pós-exposição (PEP); e o tratamento de pessoas que já vivem com HIV. É bom lembrar que uma pessoa com boa adesão ao tratamento atinge níveis de carga viral tão baixos que é praticamente nula a chance de transmitir o vírus para outras pessoas. Além disso, quem toma o medicamento corretamente não adoce e garante a sua qualidade de vida. Todos esses métodos podem ser utilizados pela pessoa isoladamente ou combinados.

A Prevenção Combinada é uma estratégia que faz uso simultâneo de diferentes abordagens de prevenção (biomédica, comportamental e estrutural) aplicadas em múltiplos níveis (individual, nas parcerias/relacionamentos, comunitário, social) para responder a necessidades específicas de determinados segmentos populacionais e de determinadas formas de transmissão do HIV.

As intervenções biomédicas são ações voltadas à redução do risco de exposição, mediante intervenção na interação entre o HIV e a pessoa passível de infecção. Essas estratégias podem ser divididas em dois grupos: intervenções biomédicas clássicas, que empregam métodos de barreira física ao vírus, já largamente utilizados no Brasil; e intervenções biomédicas baseadas no uso de antirretrovirais (ARV).

Como exemplo do primeiro grupo, tem-se a distribuição de preservativos masculinos e femininos e de gel lubrificante. Os exemplos do segundo grupo incluem o Tratamento para Todas as Pessoas – TTP; a Profilaxia Pós-Exposição – PEP; e a Profilaxia Pré-Exposição – PrEP.

As intervenções comportamentais são ações que contribuem para o aumento da informação e da percepção do risco de exposição ao HIV e para sua consequente redução, mediante incentivos a mudanças de comportamento da pessoa e da comunidade ou grupo social em que ela está inserida.

Como exemplos, podem ser citados: incentivo ao uso de preservativos masculinos e femininos; aconselhamento sobre HIV/AIDS e outras IST; incentivo à testagem; adesão às intervenções biomédicas; vinculação e retenção nos serviços de saúde; redução de danos para as pessoas que usam álcool e outras drogas; e estratégias de comunicação e educação entre pares.

As intervenções estruturais são ações voltadas aos fatores e condições socioculturais que influenciam diretamente a vulnerabilidade de indivíduos ou grupos sociais específicos ao HIV, envolvendo preconceito, estigma, discriminação ou qualquer outra forma de alienação dos direitos e garantias fundamentais à dignidade humana.

Podemos enumerar como exemplos: ações de enfrentamento ao racismo, sexismo, LGBTfobia e demais preconceitos; promoção e defesa dos direitos humanos; campanhas educativas e de conscientização.

Como forma de subsidiar profissionais, trabalhadores (as) e gestores (as) de saúde para o planejamento e implementação das ações de Prevenção Combinada, o Departamento de IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais apresenta um conjunto de recomendações, expressas na publicação “Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores (as) e gestores (as) de saúde”. Espera-se que, a partir da

leitura do documento, tenham-se mais elementos para responder às necessidades específicas de determinados públicos a determinadas formas de transmissão do HIV.

Representação gráfica da Prevenção Combinada:

Uma das maneiras de pensar a Prevenção Combinada é por meio da "mandala". O princípio da estratégia da Prevenção Combinada baseia-se na livre conjugação dessas ações, sendo essa combinação determinada pelas populações envolvidas nas ações de prevenção estabelecidas (população-chave, prioritária ou geral) e pelos meios em que estão inseridas.



Populações-chave:

A epidemia brasileira é concentrada em alguns segmentos populacionais que, muitas vezes, estão inseridos em contextos que aumentam suas vulnerabilidades e apresentam prevalência para o HIV superior à média nacional, que é de 0,4%. Essas populações são:

- Gays e outros HSH
- Pessoas trans
- Pessoas que usam álcool e outras drogas
- Pessoas privadas de liberdade
- Trabalhadoras do sexo



Populações prioritárias:

São segmentos populacionais que possuem caráter transversal e suas vulnerabilidades estão relacionadas às dinâmicas sociais locais e às suas especificidades. Essas populações são:

- População de adolescentes e jovens
- População negra
- População indígena
- População em situação de rua”



(Fonte <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/o-que-e-prevencao-combinada>)

Entre esses programas e estratégias de prevenção combinada e tratamento específicos para combate ao HIV e doenças relacionadas ao sexo estão a PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) e a PEP (Profilaxia Pós-Exposição de Risco). A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) é um método inovador de prevenção à infecção pelo vírus HIV. Está indicado, principalmente, para gays, casal onde um dos parceiros é soronegativo e o outro é soropositivo, homens e mulheres que fazem sexo com homens e profissionais do sexo. É importante que essa avaliação da necessidade do uso dessa medicação seja feita através de consulta médica especializada e que o usuário seja o mais sincero possível em suas informações, pessoas que usualmente são acometidos por IST, fazem sexo sem camisinha ou fazem uso de PEP frequentemente também são pacientes em potencial para o uso da PrEP. Esse medicamento é a combinação de duas substâncias, tenofovir e entricitabina que agem como bloqueadores do HIV. O prazo para início da proteção é de 07 dias para relação anal e 20 dias para relação vaginal. O tratamento é feito com a administração oral do medicamento que impossibilita o vírus da AIDS infectar o organismo, ou seja, a pessoa pode ter contato com o vírus numa relação sexual sem preservativo, por exemplo, e não será contaminada. Porém é necessário que não haja falhas na administração do

medicamento, assim como acompanhamento médico especializado periodicamente e realização de exames de controle.

A PEP tem como foco impedir a contaminação pelo HIV, IST e hepatites virais em situações de urgência. A PEP pode ser utilizada após situações em que há dúvidas em relação a uma possível contaminação. São administrados medicamentos antirretrovirais que reduzem o risco dessas infecções, geralmente são aplicados em pessoas que tiveram relação sexual sem camisinha, que sofreram violência sexual ou que se acidentaram com materiais que possam ser possíveis transmissores de tais infecções. O início do tratamento deve ser imediatamente após a exposição. De acordo com os protocolos médicos entre 2 horas e, no máximo, 72 horas após sofrida a exposição. Esse medicamento deve ser tomado por 28 dias e é necessário acompanhamento por equipe médica especializada e nova testagem para HIV e hepatites A, B e C após o término da medicação. O protocolo médico indica que os pacientes que tenham possibilidade de exposição ao HIV sejam testados para hepatites A, B e C.

Apesar desses tratamentos serem bastante eficazes e eficientes é necessário o uso de camisinha, pois tais medicamentos não protegem de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, como gonorreia, sífilis e clamídia.

Capítulo 2

A implementação das políticas públicas de saúde em Maricá

Quando se analisa a implementação de políticas públicas de saúde em Maricá é preciso entrar em temas concernentes à própria Administração Pública que obstaculizam a concretização de um direito social, tal como a ocorrência de corrupção.

A compreensão sobre corrupção está baseada em uma ética pública que depende da diferenciação entre ética e moral. A definição desses conceitos varia com o tempo e, muitas vezes, são utilizados como sinônimos no senso comum. A palavra "ética" tem origem grega e remonta à ideia de interioridade de uma ação, derivando de "ethos" que significa o lugar onde os animais eram guardados. A filosofia de Heidegger concebe a ética como a habitação do ser, dos hábitos e do comportamento humano. Na Grécia Antiga, a

ética era utilizada para avaliar a conduta humana, qualificando práticas como boas ou ruins, pontua Rezende (2006).

Já o conceito de moral tem origem latina e abrange os valores e motivações das ações dos indivíduos. A moral se relaciona ao dever e pressupõe a existência de uma obrigatoriedade, que pode ser uma exigência pessoal ou social. Em uma comunidade, a moralidade pode ser guiada por uma exigência pessoal, imperativo categórico ou exigência social, que implica em uma sanção social quando o indivíduo não a segue (LA TAILLE, 2010).

E nesse sentido, realiza-se um adendo para esclarecer como a corrupção também impacta na realização da justiça social, principalmente quando se trata da concretização de políticas públicas que ademais de demandarem a presença de uma estipulação legal para a sua realização, estão dependentes do campo do orçamento público para a sua efetivação fática.

O conceito de justiça tem raízes na Grécia Antiga, onde a palavra "dikaiosýne" era usada para se referir ao que é justo. De acordo com a mitologia, a lei (thémis) é a mãe da justiça (díkê) e a justiça age como uma barreira para evitar excessos na aplicação das leis, mantendo a harmonia e regulando a vida social (SILVEIRA, 2001).

Já para Aristóteles, a justiça está associada à ética, que é a ciência da moderação, e é realizada através do cumprimento dos deveres de cada cidadão na pólis. A justiça inclui virtudes como temperança e coragem e é vinculada a uma conduta guiada pela lei, igualdade e justo valor (AMARAL, 2012).

Aristóteles, discípulo de Platão e considerado um dos maiores filósofos da história, abordou tanto questões éticas quanto jurídicas. Segundo Lordelo (2017), para Aristóteles, justiça e ética são inseparáveis, sendo a justiça voltada para um fim e, por isso, teleológica e honorífica. A justiça corretiva é um exemplo desse conceito aristotélico.

A evolução da palavra "corrupção" pode ser percebida ao longo da história. Até o final do século XVIII, a palavra tinha um significado mais relacionado à degradação física ou biológica. No entanto, na história moderna, a corrupção tornou-se uma preocupação política, com grandes operações sendo realizadas para combater práticas criminosas envolvendo organizações criminosas e agentes públicos corruptos. De acordo com Romeiro (2015), muitos institutos jurídicos utilizados atualmente para combater a corrupção no setor público derivam da luta internacional contra crimes organizados, como é o caso da deleção premiada, que tem origem na experiência italiana do século XX.

Aqui é preciso definir que o escopo de políticas públicas de concretização dos direitos da população LGBTI+ significa a concretização dos interesses públicos da comunidade social.

A distinção entre interesse público e interesse privado é determinada pela estruturação do espaço público, que é visto como um local que detém uma ética própria. Essa estipulação da ética pública é influenciada pelos aportes filosóficos de Nicolau Maquiavel. Maquiavel redefiniu a noção clássica de virtude, separando-a em duas categorias distintas: virtude e virtu. Enquanto a virtude é vista como um sinal dos valores da República e uma consciência cívica, a virtu é concebida como uma ação política em si (MARTINS, 2015).

A virtude é oposta à fortuna e sua imprevisibilidade, bem como à corrupção dos princípios. A fortuna, nesse contexto, é muito próxima à corrupção, tendo origem na tradição florentina do pensamento político republicano. Na análise dos polos da virtude e da corrupção, é possível ver que a virtude se mantém inalterada enquanto a ideia de corrupção vai mudando, seja com um viés patológico ou como um fenômeno cultural, embora a tensão entre virtude e corrupção aumente (MARTINS, 2015).

A corrupção é um fenômeno que tem sérias consequências para a sociedade. É considerada uma negação dos princípios de imparcialidade, objetividade e interdição da arbitrariedade, e uma subversão da função pública na democracia. Isso viola as expectativas dos cidadãos e enfraquece a coesão social e os valores da comunidade, aumentando os níveis de desconfiança. Esses princípios estão presentes na Constituição Federal e servem como um marco normativo para prevenir a corrupção (FERNANDES, 2013).

A palavra "corrupção" tem origem no latim "corruptione", que se refere a putrefação, decomposição e adulteração de algo. A palavra mantém esse sentido em muitas línguas, incluindo o português, e é associada à suspensão do concurso conservativo e à inserção de qualidades destrutivas. Além disso, a corrupção também é utilizada em um sentido metafórico, no campo da moral, da justiça e dos costumes. Essa utilização da palavra é identificada nos primeiros tratados políticos e morais (ROMEIRO, 2015).

2.1 – Direitos Conquistados

A Política Nacional de Saúde Integral LGBTI+ foi estabelecida como resultado das lutas da comunidade LGBTI+ contra a exclusão e pela diversidade (VIEIRA et al,

2019). Movimentos sociais atuam coletivamente para promover a equidade (KAUSS et al, 2021).

O Ministério da Saúde reconheceu a orientação sexual e identidade de gênero como determinantes da saúde e as condições desfavoráveis de saúde das pessoas LGBT. Dessa forma, elaborou a Política Nacional de Saúde Integral LGBT para combater as desigualdades e iniquidades na saúde deste grupo (BRASIL, 2013).

A política prioriza a promoção da saúde, a atenção e o cuidado à saúde, combate à homofobia, lesbofobia e transfobia, e luta contra a discriminação nos serviços de saúde. É baseada em princípios éticos e políticos e é uma política transversal, com gestão e execução compartilhadas entre as três esferas de governo (BRASIL, 2013).

A política usa ferramentas como a advocacia, o ciberativismo, a defesa de valores governamentais e a atuação em políticas públicas. No entanto, enfrenta desafios como desmantelamento e criminalização de suas ações (KAUSS et al, 2021). A política de atenção à saúde LGBT teve origem na luta contra a AIDS e se ampliou para se tornar uma política integral de saúde LGBTI+. Diretrizes para combater a violência e discriminação e promover a cidadania da comunidade também foram fortalecidas ao longo do tempo (Cardoso e Ferro, 2012).

Na saúde coletiva, a persistência da desigualdade implica na continuidade de iniquidades que precisam ser combatidas. O Ministério da Saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS) trabalham juntos para promover a equidade, considerando as vulnerabilidades das determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2013). O SUS tem um papel importante na efetivação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, com a atuação dos profissionais de atenção à medicina da família e comunidade (VIEIRA et al, 2019).

A população LGBTI+ está imersa em uma realidade de silenciamento e precarização dos modos de vida, devido ao padrão social que não os aceita (VIEIRA et al, 2019).

2.2 – Programas e Projetos

As instituições públicas de saúde do Município de Maricá lidam com a prevenção, tratamento e acompanhamento da saúde da população LGBT objetivando o atendimento de toda a população LGBTI+. O Sistema Municipal de Saúde tem um Centro de Testagem e Aconselhamento de IST/HIV (CTA) que funciona anexo ao Hospital Municipal Conde

Modesto Leal, Centro de Maricá, 24 horas por dia durante todos os dias da semana. Nos Postos de Saúde do município há testes rápidos que podem ser realizados de 2ª a 6ª feira no horário das 8 às 17 horas. Os exames realizados são HIV, Sífilis, HVB e HVC (Hepatites Virais Tipo B e C), coletam para genotipagem das Hepatites Virais, CD4 e genotipagem para HIV.

Ao realizar os exames, o cidadão recebe os resultados imediatamente. Se houver algum resultado positivo o atendimento é realizado de forma rápida com consulta médica especializada, aconselhamento, testes, triagem, exames de CD4 e Carga Viral. O prazo para a primeira consulta médica de acompanhamento é de, no máximo, 24 horas após os resultados dos exames. São efetuadas campanhas de prevenção constantemente, além de realização de testes rápidos em eventos e festas da cidade. Os atendimentos realizados nessas campanhas de rua utilizam os mesmos protocolos que o Centro de Testagem e Acompanhamento de IST/HIV.

Contudo, nem sempre foi desta forma. A violência contra a população LGBTI+ é mal definida e subnotificada, dificultando seu combate. Infelizmente, ainda persistem processos discriminatórios e violentos contra essa comunidade, violando direitos humanos fundamentais, como a não discriminação e a dignidade, o que prejudica o direito à saúde (LIONÇO, 2008).

A promoção da equidade da comunidade LGBTI+ no ambiente de saúde requer enfrentar o preconceito dentro desses espaços institucionais. Langdon, Kavanagh e Bushell (2022) destacam a importância de desenvolver competências culturais nas equipes profissionais de saúde para melhorar o diálogo, acesso e qualidade dos serviços de saúde.

A formação tanto de estudantes quanto de profissionais em saúde deve incluir o desenvolvimento contínuo das competências culturais necessárias para atender às necessidades de saúde da população LGBTI+. Infelizmente, a crença equivocada de que todos os pacientes são tratados igualmente leva a uma justificativa inadequada e ao desejo de não aprender sobre as necessidades da saúde LGBTI+ (DONISI et al, 2020).

Os desafios para a equidade no acesso à saúde da população LGBTI+ incluem a falta de disciplinas específicas que abordem a perspectiva de gênero e o conservadorismo de professores e alunos (Vieira et al, 2019). É necessário construir uma filosofia afirmativa para os cuidados de saúde globalmente, com base na tutela dos direitos humanos, exigindo principalmente a formação de competências dos provedores de cuidados de saúde (Pillay, Ntetmen e Nel, 2022).

As instalações de saúde devem ser projetadas para proporcionar segurança à comunidade LGBTI+. A Agenda 2030 da ONU inclui metas para o desenvolvimento sustentável, que visam promover o bem-estar para todos, incluindo a população LGBTI+ (Pillay, Ntetmen e Nel, 2022). Isso inclui práticas institucionais de reconhecimento público do nome social e até o direito de acesso à realização de exames e tratamentos específicos.

É essencial construir espaços institucionais de defesa da equidade para a população LGBTI+ no campo da educação, incluindo a formação de profissionais capazes de proporcionar uma abordagem integral e centrada na pessoa (Pillay, Ntetmen e Nel, 2022). É necessário proporcionar capacitação para atender às demandas relacionadas à diversidade de gênero e consolidar práticas de atendimento que sejam acolhedoras e sem preconceitos.

A formulação de políticas equitativas para a saúde da população LGBTI+ envolve um arranjo institucional e políticas públicas transversais para grupos vulneráveis, como destaca Siqueira, Hollanda e Motta (2017). A participação social na formulação de políticas de cuidado integral à saúde deve ser ampliada para promover a equidade e garantir o acesso à saúde de qualidade para todos.

Capítulo 3

Emenda Constitucional 95 – mudanças e consequências ideológicas e orçamentárias

Antes de aprofundar o tema concernente a esse capítulo, é preciso entender que a população LGBTI+ integra a comunidade social, logo, está dentro do pacto social que legitima o Estado e que impõe o dever de efetivação dos direitos de vida, liberdade, segurança, entre outros direitos sociais a essa população.

O Estado se desenvolve a partir do compromisso com o bem comum e a pacificação social, como estipulado por teorias jus filosóficas clássicas e modernas. A sociedade possui um papel fundamental na definição dos direitos e deveres que o Estado deve respeitar. De acordo com a Teoria Contratualista, o Estado tem a capacidade de usar a força para proteger bens considerados essenciais à sociedade, mas deve fazê-lo de forma racional e de acordo com as limitações dispostas pela lei e outras fontes do direito.

A origem estatal é facilmente identificada pelas teorias contratualistas, que defendem a união de indivíduos em prol de propósitos comunitários e a formalização da

origem estatal por meio de um contrato social. O neocontratualismo de John Rawls propõe que a distribuição de bens e posições jurídicas advém de um contrato hipotético entre os indivíduos, que tomados pelo "véu da ignorância", cedem alguns de seus direitos e liberdades fundamentais por vantagens sociais. Para Rawls, o Estado tem o dever de manter um mínimo de liberdade ao indivíduo em condição de igualdade, garantindo um sistema total de liberdades básicas iguais (LORDELO, 2017).

O Estado tem o papel de proteger os bens essenciais à sociedade e, para isso, pode usar a força e a coerção de forma racional e limitada. A sociedade tem um papel importante na definição dos direitos e deveres que o Estado deve respeitar. As teorias contratualistas e neocontratualistas ajudam a compreender a origem e o desenvolvimento do Estado, bem como a distribuição de bens e posições jurídicas. O Estado deve garantir um mínimo de liberdade ao indivíduo em condição de igualdade (NUNES, 2017).

Logo, quando se busca afirmar que a população LGBTI+ se encontra dentro do contrato social, o que se pretende defender é a dignidade dessa comunidade.

O Estado tem a responsabilidade de organizar sua estrutura administrativa para atender às necessidades da sociedade, conforme as funções delegadas e sistematizadas de maneira adequada e pragmática (LANÇA, 2008). A importância da Constituição aumentou após a Segunda Guerra Mundial, onde os Estados nazistas e fascistas da Alemanha e da Itália mostraram a necessidade de limitar o poder do Estado e proteger os direitos fundamentais (DALLARI, 2015).

O neoconstitucionalismo surge como um paradigma jurídico em que os direitos fundamentais e a jurisdição constitucional têm um papel central, rompendo com a dicotomia público-privada e protegendo a dignidade humana como fundamento do Estado Democrático de Direito (DUARTE, 2013).

A dignidade humana é um princípio fundamental no constitucionalismo moderno e em toda a atuação do Estado na contemporaneidade. Trata-se de reconhecer a dignidade de todo indivíduo e proteger seus direitos existenciais básicos, como vida, integridade física, psicológica e saúde em geral (AWAD, 2006,). O tratamento das pessoas como seres humanos e não como objetos é uma questão ética defendida por Kant e que fundamenta o dever do Estado em tratar todas as pessoas com respeito e dignidade, independentemente da sua condição social ou posição na sociedade (DUARTE, 2013).

O princípio da dignidade humana é a base do Estado Democrático de Direito, sendo considerado o valor mais alto incorporado à Constituição. Suas garantias sociais são, na verdade, garantias individuais do indivíduo como ente representativo do gênero

humano, compêndio da personalidade, onde se congregam os componentes éticos superiores mediante os quais a razão qualifica o homem nos distritos da liberdade, traçando-lhe uma circunferência de livre-arbítrio que é o espaço de sua vivência existencial (BONAVIDES, 2004). Assim, o Estado tem o dever de tratar cada pessoa como um ser humano digno, protegendo seus direitos e garantindo sua liberdade e igualdade.

3.1. – Ideologia de gênero existe?

Quando um ser vivo nasce, ele de repente se depara com uma sociedade que o precede, que traz consigo uma série de normas reguladoras de atribuição de sexo e gênero, que são atribuídos de forma coercitiva no momento do nascimento com o objetivo de inseri-lo nas normas de inteligibilidade cultural. Dessa forma, a matriz das relações de gênero é anterior à aparição do humano. Assim, as pressuposições ontológicas das categorias homem-mulher e masculinidade-feminilidade não são apenas modelos conceituais que orientam as condições de inteligibilidade sobre quem somos, são muito mais do que isso, pois detêm o poder de dizer a verdade sobre o que se é e o que se pode ser, e, nesse sentido, decodificam o humano (PINAFI, 2012).

Ao contrário de outros movimentos totalitários na história da humanidade, para aqueles que acreditam em sua existência, a ideologia de gênero pretende infiltrar-se do pensamento do indivíduo para alcançar de forma natural sua forma de comportamento na sociedade. Assim, para essas pessoas, a ideologia de gênero busca impor-se de forma totalitária, através do exercício do poder absoluto, especialmente a nível supranacional, e a partir daí, penetrar nos diferentes povos e nações, através do controle dos meios de propaganda e elaboração cultural (SCALA, 2010).

Assim, este discurso apresenta-se impondo limites e estabelecendo os contornos de uma identidade, de tal forma que as interpelações normativas do discurso imperativo são parte do processo de produção de identidades do sujeito cognoscente, circunscrevendo quais identidades são inteligíveis (PINAFI, 2012).

Assevera-se que a população LGBTI+ e os movimentos em prol da diversidade não ocupam um espaço majoritário dentro da sociedade, mas se encontram em situação de vulnerabilidade e marginalidade. Logo, é impossível falar da imposição de um “estilo de vida” LGBTI+, já que o que predomina é o estilo de vida heteronormativo, o discurso e as práticas sociais no qual se definem papéis de homens e mulheres desde o marco patriarcal.

Esse contexto social demarcado pela legitimidade heteronormativa cria e aprofunda situações de violência contra a população LGBTI+.

Nisso se encontra a demanda de uma educação que pautar a diversidade, do debate sobre os direitos da pessoa LGBTI+, justamente porque essa população é a mais afetada por situações de precariedade. Nesse ponto se coloca também a própria defesa dos direitos humanos dessa população, além da própria defesa no escopo constitucional.

A homofobia presente nas instituições afeta também os serviços de saúde, perpetuando uma política de negligência às necessidades da população LGBTI+. A política de saúde do governo brasileiro é insuficiente no que diz respeito à emergência das pautas da comunidade LGBTI+, o que contribui para a mortalidade deste grupo (SENA, 2020).

Infelizmente, relatos frequentes de atendimentos em saúde e processos de ensino-aprendizagem são marcados por exames físicos inadequados, coleta de informações inapropriadas e vivências de cuidado permeadas por violência contra a população LGBTI+. Em tal contexto, os serviços de saúde não são acolhedores para pessoas LGBTI+ e as políticas públicas de saúde perdem sua efetividade (LOPES JR et al, 2020).

A normatização atual é insuficiente para lidar com a discriminação, disparidades econômicas, sociais, mentais e físicas que afetam esse grupo social, conforme destacado por Hillman (2022). Os profissionais de saúde também precisam estar capacitados para lidar com a diversidade de gênero, pois a falta de práticas adequadas pode resultar em constrangimento, discriminação e negligência, prejudicando a saúde e a dignidade da população LGBTI+.

Além disso, mesmo no campo da saúde, a população LGBTI+ é frequentemente invisibilizada, conforme pontuado por McCann e Brown (2020). Muitas pessoas LGBTI+ trabalham na área da saúde, mas não revelam sua orientação sexual ou identidade de gênero devido ao medo de estigma, discriminação ou atitudes negativas por parte da equipe ou outros pacientes.

Os direitos humanos da população LGBTI+ são protegidos em nível internacional por meio de tratados e convenções, como a Convenção Americana de Direitos Humanos. Esses instrumentos possuem vinculação ao comportamento estatal e, em caso de descumprimento, podem resultar em sanções internacionais. Contudo, é importante ressaltar que a participação em atos internacionais não contradiz a soberania do Estado, mas sim legitima sua condução de acordo com o direito internacional (BRAUN, 2001).

Os tratados internacionais estão submetidos a critérios formais de consolidação da vontade das partes envolvidas, como a capacidade das partes, a habilitação dos signatários,

o consentimento mútuo, o objeto lícito e possível (GOREZEVSKI; DIAS, 2012). Além dos tratados, os sistemas regionais de proteção dos direitos humanos, como o Sistema Interamericano de Direitos Humanos, também desempenham um papel importante na proteção dos direitos da população LGBTI+, funcionando como jurisdições internacionais para averiguar e penalizar os Estados que não cumprem com as normas estabelecidas.

De acordo com Novoa (2012), pois embora a ideologia de gênero possa ter um impacto em várias situações sociais, culturais e políticas e influenciar como a igualdade de gênero, os papéis de gênero, a diversidade de gênero e os direitos das pessoas LGBTQ+ são compreendidos e abordados. No entanto, como aponta Parnernote (2017), a ideologia de gênero não pode ser considerada como uma situação, pois trata-se de um conceito abstrato que engloba ideias, crenças e perspectivas sobre gênero e sua relação com a sociedade.

A educação é uma estratégia importante para mudar os preconceitos sobre os papéis do homem e da mulher na sociedade. A perspectiva de gênero deve ser integrada nos programas. Os estereótipos devem ser eliminados nos materiais escolares e os professores devem ser conscientizados nesse sentido, garantindo que meninas e meninos façam escolhas profissionais informadas, e não com base nos preconceitos tradicionais de gênero (CONSEJO, 1995. p7)

Aponta Parnernote (2017) que, embora em situações específicas, a perspectiva de gênero pode influenciar políticas públicas, legislação, debates sociais e a forma como as questões de gênero são abordadas em diferentes áreas, como educação, família, trabalho e saúde. Podem surgir tensões e conflitos entre diferentes perspectivas ideológicas, o que pode levar a situações de discriminação, exclusão ou falta de reconhecimento dos direitos de determinados grupos.

Para Abril (2020), a ideologia de gênero desafia a diferença entre sexo e gênero, argumentando que o sexo é uma escolha individual e o gênero é uma construção social imposta. Ela critica as instituições sociais baseadas na distinção entre homens e mulheres e nas orientações sexuais únicas impostas pela sociedade. Em contraste, a perspectiva de gênero reconhece as diferenças genéticas, mas destaca os papéis e estereótipos impostos pela sociedade. Busca eliminar a discriminação de gênero e reconhece que o sexo influencia a vida das pessoas.

A perspectiva de gênero permite um olhar que reconhece as desigualdades entre homens e mulheres, considerando as diferenças de impacto e promovendo a igualdade de gênero. É como usar "óculos" para compreender as especificidades de gênero e promover uma abordagem que reconheça o papel do sexo na vida das pessoas (ABRIL, 2020).

Assim, a luta pelos direitos humanos da população LGBTI+ não se limita às fronteiras de um país, mas sim transcende esses limites, sendo protegida por normas e instrumentos internacionais. É fundamental que os Estados reconheçam e respeitem esses direitos, a fim de garantir a igualdade e a justiça para todos.

3.2. – Política pública de saúde para a população LGBTI+ em Maricá – consequências pós EC 95

Ao colocarmos a diversidade sexual em pauta precisamos buscar dados para entender e compreender significados e dar sentido a essa construção social que se revela a partir de uma identidade sexual (TONIETTE, 2006). Os autores Pereira e Leal (2005), por exemplo, especificam a identidade sexual com base em quatro critérios: a caracterização pela definição genética que corresponde ao sexo biológico; a identificação que cada indivíduo tem de si mesmo que é a identidade do gênero; os papéis sexuais sociais e a orientação sexual que é o que determina o desejo afetivo-sexual que pode ser pelo mesmo sexo, pelo sexo oposto ou pelos dois.

Desde que a Associação Americana de Psiquiatria retirou a homossexualidade dos seus critérios de diagnóstico das doenças mentais em 1973, e desde que a maior parte dos governos ocidentais “despatologizou” as identidades gay, lésbica e bissexual, produzindo legislação protetora, que se criou uma nova legitimidade relativamente à expressão cultural destes indivíduos. No entanto, verifica-se uma grande *décalage* entre as mudanças legislativas e de enquadramento de saúde mental (que são positivas) e a legitimidade social, representada pelos estereótipos e discriminação que ainda são marcantes nas nossas sociedades. (PEREIRA e LEAL, p.315, 2005)

O Brasil passou, entre os anos de 2003 e 2015, por um processo de crescimento nas causas LGBTI+, muito em decorrência da maior proximidade das lideranças e da sociedade civis organizadas e alinhadas com o Poder Executivo, inclusive em 2008 foi realizada a Primeira Conferência Nacional LGBTI+ que foi convocada pelo então Presidente Lula. As mobilizações, juntamente com a vontade política do governo da época, proporcionaram avanços significativos em relação às políticas públicas voltadas a essa população, todavia ainda há muito a ser realizado.

Historicamente a população LGBT sofre vários tipos de preconceitos, que permeiam entre os indivíduos, a sociedade e o Estado, o qual deveria

protegê-los. Em relação à saúde dos LGBT's este preconceito não se minimiza, mesmo sendo um direito fundamental do ser humano, e o Estado tendo o dever de promovê-la em sua totalidade, como descreve a Lei nº 8.080 em seu art. 2º. <http://www.scielo.br/scielo.php>

Diante da atual situação política e social que passamos a viver, desde 2016 em função do Golpe sofrido pela Presidenta Dilma, o projeto Neoliberal de setores da direita, impôs a retirada de direitos e conquistas da população em geral. Por este motivo os movimentos sociais tiveram que redobrar a atenção para que todos os direitos e políticas públicas já implementadas não sejam destruídas, além de continuar na luta pela garantia de outros direitos que deveriam ser garantidos pelo poder público “A saúde é direito e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (Lei nº 8.080 em seu art. 2º& 1º)

“Nesses 30 anos, houve uma primeira regra para o financiamento do SUS, estabelecida nos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias, que reservava 30% do Orçamento da Seguridade Social para saúde, mas não foi cumprida. A regra constitucional que acabou vigorando, por um longo tempo, foi a Emenda Constitucional no 29/2000, que estabeleceu o limite mínimo (piso) de aplicação em ASPS. Para a União, deveria ser no mínimo igual à despesa empenhada no ano anterior atualizada pela variação percentual do valor nominal do Produto Interno Bruto do ano anterior; para os Estados e Distrito Federal, 12% da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais de Impostos do exercício da aplicação; para os Municípios, 15% da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais de Impostos. Em 2015, essa regra havia mudado para União pela EC 86/2015, que fixou o piso em 15% da Receita Corrente Líquida (RCL), que seria atingido de forma escalonada até 2020.

A Emenda Constitucional 95/2016 alterou essas regras, o que agrava o subfinanciamento do SUS. Se houve um ganho – aparente – em 2017, com a antecipação do piso de 15% da RCL, a partir de 2018, a nova regra de cálculo desvincula o piso tanto da variação nominal do PIB (EC 29/2000) e da RCL (EC 86/2015). De 2018 em diante, o valor mínimo aplicado será equivalente ao piso do ano anterior corrigido apenas pela inflação, sem qualquer ganho real e com queda per capita.” (Austeridade e retrocesso: impactos sociais da política fiscal no Brasil 2018 – páginas 29 e 30)

Colocando desta forma, se o SUS já apresentava *déficits* e carecia de maiores investimentos por parte do Estado o que aconteceu foi exatamente o contrário. Desde 2016 presenciamos a redução drástica de investimentos, a precarização de serviços básicos e essenciais, além de total desmonte do programa. As modificações estabelecidas pela

Emenda Constitucional 95/2016 trouxeram diminuição dos recursos federais destinados à saúde, até 2016, 1,7% do PIB era destinado à saúde e foi reduzido para 1,2%. Toda essa desconstrução do SUS está baseada na ideologia do Estado Mínimo sendo reforçada por discursos de economistas que servem às classes dominantes e que iludem grande parte da população com seus discursos que contenção de gastos.

Desta forma o futuro da saúde pública no Brasil está seriamente ameaçado, causando dor e descaso nas camadas mais empobrecidas da população e as consequências podem ser irreversíveis. Para as pessoas infectadas pelo HIV a situação pode ser mais grave, pois as medicações antirretrovirais têm custo muito elevado e não são acessíveis à maioria da população. A falta de distribuição gratuita desses medicamentos traria sérias consequências não só para a população usuária, como para o próprio sistema público de saúde que seria acometido por um acúmulo de atendimento nos postos de saúde e hospitais em decorrência das “doenças oportunistas” causadas pelo enfraquecimento do organismo do portador de HIV. Importante ressaltar que o paciente portador de HIV conta, atualmente, com medicamentos muito eficazes para a diminuição da carga viral e, conseqüentemente, preservação da saúde e diminuição de chances de disseminar o vírus.

As políticas públicas são um tema central no Direito Administrativo e Constitucional brasileiro, pois representam a transformação das dinâmicas na Administração Pública e nas leis. Essa mudança é evidente na transição de uma estrutura tradicional da Administração para uma esfera de legalidade estrita, originária de legislações. Essa legalidade permite uma relação mais ampla e discricionária entre a Administração Pública e as normas direcionadoras para a formulação de políticas públicas (SCHIRATO, 2018).

A construção do conceito jurídico de políticas públicas envolve dimensões multidisciplinares, nas quais o institucionalismo desempenha um papel crucial para conectar o Direito Administrativo a outras áreas das ciências sociais. Com essa abordagem, é possível estabelecer um marco metodológico que amplie a análise das políticas públicas e esclareça as estruturas e processos decisórios envolvidos (GUERRA; NAVES, 2012). Atualmente, o direito possibilita que as políticas públicas sejam elaboradas a partir de critérios discricionários, o que ressalta a importância das decisões governamentais em relação a conflitos como as demandas orçamentárias e a proibição do retrocesso social.

As políticas públicas consistem em um conjunto de práticas governamentais voltadas à efetivação dos direitos dos cidadãos, priorizados de acordo com o contexto histórico. Elas são ações coletivas que visam assegurar os direitos sociais e, assim,

atendem ao compromisso institucional público de fornecer bens essenciais a uma determinada população em várias áreas das necessidades humanas (SILVA, 2020).

As políticas públicas representam a transição de ações individuais para ações coletivas no âmbito público. Seu objetivo é promover o desenvolvimento, expandir e concretizar direitos no campo da cidadania, de acordo com as demandas das gerações atuais e futuras (SILVA, 2020).

O Estado tem a obrigação de impedir que os indivíduos vivam em situações de desigualdade profunda e permanente. As políticas públicas estão alinhadas com esse dever institucional e devem proporcionar aos cidadãos acesso aos direitos constitucionais estabelecidos na Constituição, como a vida digna, a assistência social, o direito à saúde e à educação, aproximando-se também da ciência política e da promoção da justiça social (DOMINGUETI; FERREIRA, 2020).

Abordam Guerra e Naves (2012) que o Estado experimenta uma evolução contínua, e recentemente estabelece-se a compreensão de que esse ente não se restringe às práticas no âmbito da segurança externa e da preservação da paz no território nacional - surgem incontáveis outras atribuições para o ente burocrático.

Nesse contexto, destaca-se que uma política pública bem estruturada, como as políticas de saúde voltadas à população LGBTI+ no município de Maricá, pode enfrentar diversos obstáculos. Nesse cenário, surge a necessidade de formular uma política consensual visando viabilizar o alcance das decisões estatais com maior eficiência e economicidade (VARELLA; FERREIRA FILHO, 2018).

Martins (2018) destaca que as políticas públicas são programas de ação governamental destinados a coordenar os meios disponíveis ao Estado e práticas privadas socialmente relevantes e politicamente orientadas. Além disso, as políticas públicas representam atos unificados que possuem uma conexão com o objetivo comum de concretização de um projeto governamental específico.

No âmbito jurídico, a política envolve discricionariedade; e a política pública decorre do exercício da competência discricionária por parte do legislativo e/ou do administrativo. Assim, quando o legislador ou o administrador público pode escolher entre a opção "A" ou "B", considerando a validade de ambas, ele realiza uma escolha, caracterizada como política pública (MARTINS, 2018). Diante disso pode-se pensar a estruturação das políticas públicas de saúde para a população LGBTI+ em Maricá.

A efetivação da atenção básica à saúde em Maricá está associada à estruturação do SUS como um sistema universal, público e de qualidade. Como abordam Giovanella,

Franco e Almeida (2020), o SUS busca conciliar responsabilidade institucional na prevenção de doenças e na promoção da saúde por meio de uma atenção multiprofissional e interdisciplinar. A atenção à saúde se relaciona com o território nacional, incluindo o município de Maricá, envolvendo a integração das pessoas na comunidade social e o respeito às determinantes sociais de cada região do país.

A Constituição Federal de 1988, conforme apontam Elias et al (2022), atribui competências à União e ao Ministério da Saúde para concretizar a cidadania e a dignidade da pessoa humana, o que deve ser considerado também no contexto de Maricá. A realização desse direito consiste na promoção do bem-estar da população sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e outras formas de discriminação, como a orientação sexual e identidade de gênero.

Rosenstreich, Comfort e Martin (2011) identificam determinantes sociais da saúde, também estruturados no âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS), que impactam no bem-estar da população LGBTI+ em Maricá, como o acesso a direitos básicos no trabalho, no suporte social e na manutenção de uma vida digna.

Considerar as políticas de saúde como políticas sociais implica no acesso aos direitos pela população LGBTI+ em Maricá, levando em conta o estatuto de cidadania desses indivíduos, vinculados ao território nacional e ao Estado brasileiro. Cardoso e Ferro (2012) apontam que o Ministério da Saúde reconhece a complexidade do processo de discriminação e exclusão que permeiam a vida da população LGBTI+. Há o reconhecimento dos obstáculos e desigualdades que afetam a concretização de direitos fundamentais, como o direito à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento.

Destaca-se que a saúde é um direito inerente à condição de cidadania, com respeito à participação plena dos sujeitos na sociedade política. Além disso, o direito à saúde é um direito humano, conforme reconhecido pelo Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas, no Comentário-Geral Nº 04 (BARROS; SOUSA, 2016).

No entanto, mesmo com a existência de um conjunto jurídico que reconhece e defende os direitos das pessoas LGBTI+ na área da saúde, em Maricá, as desigualdades continuam presentes. Langdon, Kavanagh e Bushell (2022) destacam que os indivíduos LGBT enfrentam barreiras adicionais em comparação com a população em geral, como maiores taxas de obesidade entre mulheres lésbicas e bissexuais e altas taxas de depressão, ansiedade e outros transtornos de humor na comunidade LGBTI como um todo.

Hillman (2022) reforça que, em função da vulnerabilidade social, a população LGBT possui um maior risco de empobrecimento, depressão e isolamento social, enfrentando assim a falta de cuidados adequados. A cultura e as normas sociais pautadas pela heterossexualidade, cisgenerismo e endo sexismo contribuem para a persistência das desigualdades de saúde nesta população.

Essa visão é corroborada por Pilly, Ntelmen e Nel (2022), que argumentam que profissionais de saúde e pesquisadores em diversos contextos - incluindo experiências internacionais - identificam como hospitais, universidades, organizações não-governamentais e políticas públicas também estão impregnadas por um viés de heterocisnormatividade, o que resulta em categorizações rígidas e aprofundamento das desigualdades enfrentadas por essa população.

O cenário político atual em Maricá é caracterizado por uma forte dependência do município em relação à União, devido à alta concentração de receitas públicas no âmbito federal. Diante dessa realidade, a União estabelece as exigências para a liberação de recursos financeiros aos municípios, além de ser responsável por fiscalizar a aplicação desses recursos. Essa situação contrasta com as mudanças constitucionais previstas na atual Constituição, que atribuem maior autonomia aos municípios para agir conforme os interesses locais (SOUZA, 2012). A gestão dos recursos municipais em Maricá é regida por normas jurídicas e práticas institucionais que envolvem diferentes órgãos da Federação.

No contexto das políticas públicas de saúde em Maricá, o orçamento é um elemento fundamental para a efetivação dos direitos constitucionais à saúde. O planejamento orçamentário permite a alocação adequada dos recursos públicos para garantir o acesso universal, equânime e integral aos serviços de saúde pela população do município. Nesse sentido, é importante ressaltar que a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) devem contemplar as metas e prioridades da política de saúde em Maricá, bem como o Plano Plurianual (PPA), que estabelece as diretrizes, objetivos e metas para um período de quatro anos (WEILLER; MENDES, 2006).

Além disso, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) estabelece limites e critérios para a realização das despesas públicas, buscando garantir a sustentabilidade fiscal do município e evitar o comprometimento das políticas públicas de saúde em detrimento de outras áreas. Dessa forma, o orçamento se configura como um importante mecanismo de gestão pública para a efetivação do direito à saúde em Maricá, permitindo a alocação

adequada dos recursos públicos e o cumprimento das metas e prioridades estabelecidas na legislação vigente (SILVEIRA, 2015).

Quando se trata das políticas públicas de saúde em Maricá, o orçamento se mostra como um elemento fundamental para a garantia do acesso universal e integral aos serviços de saúde pela população. No entanto, a abordagem tradicional de estruturação do orçamento público no Brasil muitas vezes não considera as especificidades da política de saúde, tratando-a apenas como mais um setor a ser contemplado com recursos.

É importante destacar que o planejamento orçamentário deve ir além da mera distribuição de recursos, considerando as necessidades específicas da política de saúde em Maricá e as metas estabelecidas para sua efetivação. Para isso, é necessário integrar técnicas de previsão que permitam a realização de ações coordenadas pelo Estado e direcionadas para a concretização dos objetivos da política de saúde (POLI; HAZAN, 2014).

O planejamento orçamentário, portanto, figura como uma atividade-meio que visa alcançar as finalidades estatais, e deve ser expresso de forma formal em um documento que estabeleça metas e ações para a intervenção nas práticas econômicas e o funcionamento da vida social, como pontua Pinheiro (2005). Assim, é fundamental que a estruturação do orçamento público em Maricá considere as demandas e prioridades específicas da política de saúde, buscando garantir a alocação adequada dos recursos públicos e a efetivação do direito à saúde para toda a população do município.

É preciso que as estratégias democráticas e as práticas equitativas e eficientes sejam promovidas e fortalecidas, e que o processo orçamentário esteja associado com a própria identidade da sociedade. Isso significa que a sociedade deve ser ouvida e ter sua participação garantida em todas as etapas do processo, desde a definição das prioridades até a alocação dos recursos.

A Constituição Federal brasileira prevê um conjunto de princípios que devem nortear a atuação do Estado na construção de uma sociedade mais justa e solidária. Isso inclui a graduação da carga tributária conforme a capacidade econômica da cidadania e a observância dos princípios da eficiência e da moralidade na tomada de decisão orçamentária. A distribuição equitativa dos gastos públicos deve ser realizada a partir de uma abordagem tributária e orçamentária, que leve em consideração a capacidade contributiva e a distribuição das despesas.

O processo orçamentário é fundamental para a instrumentalização dos deveres do Estado, pois permite a materialização das políticas públicas e a alocação dos recursos

necessários para sua efetivação. Essas políticas públicas devem ser definidas a partir das escolhas empreendidas por sujeitos sociais que detenham racionalidade e intencionalidade, considerando os conflitos e demandas da sociedade plural. Para tanto, é necessário garantir a participação ativa da sociedade em todo o processo orçamentário.

O controle orçamentário e a eficiência das estratégias de combate à violência estão diretamente associados à proximidade da sociedade no debate e na elaboração das políticas públicas. A participação da sociedade no processo orçamentário contribui para a identificação de questões problemáticas e possíveis problemas que possam surgir na localidade, permitindo a fiscalização das ações do governo e a legitimidade das políticas públicas (DOMINGUES, 2010).

Os fóruns, comitês e conselhos comunitários locais são espaços que permitem a participação ativa da comunidade na organização da vida social. Além disso, é preciso criar formas de gestão que permitam a implementação das políticas públicas de forma constante, sem depender da variação de planos de governo distintos que mudam a cada quatro anos. Isso exige a adoção de ferramentas que permitam a constância das políticas públicas em vista da efetivação de resultados. A transparência é um requisito essencial para a boa governança e para o estabelecimento de umnexo entre o Estado e a sociedade civil. A ampliação do acesso dos indivíduos às informações que dizem respeito à gestão pública é fundamental para garantir a participação ativa da sociedade no processo orçamentário e na fiscalização das ações do governo (POLI; HAZAN, 2014).

Portanto, a adoção de uma abordagem participativa no processo orçamentário, a distribuição equitativa dos gastos públicos, a implementação constante das políticas públicas, a transparência e a participação ativa da sociedade são fundamentais para a construção de uma sociedade mais justa e plural (OLIVEIRA; TONELLI; PEREIRA, 2013).

Capítulo 4

Conclusão e reflexões

A presente pesquisa teve como objetivo principal analisar a concretização das políticas públicas de saúde para a população LGBTI+ no município de Maricá, considerando o contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e a importância da dignidade e

cidadania para todas as pessoas, independentemente de sua orientação sexual ou identidade de gênero.

Ao longo do percurso acadêmico, foram levantadas hipóteses sobre as dificuldades enfrentadas pela população LGBTI+ no acesso aos serviços de saúde, devido à discriminação e negligência presentes no setor. Essas hipóteses foram confirmadas por meio da análise da implementação das políticas públicas de saúde em Maricá, identificando as dificuldades de atendimento, os programas específicos para a população LGBTI+ e as expectativas dos indivíduos em relação a essas políticas.

A pesquisa destacou a importância do papel do Estado na proteção dos direitos da população LGBTI+, especialmente no campo da saúde, e ressaltou a necessidade de garantir a dignidade humana como um princípio fundamental do Estado Democrático de Direito. Foi evidenciado que a saúde é um direito humano fundamental, e sua promoção e proteção devem ser asseguradas a todos os cidadãos.

A metodologia utilizada incluiu a coleta de dados, pesquisas de campo, entrevistas com beneficiários e atores envolvidos no programa de saúde LGBTI+ em Maricá, além da revisão bibliográfica. Essa abordagem permitiu obter informações relevantes sobre a implementação das políticas públicas de saúde, bem como o acesso, tratamento e acompanhamento das IST/HIV na população LGBTI+ do município.

Na presente pesquisa, foi constatado que a população LGBTI+ faz parte da comunidade social e, portanto, está inserida no pacto social que legitima o Estado e estabelece a obrigação de garantir seus direitos fundamentais, como vida, liberdade e segurança. O Estado, por sua vez, tem a função de proteger esses bens essenciais à sociedade, usando a força de forma racional e limitada, conforme previsto pelas teorias contratualistas.

Com base nos resultados obtidos nesta pesquisa, podemos destacar tanto os avanços alcançados quanto os desafios que ainda persistem no âmbito das políticas públicas de saúde para a população LGBTI+ em Maricá.

Observou-se que, apesar dos esforços do município em garantir a assistência à população LGBTI+, como evidenciado pela existência de uma coordenação específica dentro da Secretaria de Direitos Humanos e de um setor de DST na Secretaria de Saúde, ainda há muito a ser feito. A discriminação e a negligência continuam sendo obstáculos que dificultam o pleno acesso aos serviços de saúde por parte dessa população.

A Emenda Constitucional 95 e os cortes orçamentários impactaram negativamente a saúde da população LGBTI+, comprometendo a efetividade das campanhas de prevenção

e a distribuição de medicamentos. Além disso, a abordagem tradicional de estruturação do orçamento público muitas vezes não considera as especificidades da política de saúde, tratando-a apenas como mais um setor a ser contemplado com recursos.

Nesse sentido, a integração de técnicas de previsão, o estabelecimento de metas e ações coordenadas pelo Estado foram apontados como fundamentais para a efetivação dos objetivos da política de saúde. É necessário que o planejamento orçamentário vá além da simples distribuição de recursos, levando em consideração as necessidades específicas da saúde da população LGBTI+.

A participação ativa da sociedade no processo orçamentário, por meio de espaços de debate e discussão, como a câmara de vereadores e organizações da população, é fundamental para identificar problemas e aprimorar as políticas públicas. Além disso, a transparência na gestão pública fortalece a relação entre o Estado e a sociedade civil, garantindo a legitimidade das ações governamentais.

Recomenda-se que o município de Maricá fortaleça a abordagem participativa, equitativa e transparente no processo orçamentário, garantindo a constância das políticas públicas e a efetiva alocação dos recursos para a promoção do direito à saúde da população LGBTI+. É essencial que os esforços sejam contínuos na luta contra a discriminação e na busca pela igualdade de acesso aos serviços de saúde para todos os cidadãos, independentemente de sua orientação sexual ou identidade de gênero.

Por fim, esta pesquisa tem como sugestão a realização de debates na câmara de vereadores, a participação ativa de organizações da população LGBTI+ e a busca por mecanismos que garantam a implementação contínua das políticas públicas. A constante análise e aprimoramento das políticas de saúde são necessárias, tanto no âmbito das políticas públicas em si quanto na pesquisa acadêmica, a fim de contribuir para uma sociedade mais justa e plural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil Debate; Fundação Friedrich Ebert (2018) Austeridade e Retrocesso: impactos sociais da política fiscal no Brasil. São Paulo.

PEREIRA, H; LEAL, I. P. A identidade (homo) sexual e os seus determinantes: implicações para a saúde. *Análise Psicológica*, v. 3, n. 23, 2005.

TONIETTE, M. A. Um breve olhar histórico sobre a homossexualidade. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, São Paulo, v. 17, n. 1, 2006.

TOZONI-Reis, Marília Freitas de Campos. / *Metodologia da Pesquisa*. / Marília Freitas de Campos Tozoni-Reis. 2. ed. — Curitiba: IESDE Brasil S.A., 2009.

Lei 8080 – Lei Orgânica da Saúde

ABADE, Erik Asley Ferreira; CHAVES, Sônia Cristina Lima; SILVA, Gisella Cristina de Oliveira. Saúde da população LGBT: uma análise dos agentes, dos objetos de interesse e das disputas de um espaço de produção científica emergente. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. v. 30, n. 04, 2020.

ABERS, Rebecca; BULOW, Marisa Uon. Movimentos sociais na teoria e na prática: como estudar o ativismo através da fronteira entre estado e sociedade?. *Sociologias* [online]. 2011, v. 13, n. 28.

ALBUQUERQUE, Ana Carolina Cavalcanti de. Poder e violência no Estado de Direito. Análise comparativa do pensamento de Hannah Arendt e Niklas Luhmann. (Dissertação de Mestrado). São Paulo, 2011.

AMARAL, Roberto Antonio Penedo do. A eudaimonía aristotélica: a felicidade como fim ético. *Revista Vozes dos Vales: Publicações Acadêmicas Reg.: 120.2.095–2011 – PROEXC/UFVJM Nº 01 – Ano I – 05/2012*.

ARAÚJO, Bruna Barbosa. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUJEITOS DE DIREITOS: a saúde como uma Política Pública para população LGBTQIA+. X jornada Internacional Políticas Públicas, p 1- 15, 2021

ALVES, Elizabeth Prado de Jesus; DE SOUSA, Maria Fatima. Políticas Públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1, p. Pág. 69-80, 13 nov. 2017.

ABRIL, Ruth. No es loMismo Ideologia que Perspectiva deGenero. *levante*, 2020 [online]

AWAD, Fahd. O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. *Just. Do Direito Passo Fundo* V. 20 N. 1 P. 111-120 2006.

BARBOSA, Gustavo Carrijo; BERIGO, Milena Rezende; ASSIS, Thaís Rocha. Saúde para a população LGBT+: uma revisão bibliométrica. Rev. psicol. polít. vol.20 no.47 São Paulo jan./abr. 2020.

BRASIL. Políticas de promoção da equidade em saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2013.

BONAVIDES, Paulo. Ciência Política. São Paulo: Ed. Malheiros, 2004.

BRAUN, Helenice da Aparecida Dambrós. A Incorporação Dos Tratados Internacionais De Direitos Humanos Pelo Direito Brasileiro. Florianópolis, SC, 2001.

BVSMS, Ministro da Saude. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). resolução de consolidação cit nº 1, de 30 de março de 2021

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. El Sistema Único de Salud de Brasil: entre laintención y el gesto. Salud colect., Lanús , v. 11, n. 4, p. 469-470, dic. 2015 .

CANAVESE et al, Daniel. “Semente para Luta”: ativismos, direito à saúde e enfrentamentos de pessoas LGBTI na pandemia da covid-19. Saude soc. 30 (3) 2021.

CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 32, n. 3, 2012.

CONSEJO, DEL. Igualdad y Democracia. Utopía o desafío. 1995.

COSEMSPR, Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos. 2021 Disponível em:<https://cosemspr.org.br/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos/> Acesso em: 28

COSTA-VAL, Alexandre et al. O cuidado da população LGBT na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. v. 32, n. 2, 2022.

CUNHA, B. P.; Silva, J. I. A. O.; Gomes, I. R. F. D. . Políticas Públicas Ambientais: judicialização e ativismo judiciário. Revista de laFacultad de Derecho, (42), 153-179, 2017.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Constituição na vida dos povos. 2º ed. São Paulo, Saraiva, 2013.

DAROS, Raphaella Fagundes. A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. Temas Livres. Physis 26 (2) Apr-Jun 2016.

DUARTE, Ecio Oto Ramos. O Neoconstitucionalismo Como Antipositivismo Jurídico: Uma Teoria Do Direito E Do Estado Em Face Do Cosmopolitismo Jurídico. Universidade de Fortaleza, 2013.

DOMINGUES, José Marcos. Tributação, orçamento e políticas públicas. Int. Públ. - IP, Belo Horizonte, ano 12, n. 63, p. 147-169, set./out. 2010.

DOMINGUETI, Leticia Bartelega; FERREIRA, Rafael Alem Mello. Uma análise das políticas públicas sociais como fatores de mudança social pela percepção de John Rawls. Vianna Sapiens, v. 11, n. 2, 2020.

DONISI, Valeria. Training healthcare professionals in LGBTI cultural competencies: Exploratory findings from the Health4LGBTI pilot project. Patient Education and Counseling, v. 103, n. 5, p. 978-987, May 2020.

ELIAS et al, Kaique Lopes. LGBTQIA+ na atenção básica análise do acesso à porta de entrada da saúde pública. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v. 5, n. 3, p.9161-9175, may./jun., 2022.

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

FERNANDES, Ricardo Vieira de Carvalho. Neoconstitucionalismo E As Possibilidades E Os Limites Do Ativismo Judicial No Brasil Contemporâneo. Universidade Federal de Uberlândia, 2010.

FOLHA DE S.PAULO, Brasil é único com 'SUS' entre países com mais de 200 milhões de habitantes. 2019. Disponível em: <https://brasa.org.br/o-brasil-e-o-unico-pais-com-um-sistema-como-o-sus-entre-os-paises-com-mais-de-200-milhoes-de-habitantes> /Acesso em: 02 mar. 2023.

GALINDO, Fernando Augustinho de Oliveira. Atribuições do município na Segurança Pública: aspectos jurídicos e sociais relacionados. RHM - Vol 9 - Jul/Dez 2012.

GARCIA, Leila Posenato. Gratidão ao Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 29, n. 5, e2020333, out. 2020.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. Cadernos de Saúde Pública [online]. v. 34, n. 8, 2018.

GIOVANELLA, Lígia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? Ciência & Saúde Coletiva, 25(4):1475-1481, 2020.

GUERRA, Evandro Martins; RIBEIRO, Manuella Lemos. O orçamento participativo como instrumento de gestão democrático do Município. Fórum de Contratação e Gestão Pública, ano 5, n. 58, 2006.

GUERRA, Evandro Martins; NAVES, Luís Emílio Pinheiro. Políticas públicas na fase interna da licitação. Fórum de Contratação e Gestão Pública - FCGP Belo Horizonte, ano 11, n. 131, nov. 2012.

HILLMAN, Jennifer. LGBTI perspectives on clinical issues and approaches in later life. In: LEWIS, Jason; SAKLOFSKE, Donald; ARKOWITZ, Hal (eds.). *Comprehensive Clinical Psychology*. 2nd ed. v. 7. Amsterdam: Elsevier, 2022. p. 367-384.

INSAUSTI, Santiago Joaquín. ¿Hedonistas o revolucionarios? Política homosexual radical e izquierda trotskista en Argentina y Brasil (1967-1983). *Mora* (B. Aires), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, v. 25, n. 2, p. 1-3, dic. 2019.

JANNUZZI, P. M. . Economia política e avaliação em políticas públicas no Brasil pós-2014. *Cadernos Saúde Coletiva* [online], 2021.

KAUSS et al, Bruno. “Semente para Luta”: ativismos, direito à saúde e enfrentamentos de pessoas LGBTI na pandemia da covid-19. *Saúde e Sociedade*, 30(3), 2021.

LABRA, Maria Eliana. Proposições para o Estudo da Relação entre Política, Burocracia e Administração no Setor Saúde Brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 1998.

LANÇA, Daniel Perrelli. A descentralização política e a democracia. *Revista brasileira de direito municipal*, ano 9, n. 27, 2008.

LANGDON, Elizabeth; KAVANAGH, Phillip; BUSHELL, Mary. Exploring pharmacists' understanding and experience of providing LGBTI healthcare. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*, 9 abr. 2022.

LA TAILLE, Yves de. Moral e Ética: uma leitura psicológica. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 26, n. spe, p. 105-114, 2010.

LIONÇO, Tatiana. 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, v. 17, n. 2, p. 9-17, jun. 2008.

LISBOA, Alan Ricardo Fogliarini. Revisitando Montesquieu: uma análise contemporânea da teoria da separação dos poderes. In: *mbito Jurídico*, Rio Grande, XI, n. 52, abr 2008.

LAURENTINO, Arnaldo Cezar Nogueira. Políticas Públicas De Saúde Para A População Lgbt: Da Criação Do Sus À Implementação Da Política Nacional De Saúde Integral De Lgbt: 2015. Rio de Janeiro, p 1-94, 2015.

LORDELO, João Paulo. *Noções Gerais de Direito e Formação Humanística*. Bahia, Editora JusPodivm, 2017.

MAFRA FILHO, Francisco de Salles Almeida. Segurança pública e federação: comentários iniciais à Lei n. 11.473 de 10 de maio de 2007. *Fórum Administrativo*, ano 7, n. 76, 2007.

MOISÉS, José Álvaro. Cultura política, instituições e democracia: lições da experiência brasileira. *RBCS* Vol. 23 nº. 66 fevereiro/2008.

MARTINS, Ricardo Marcondes. “Políticas públicas” e Judiciário: uma abordagem neoconstitucional. A&C – R. de Dir. Adm. Const. | Belo Horizonte, ano 18, n. 71, p. 145-165, jan./mar. 2018.

MARTINS, Rui Cunha. Corrupção, virtude, expectativa (dimensões históricas e epistêmicas do círculo externo da prova). In.: Direito Penal e política criminal. / [organização] Fabio Roberto D’Avila, Daniel Leonhardt dos Santos – Dados eletrônicos. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2015.

MIRANDA-NOVOA, M. (2012). Diferencia entre la perspectiva de género y la ideología de género. Dikaion, 21(2), [números de página]. ISSN 0120-8942.

MONTEKIO, Víctor Becerril; MEDINA, Guadalupe; Aquino, ROSANA. Sistema de salud de Brasil. Salud Publica Mex;53 supl 2:S120-S131, 2011.

MCCANN, Edward; BROWN, Michael. Issues for Debate: The needs of LGBTI+ people within student nurse education programmes: A new conceptualisation. Nurse Education in Practice, v. 47, p. 102828, Aug. 2020.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas?. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2017, v. 33, n. 1.

NUNES, Rizzatto. Manual de Introdução ao Estudo do Direito. 14ª edição. São Paulo. Saraiva, 2017.

OLIVEIRA, Vânia Aparecida Rezende de; TONELLI, Dany Flávio; PEREIRA, José Roberto. O problema da (in)segurança pública: refletindo acerca do papel do Estado e de possibilidades de soluções localizadas e participativas. Rev. bras. Segurança Pública, São Paulo, v. 07, n. 1, 2013.

PINAFI, Tania. La homofobia en el movimiento LGBT de Brasil: sobre como las estructuras de pensamiento normativas de género y sexualidad capturan las subjetividades. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. p 1-5, 2012

PNDH, Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3) / Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República - - Brasília : SEDH/PR, 224p. 2009

PATERNOTE, David; KUCHAR, Roman. 'Ideología de género' en movimiento: Introducción. Kuhar y Paternotte , 2017, pág. 1-22.

PILLAY, S. R.; NTETMEN, J. M.; NEL, J. A.. Queering global health: an urgent call for LGBT+ affirmative practices. The Lancet Global Health, 10(4), e574-e578, 2022.

POLI, Luciana Costa; HAZAN, Bruno Ferraz. Orçamento Público: desenhando um modelo democrático de planejamento orçamentário. *rda – revista de Direito Administrativo*, Rio de Janeiro, v. 266, p. 187-208, maio/ago. 2014.

REIS, Fábio Wanderley. Governabilidade, instituições e partidos. In.: *Mercado e Utopia* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, Governabilidade, instituições e partidos. pp. 387-417.2009.

RAGUSKU, Henrique Araujo; LOPES, Moisés Alessandro de Souza. Políticas públicas e cidadania LGBT em Mato Grosso: Uma década de avanços e retrocessos (2007-2017). *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro) [online]. 2018, n. 29 [Acessado 29 Março 2023], pp. 147-171. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.29.07.a>>. Epub May-Aug 2018. ISSN 1984-6487. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.29.07.a>.

REIS, Gabriel; PEREIRA, Edneite. de Fatima. .Public policies for the LGBT population. *Research, Society andDevelopment*, [S. l.], v. 11, n. 15, p. e466111537617, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i15.37617. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/37617>. Acesso em: 29 mar. 2023.

RIBAS, Ana Carolina; CAVASSIN, Lucas Carli. Sistema Interamericano de Direitos Humanos e Controle de Convencionalidade no Brasil. *Revista Jurídica da Procuradoria-Geral do Estado do Paraná*, Curitiba, n. 7, p. 183-214, 2016.

RIBEIRO, Antônio de Pádua. O Judiciário como poder político no século XXI. *Estud. av.*, São Paulo , v. 14, n. 38, p. 291-306, Apr. 2000.

ROMEIRO, Adriana. A corrupção na Época moderna – conceitos e desafios metodológicos. *Revista Tempo*, vol. 21, n 38, 2015.

REZENDE, Manoel Barbosa de. Ética e moral. *Rev. Para. Med.*, Belém , v. 20, n. 3, p. 5-6, set. 2006.

RODRIGUES et al, M. L. (2012). A percepção ambiental como instrumento de apoio na gestão e formulação de políticas públicas ambientais. *Saude soc.* 21.

ROSENSTREICH, G.; COMFORT, J.; MARTIN, P. Primary healthcareandequity: the case oflesbian, gay, bisexual, trans andintersexAustralians. *Australian Journalof Primary Health*, v. 17, n. 4, p. 302-308, 2011.

SANTANA, Alef Diogo da Silva; MELO, Lucas Pereira de. Pandemia de covid-19 e população LGBTI+. (In)visibilidades dos impactos sociais. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro) [online]. 2021, n. 37.

SENNA, José. Corpos dissidentes, saúde sexual e microbiopolíticas de resistência na Amazônia Atlântica. *Trabalho em Linguista Aplicada*, Campinas, v. 59, n. 3, 2020.

SILVA, Alex Dias da. A construção de políticas públicas para a sustentabilidade urbana. *Revista Geográfica da América Central*, Número 65(2) Julio-diciembre 2020.

SADE, Rossana Maria Seabra; SASHIDHARAN, Sashi P. y SILVA, Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira. Caminos y desvíos en latrayectoria de la reforma psiquiátrica brasileña. Salud colect. [online]. 2021, vol.17

SILVEIRA, Denis Coutinho. Os sentidos da justiça em Aristóteles. Porto Alegre: EdIPUCRS, 2001.

SILVEIRA, Francisco Secaf Alves. Problemas e diagnósticos na execução do planejamento orçamentário. R. Fórum Dir. Fin. e Econômico – RFDDE | Belo Horizonte, ano 4, n. 6, p. 59-78, set./fev. 2015.

SCALA, Jorge. La ideología de género. O el género como herramienta de poder, 2010, p. 6-8.

SIQUEIRA, S. A. V. de; HOLLANDA, E.; MOTTA, J. I. J. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1397-1397, 2017.

SOUZA JUNIOR, Arthur Bezerra de; JARNYK, Ronaldo. A origem do Estado: uma visão a partir dos contratualistas – absolutista (Thomas Hobbes), liberal (John Locke) e democrática (Jean-Jacques Rousseau). Unisul de Fato e de Direito. Revista Jurídica da Universidade do Sul de Santa Catarina, 2018.

SOUZA, Leonardo da Rozha de. Interesse local versus peculiar interesse: análise da atuação dos municípios nas constituições republicanas brasileiras. RDA – Revista de Direito Administrativo, Rio de Janeiro, v. 261, p. 115-145, set./dez. 2012.

SOUZA et al, Luís Antonio Francisco. Políticas locais de segurança pública. In.: SOUZA, LAF., org. Políticas de segurança pública no estado de São Paulo: situações e perspectivas a partir das pesquisas do Observatório de Segurança Pública da UNESP [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

UNESCO. Declaração universal dos Direitos Humanos de 1948. Brasília, 1998.

VIEIRA et al, R. C. .Atenção Primária à Saúde quebrando tabus: Memorial do I Seminário de Sexualidade e Diversidade da SBMFC. Especial Diversidade e Direitos Humanos na APS, 14(41), 2019.

VIGOYA, Mara Viveros; RONDÓN, Manuel Alejandro Rodríguez. Hacer y deshacerlaideologíade género. Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro), 2017, p. 118-127.

VANNUCHI, Paulo. Direitos Humanos e Políticas Públicas: o caminho para garantir a cidadania de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA SECRETARIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS p 1 - 64, 2008

VIANNALL, Cláudia Pereira. O movimento LGBT e as políticas de educação de gênero e diversidade sexual: perdas, ganhos e desafios. Educ. Pesqui., São Paulo, v. 41, n. 3, p. 791-806, jul./set. 2015.

WENDPAP, Elis. Breve análise do histórico do positivismo jurídico, a partir da obra “positivismo jurídico”, de Norberto Bobbio. In: *mbito Jurídico*, Rio Grande, XV, n. 97, fev 2012.

WEILLER, José Alexandre Buso; MENDES, Áquilas Nogueira. O Orçamento por Desempenho como ferramenta para gestão e avaliação da política de saúde no município de São Bernardo do Campo, no período 2006 a 2012. *Saúde em Debate*, v. 40, 2016

WILLIAM et al, Jonatan. Políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT e à atuação do controle social. *Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná*. P. 140 -149, 2017, 140. 10.22421/1517-7130.2017v18n1p140.