

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E INCLUSÃO DA DIVERSIDADE SEXUAL E DE GÊNERO: EQUIDADE E BARREIRAS

PUBLIC HEALTH POLICIES AND INCLUSION OF SEXUAL AND GENDER DIVERSITY: EQUITY AND BARRIERS

Jorge Júnior de Oliveira Almeida¹

Rai de Oliveira Costa²

Rayane de Oliveira Costa³

¹ Mestrando em Gestão em Saúde pela MUST University, pós-graduado em Centro Cirúrgico, instrumentação e Central de Material Esterilizado (CME), pós-graduado em Urgência e Emergência, pós-graduado em Saúde Pública e Intervenção Psicossocial e bacharel em Enfermagem.

² Mestrando em Sociologia Política pela Universidade Estadual Norte Fluminense (UENF), pós-graduado em Direito Penal e Processual Penal e bacharel em Direito.

³ Pós-graduada em Auditoria em Serviços de Saúde, pós-graduada em Saúde Pública e Intervenção Psicossocial e bacharel em Enfermagem.

RESUMO

Este artigo tem por objetivo analisar a interseção entre políticas públicas de saúde e inclusão da diversidade sexual e de gênero no Brasil, focando na equidade para a população LGBTQIAPN+. De princípio identifica-se a complexidade das identidades LGBTQIAPN+, que desafiam normas tradicionais heteronormativas e demandam políticas inclusivas. O estudo avalia como a implementação dessas políticas é impactada pelo diálogo antagônico entre democracia e conservadorismo, evidenciando que, enquanto a democracia busca promover igualdade e livre de preconceito, o conservadorismo impede avanços, resultando em políticas parciais e discriminatórias. O desenvolvimento do trabalho revela que, apesar dos avanços normativos, o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta dificuldades significativas na garantia de equidade para a população LGBTQIAPN+. Obstáculos como a falta de capacitação dos profissionais de saúde, bem como seus aspectos pessoais como religião e discursos moralistas, além de preconceitos institucionais enraizados e a ausência de políticas específicas comprometem a qualidade do atendimento e perpetuam desigualdades. Dessa maneira, é essencial um compromisso coletivo para superar essas barreiras. Reformas nas políticas públicas, treinamento contínuo para profissionais de saúde e conscientização social são fundamentais para construir um SUS mais inclusivo e sem marginalizações. Somente uma abordagem integrada e equitativa permitirá que o sistema de saúde atenda de forma digna e respeitosa todas as identidades de gênero e orientações sexuais.

PALAVRAS-CHAVE

Políticas públicas de saúde – Inclusão – Diversidade sexual – Diversidade de gênero – Barreiras.

SUMÁRIO

Introdução. 1 Implementação de políticas públicas de saúde para população LGBTQIAPN+: diálogo entre a democracia e conservadorismo. 2 Sujeitos de direito? Indagações sobre a equidade e barreiras no Sistema Único de Saúde no Brasil. Considerações finais. Referências.

REFERÊNCIA: ALMEIDA, Jorge Júnior de Oliveira; COSTA, Rai de Oliveira; COSTA, Rayane de Oliveira. Políticas públicas de saúde e inclusão da diversidade sexual e de gênero: equidade e barreiras. **Res Severa Verum Gaudium**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 118-144, ago. 2025.

ABSTRACT

This article aims to analyze the intersection between public health policies and the inclusion of sexual and gender diversity in Brazil, focusing on equity for the LGBTQIAPN+ population. It begins by identifying the complexity of LGBTQIAPN+ identities, which challenge traditional heteronormative norms and demand inclusive policies. The study assesses how the implementation of these policies is affected by the antagonistic dialogue between democracy and conservatism, highlighting that while democracy seeks to promote equality and freedom from prejudice, conservatism hinders progress, resulting in partial and discriminatory policies. The development of the work reveals that, despite normative advances, the Unified Health System (SUS) faces significant difficulties in ensuring equity for the LGBTQIAPN+ population. Obstacles such as the lack of training for health professionals, personal factors like religion and moralistic discourses, entrenched institutional prejudices, and the absence of specific policies compromise the quality of care and perpetuate inequalities. Therefore, a collective commitment is essential to overcome these barriers. Reforms in public policies, ongoing training for health professionals, and social awareness are crucial to building a more inclusive and non-marginalizing SUS. Only an integrated and equitable approach will allow the health system to provide dignified and respectful care to all gender identities and sexual orientations.

KEYWORDS

Public health policies – Inclusion – Sexual diversity – Gender diversity – Barriers.

INTRODUÇÃO

A diversidade sexual e de gênero é um fenômeno intrinsecamente complexo e multifacetado que abrange uma ampla gama de identidades que desafiam as normas tradicionais de uma sociedade conservadora e heteronormativa. Os atores envolvidos nas concepções de diversidade sexual e de gênero incluem indivíduos que se identificam como lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, *queer*, intersexuais, assexuais, pansexuais, não binários, entre outros. Cada uma dessas orientações ou identidades carrega consigo uma série de experiências, desafios e necessidades específicas que demandam reconhecimento e inclusão efetiva.

No cenário nacional, a implementação de políticas públicas de saúde voltadas para a população LGBTQIAPN+ tem sido um tema de intenso debate e polarização, refletindo um diálogo tenso entre princípios democráticos e forças conservadoras. A democracia, com sua ênfase na igualdade e na inclusão, tem buscado promover medidas que garantam o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde. Inversamente, o conservadorismo, exposto por ideologias religiosas e moralistas, se opõe a essas ações que visam restringir direitos e garantias, além de manter a conformidade com normas tradicionais de gênero e sexualidade. Essa dicotomia cria um panorama de constante negociação e conflito, impactando diretamente a proficuidade e a abrangência das políticas implementadas.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a equidade e a acessibilidade para a população LGBTQIAPN+ ainda enfrentam inúmeras dificuldades e entraves. Apesar dos avanços, em especial por meio de decisões proferidas pelo Supremo Tribunal Federal, muitas vezes esses sujeitos de direito encontram impedimentos para acessar serviços de saúde de maneira digna e igualitária. Questões referentes a falta de capacitação adequada dos profissionais de saúde, preconceitos enraizados e a insuficiência de políticas específicas para essa população são obstáculos significativos que comprometem a qualidade do atendimento. Essas barreiras não somente violam direitos humanos fundamentais, mas também agravam disparidades em saúde, perpetuando ciclos de segregação e vulnerabilidade.

Neste sentido, embora o Sistema Único de Saúde (SUS) seja concebido como um modelo abrangente e universal de assistência à saúde, baseado nos princípios de

universalidade, equidade e integralidade, sua efetivação plena ainda encontra limites importantes no atendimento à população LGBTQIAPN+. Desde sua criação, em 1990, o SUS tem como diretriz garantir o acesso integral à saúde para todos os cidadãos, sem qualquer forma de discriminação. No entanto, a prática cotidiana revela que esses princípios, embora fundamentais, nem sempre se concretizam de forma equitativa para pessoas LGBTQIAPN+, cujas experiências com o sistema muitas vezes são marcadas por preconceito, desinformação e atendimento ineficaz. Assim, os desafios enfrentados por essa população evidenciam a distância entre o ideal normativo do SUS e a realidade vivenciada por grupos historicamente marginalizados.

Dessa forma, o que se propõe com este trabalho é uma análise do estado das políticas públicas de saúde para a população LGBTQIAPN+ no Brasil em uma visão anacrônica nas premissas da tensão entre democracia e conservadorismo, e dada suas implicações quanto à aplicabilidade dos princípios do SUS. Com ele, objetiva-se, então, contribuir para uma maior compreensão acerca dos desafios enfrentados por esta população, bem como com subsídios para formulação de estratégias que visem a promoção de um sistema de saúde verdadeiramente não discriminatório e igualitário.

1 IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+: DIÁLOGO ENTRE A DEMOCRACIA E CONSERVADORISMO

Historicamente, a população LGBTQIAPN+ foi relegada à invisibilidade social e política no Brasil. Até o final do século XX, a orientação sexual e a identidade de gênero eram vistas através de lentes moralistas e patologizantes (Gama, 2019). A homossexualidade, por exemplo, era criminalizada e tratada como uma doença mental, sujeita a tratamentos de "cura" e repressão. Este contexto social e culturalmente conservador, principalmente no Brasil, contribuiu para a falta de políticas públicas inclusivas e eficientes (Bortolozzi, 2019). Assim, em busca de reconhecimento pelos direitos básicos, até então negados pelo Estado, segundo as ideias formuladas por Gomes e Zenaide (2019, p. 164), “o movimento LGBT, então, se torna um espaço social de fortalecimento do sentimento de pertença a uma determinada comunidade de interesses, assim como é também um espaço de aprendizagem social onde o segmento fortalece os meios de participação social e política”.

Antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, o sistema de saúde brasileiro era marcado por uma lógica excludente, fragmentada e voltada majoritariamente aos trabalhadores com vínculo formal de emprego. Organizado sob o modelo previdenciário, o acesso à saúde era garantido apenas àqueles que contribuíam com a previdência social, enquanto os demais cidadãos, especialmente os pertencentes a grupos vulnerabilizados, encontravam-se à margem do atendimento estatal. Essa configuração institucional deixava grande parte da população brasileira sem cobertura adequada, sendo o atendimento de saúde reduzido a ações filantrópicas, caritativas ou vinculadas a interesses políticos locais (Caumo; Calazans, 2018).

O caráter assistencialista do sistema, que priorizava o tratamento de doenças em detrimento de políticas de prevenção e promoção da saúde, resultava em uma cobertura desigual e discriminatória. Tal cenário tornava-se ainda mais grave no que tange à população LGBTQIAPN+, historicamente silenciada, estigmatizada e relegada à invisibilidade nas agendas públicas (Mello; Brito; Maroja, 2012). Em um contexto social e institucional marcado por padrões normativos heterocisnormativos, as demandas por saúde de pessoas LGBTQIAPN+ não eram sequer reconhecidas como legítimas, o que as colocava em uma condição de dupla marginalização: tanto pela ausência de políticas públicas específicas quanto pelo preconceito institucional enraizado nas práticas do sistema de saúde (Gama, 2019).

A escassez de instrumentos legais e a inexistência de políticas estruturadas voltadas a essa população refletem um período em que as categorias de orientação sexual e identidade de gênero eram tratadas como desvios a serem corrigidos ou ignorados, e não como expressões legítimas de subjetividade. Ainda no século XX, a homossexualidade era vista como patologia, passível de tratamentos coercitivos, o que contribuía para a exclusão das pessoas LGBTQIAPN+ dos espaços de cuidado e promoção da saúde (Belmonte, 2024). Segundo Alamino e Del Vecchio (2018), essa lógica de exclusão institucional se consolidava em um ambiente político e jurídico que ignorava os princípios universais de dignidade e igualdade, elementos centrais para a construção dos direitos humanos contemporâneos.

Ademais, a falta de reconhecimento estatal da existência e das especificidades da população LGBTQIAPN+ contribuiu para a manutenção de barreiras estruturais e simbólicas no acesso aos serviços de saúde. Conforme destacam Gomes e Zenaide (2019), a luta por

cidadania e visibilidade por parte dessa população emergiu em meio a um cenário de negligência, exigindo a construção de espaços de resistência e mobilização para o reconhecimento de seus direitos básicos. Tais processos foram fundamentais para a posterior formulação de políticas públicas, mas, no período anterior à Constituição de 1988, inexistiam mecanismos formais que assegurassem a inclusão plena da diversidade sexual e de gênero nas políticas estatais de saúde (Bortolozzi, 2019).

Somando-se à estrutura jurídica limitada, a prática institucional reproduzia cotidianamente discriminações e violações de direitos humanos, evidenciando que, para além da ausência normativa, existia uma cultura institucional que reforçava o silenciamento e a invisibilidade dessa população (Siqueira; Machado, 2018). Esse conjunto de fatores reforça a compreensão de que a institucionalização da exclusão da população LGBTQIAPN+ nos serviços de saúde, antes da Constituição de 1988, não era apenas fruto de omissão do Estado, mas de um modelo de saúde seletivo, moralista e incapaz de responder às demandas oriundas da diversidade social brasileira.

O estigma e a discriminação que permeavam a sociedade brasileira resultaram em uma profunda marginalização da população LGBTQIAPN+. Suas necessidades de saúde eram ignoradas ou mal atendidas, devido ao preconceito existente entre profissionais de saúde e às limitações impostas por um sistema de saúde que não reconhecia a diversidade sexual e de gênero (Bezerra *et al.*, 2019). Durante as décadas de 1980 e 1990, a epidemia de HIV/Aids atingiu fortemente a população LGBTQIAPN+, especialmente homens gays e bissexuais. Esse grupo, já marginalizado, enfrentou um estigma social agravado pela associação da doença com comportamentos considerados “imorais” ou “desviantes” pela sociedade dominante (Sousa; Mendes, 2021). O preconceito resultante não apenas dificultava a busca por tratamento e apoio, mas também exacerbava a exclusão social e a discriminação.

Assim, antes dos anos 1980, o sistema de saúde brasileiro estava mal preparado para lidar com as necessidades específicas da população LGBTQIAPN+, as instituições de saúde, não raras as vezes, perpetuavam estereótipos e preconceitos, tratando pessoas LGBTQIAPN+ com desconfiança ou hostilidade (Gonçalves *et al.*, 2024). Essa falta de sensibilidade e competência cultural resultava em um ambiente de atendimento hostil, que afastava muitas pessoas LGBTQIAPN+ dos serviços de saúde. A ausência de políticas públicas específicas significava que não havia programas de prevenção e tratamento adequados para questões de saúde particularmente relevantes para essa comunidade, como infecções sexualmente

transmissíveis (ISTs) e saúde mental. Essa negligência teve consequências devastadoras, especialmente com a emergência da epidemia de HIV/Aids na década de 1980 (Simpson; Benevides, 2024).

Conforme enfatizado por Patrocino, Nolasco e Viana (2024, p. 8):

São compreendidos, como determinantes estruturais, as marcas sociais de raça, gênero, classe, território dentre outras, e a saúde como direito sem distinções de qualquer natureza. Assim, as políticas de saúde passaram a ter como foco a equidade, por meio, sobretudo, da formação de prestadoras/es de serviços, dentre outras políticas de redução de barreiras ao acesso e participação de grupos excluídos.

A crise de HIV/Aids destacou a grave falha das políticas de saúde pública em atender à população LGBTQIAPN+. inicialmente descrita como uma "doença gay", a epidemia revelou a vulnerabilidade extrema de uma população já vulnerável e negligenciada. O governo brasileiro, como muitos outros ao redor do mundo, foi inicialmente lento em responder de maneira eficaz à crise, em parte devido ao estereótipo associado à doença (Melo *et al.*, 2024). A pesquisa de Ferreira e Nascimento (2022, p. 3826) aborda que “a política sexual e as formas de regulação moral tendem a delinear as vidas dos “outros”, já que suas expressões, práticas e desejos são ora discriminados, ora convocados como sujeitos de direitos”. A pressão de ativistas e organizações não governamentais (ONGs) foi fundamental para forçar uma mudança de atitude, neste sentido, a epidemia de HIV/Aids atuou como um catalisador para uma maior visibilidade e organização política da comunidade LGBTQIAPN+ (Melo *et al.*, 2024).

Nos anos 1980, o Brasil, assim como muitos outros países, enfrentava, em conformidade com Belmonte (2024), uma crise de saúde pública sem precedentes com a emergência da epidemia de HIV/Aids, assim a doença, inicialmente cercada de desconhecimento e preconceito, rapidamente se espalhou, afetando diversas populações, com um impacto particularmente severo entre homens que faziam sexo com homens, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo (Oliveira, 2022). Em 1985, o Ministério da Saúde brasileiro instituiu o Programa Nacional de DST/Aids, com o objetivo de coordenar uma resposta abrangente à epidemia.

A criação do programa foi impulsionada por uma combinação de pressão de ativistas, organizações não governamentais (ONGs) e a crescente evidência científica sobre a

natureza do HIV/Aids. Desde o início, o programa adotou uma abordagem baseada nos direitos humanos, reconhecendo a importância de tratar a epidemia não apenas como uma questão de saúde, mas também como uma questão social e de direitos (Elíbio Júnior; Oliveira, 2023). O programa implementou diversas estratégias inovadoras, incluindo a distribuição gratuita de preservativos, campanhas de conscientização pública, testes de HIV voluntários e confidenciais, e o acesso universal ao tratamento antirretroviral (ARV). Conforme analisam Monteiro e Villela (2009, s.p), essas medidas foram essenciais para reduzir a transmissão do vírus e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids:

O processo de redemocratização do País, o fortalecimento dos movimentos sociais e a criação do SUS na Constituição Federal de 1988, estabelecendo um novo paradigma para o acesso à saúde, que deixava de ter um caráter assistencialista e previdenciário para ser assumida como direito de todo cidadão e dever do Estado em provê-la, forma o pano de fundo aonde vai se destacar o surgimento de uma nova doença no panorama nacional, que se caracterizava por aparecer em grupos restritos da sociedade e que trazia no seu rastro grandes doses de preconceito, estigma e discriminação contra as pessoas afetadas.

O Programa Nacional de DST/Aids, apesar de seu sucesso inicial, enfrentou diversos desafios. O preconceito e a discriminação relacionados ao HIV/Aids continuaram a ser obstáculos significativos, pois pessoas afetadas pelo HIV/Aids enfrentaram preconceito não apenas da sociedade em geral, mas também dentro do próprio sistema de saúde, dificultando o acesso ao diagnóstico e tratamento (Domene *et al.*, 2022). Outrossim, a diversidade regional do Brasil, devido os seus mais variados segmentos sociais e culturais, trouxe barreiras logísticas e operacionais. As disparidades socioeconômicas e geográficas exigiram adaptações específicas para garantir que as iniciativas do programa alcançassem populações em áreas remotas e segregadas (Elíbio Júnior; Oliveira, 2023).

Não obstante os desafios, o Programa Nacional de DST/Aids conseguiu alcançar resultados consideráveis. A taxa de infecção por HIV estabilizou-se e, em alguns casos, diminuiu, graças às campanhas de prevenção e ao tratamento acessível. O acesso universal ao tratamento ARV, implementado em 1996, foi um marco significativo, colocando o Brasil na vanguarda da resposta global ao HIV/Aids (Gonçalves *et al.*, 2024). O programa também teve um impacto importante na promoção de direitos humanos e na luta contra o ostracismo. Ao colaborar com ONGs e movimentos sociais, o programa ajudou a fortalecer a voz e a visibilidade das comunidades afetadas, promovendo uma maior inclusão e respeito pelos direitos das pessoas vivendo com HIV/Aids (Melo *et al.*, 2024).

No início dos anos 2000, o Brasil enfrentava um cenário de discriminação e violência crescente contra a população LGBTQIAPN+. Estudos e relatos indicavam altos índices de violência homofóbica, discriminação no ambiente de trabalho, e falta de acesso a serviços de saúde e educação para indivíduos LGBTQIAPN+ (Simões, 2018; Filipiack; Gaspodini, 2019). Em resposta a essas questões, o governo brasileiro lançou o programa Brasil Sem Homofobia com o objetivo de combater a homofobia e promover a cidadania plena para todas as pessoas, independentemente de sua orientação sexual ou identidade de gênero. Neste sentido, Ferreira e Nascimento (2022, p. 3827) evidenciam que “em 2004 foi lançado o Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra a população GLTB e de Promoção da Cidadania de Homossexuais, intitulado “Brasil Sem Homofobia”, que consolidou um forte diálogo entre sociedade civil e o Estado pela garantia de direitos LGBT”.

Um dos principais obstáculos foi a resistência cultural e institucional partindo de diferentes setores da sociedade brasileira. O preconceito e a discriminação enraizados dificultaram a aceitação e a efetivação de políticas inclusivas. Ademais, houve resistência política, tanto no âmbito federal quanto estadual e municipal, o que impactou a implementação uniforme do programa em todo o país. Outro desafio significativo foi a falta de recursos adequados. Embora o programa tivesse uma agenda ambiciosa, a insuficiência de financiamento e a alocação inadequada de recursos limitaram sua capacidade de alcançar todos os seus objetivos. A capacitação de profissionais de saúde, educação e segurança para lidar com questões específicas da população LGBTQIAPN+ também foi uma tarefa complexa e exigiu um esforço contínuo de treinamento e sensibilização.

O programa Brasil Sem Homofobia representou um marco importante na consolidação das políticas públicas voltadas à promoção dos direitos da população LGBTQIAPN+ no Brasil. Ao evidenciar o compromisso do governo federal com a promoção da igualdade e dos direitos humanos, o programa estabeleceu um precedente relevante para o desenvolvimento de ações inclusivas no âmbito estatal (Alves, 2020). Como ressalta Andrade (2020, p. 21), “a política foi elaborada para ser ampla. Em razão disso, o BSH estabeleceu a participação dos Ministérios, Secretarias e da comunidade LGBT/entidades LGBT para adotarem as medidas de implementação, execução e avaliação desta política pública.” A formulação interinstitucional e participativa da iniciativa contribuiu para ampliar a

legitimidade do programa, ao mesmo tempo em que promoveu o reconhecimento oficial das múltiplas violências e discriminações enfrentadas por essa população, fortalecendo suas reivindicações por direitos e proteção (Patrocino; Nolasco; Viana, 2024).

A Declaração de Yogyakarta, adotada em 2006, é um documento seminal na promoção dos direitos humanos para pessoas com base na orientação sexual e identidade de gênero. Redigida por um grupo de ativistas e acadêmicos internacionais durante um encontro em Yogyakarta, Indonésia, a declaração estabelece um conjunto de normas e princípios que visam garantir a dignidade e a igualdade de todos os indivíduos, independentemente de sua orientação sexual ou identidade de gênero. A Carta de Yogyakarta surgiu em um momento crítico para a luta pelos direitos LGBTQIAPN+. Em um cenário de crescente violência e discriminação contra pessoas LGBTQIAPN+ em várias partes do mundo, a declaração buscou fornecer uma base normativa para a proteção dos direitos dessa população. O documento é composto por uma série de princípios e diretrizes que abrangem diversas áreas, incluindo a igualdade perante a lei, a proteção contra a violência e discriminação, e o respeito à autodeterminação de identidade (Alamino; Del Vecchio, 2018).

Reluzindo seus ideais e princípios para o Brasil por meio da Carta de Yogyakarta, foi lançado em 2009 o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT (PNPCDH-LGBT) como parte dos esforços do governo brasileiro para enfrentar a discriminação e promover a igualdade de direitos para a população LGBTQIAPN+ (Cruz Neto *et al.*, 2023). A criação do plano ocorreu em um momento de crescente reconhecimento global dos direitos LGBTQIAPN+ e foi influenciada por avanços legais e sociais em diversas partes do mundo. No Brasil, a mobilização de ativistas, organizações da sociedade civil e movimentos sociais desempenhou um papel primordial na demanda por políticas públicas inclusivas (Oliveira, 2022).

Na área da saúde, o plano contribuiu para a implementação de políticas de saúde inclusivas, como o atendimento humanizado e específico para pessoas transgêneras, e a ampliação do acesso a tratamentos para HIV/Aids e outras ISTs (Domene *et al.*, 2022). Na educação, foram desenvolvidas campanhas de sensibilização e formação de professores para lidar com a diversidade sexual e de gênero, ajudando a criar ambientes escolares mais seguros e inclusivos (Vigano; Laffin, 2019). A Política Nacional de Saúde Integral LGBT, foi instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma baliza importante na resposta do governo brasileiro às necessidades

específicas da população LGBTQIAP+ (Oliveira, 2022). A criação desta política visa reconhecer e abordar as disparidades de saúde que afetam indivíduos com base em sua orientação sexual e identidade de gênero. A política busca remediar essas desigualdades ao adotar uma abordagem humanista que engloba não apenas a saúde física, mas também a saúde mental e social dos indivíduos LGBTQIAPN+ (Clemente, 2019).

Nesse contexto, essa política, em consonância com Ferreira e Nascimento (2022, p. 3829) tem como objetivo “fortalecer estratégias de visibilidade e propor diretrizes para a implementação de políticas públicas de erradicação da pobreza e combate à discriminação das populações LGBT”. Ademais, a política promove a criação de serviços especializados e centros de atendimento dedicados às necessidades específicas da população LGBTQIAPN+ (Nogueira; Aragão, 2019). Esses serviços são projetados para oferecer cuidados abrangentes, desde a prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis até o suporte para questões de saúde mental e emocional. A implementação de serviços especializados é uma resposta direta à falta de recursos e ao acesso limitado que historicamente marcaram a experiência da população LGBT no sistema de saúde (Cruz Neto *et al.*, 2023).

O Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) denota um progresso substancial na garantia de direitos e no acesso a cuidados de saúde especializados para pessoas trans no Brasil. Criado com o objetivo de fornecer suporte integral às necessidades da população transexual, esse processo busca oferecer um atendimento adequado e respeitoso que contemple tanto as dimensões médicas quanto psicossociais do processo de transição (Santos *et al.*, 2019). O processo oferece um caminho estruturado para o acesso a tratamentos hormonais e cirúrgicos necessários para a transição, proporcionando um suporte médico e psicológico fundamental. Essa abordagem abrangente é crucial para garantir que as pessoas trans recebam um atendimento que respeite sua identidade de gênero e promova seu bem-estar integral (Brasil, 2013).

Um dos principais avanços proporcionados pelo Processo Transexualizador é a formalização de um protocolo que assegura acesso a procedimentos médicos e cirúrgicos necessários para a transição. O processo estabelece diretrizes e procedimentos que visam garantir que o acesso aos tratamentos seja baseado em critérios clínicos e de necessidade, reduzindo a arbitrariedade e a discriminação. De acordo com Santos *et al.* (2019, p. 16), “há

uma crescente reivindicação de que o Estado se responsabilize e se aparelhe para responder às demandas da população LGBTTT, reconhecida como vulnerável, mas também heterogênea e diversificada”. Antes da implementação desse processo, muitas pessoas trans enfrentavam dificuldades significativas para obter tratamentos essenciais devido à falta de regulamentação clara e à discriminação dentro do sistema de saúde (Santos *et al.*, 2019).

Além dos aspectos médicos, o Processo Transexualizador no SUS também contempla o suporte psicológico, reconhecendo a importância da saúde mental no processo de transição (Clemente, 2019). A inclusão de acompanhamento psicológico é um avanço significativo, pois o suporte emocional e psicológico é essencial para ajudar as pessoas trans a lidar com as questões relacionadas à identidade de gênero, estigmatização e transição. A abordagem integrada, que combina cuidados médicos e apoio psicológico, reflete uma compreensão mais completa das complexidades envolvidas na transição de gênero (Domene *et al.*, 2022).

Entre 1985 e 2016, o Brasil experimentou uma série de melhorias para o reconhecimento e na promoção dos direitos e garantias da população LGBTQIAPN+. esse período foi marcado por importantes mudanças legislativas, políticas e sociais que contribuíram para a inclusão e proteção dos direitos dessa comunidade e consequentemente com implementações de políticas públicas (Patrocino; Nolasco; Viana, 2024). Em contraste, a ascensão de um governo conservador e ultraneoliberal à presidência em 2016 trouxe novas adversidades emergentes e questionamentos sobre o futuro das políticas voltadas para a diversidade sexual e de gênero (Simpson; Benevides, 2024). Outro ganho notável foi a decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) em 2011, que reconheceu a união estável entre pessoas do mesmo sexo como equivalente à união heterossexual para fins de direitos e deveres. Esse reconhecimento jurídico foi um passo importante para a equidade de direitos e estabeleceu um precedente para futuras discussões sobre o casamento igualitário (Almeida; Ribeiro; Bastos, 2022).

Durante o governo de Michel Temer (2016-2018), o Brasil vivenciou um período de retrocessos e desmonte nas políticas públicas voltadas para a população LGBTQIAPN+, pois a administração enfrentou desafios notáveis em relação à continuidade e à efetividade de programas e investimentos que haviam sido estabelecidos em governos anteriores (Aragusuku *et al.*, 2019). A partir de 2016, após o controverso impeachment da então presidenta Dilma Rousseff, seu vice, Michel Temer, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB),

assumiu a presidência. Esse período marcou o surgimento de um projeto político com características autoritárias em nível federal, que foi intensificado com a eleição de Jair Messias Bolsonaro em 2018 (Antunes, 2022).

A redução de investimentos em políticas públicas destinadas à população LGBTQIAPN+ foi um dos impactos mais evidentes durante os governos Temer/Bolsonaro. A diminuição de recursos financeiros afetou diretamente a capacidade de implementação e manutenção de programas voltados para a saúde dessa população, incluindo aqueles voltados para a prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e HIV/Aids (Silva, 2021; Perez; Santos, 2023). Programas que anteriormente receberam financiamento para atividades de conscientização, testes, tratamentos e suporte, enfrentaram cortes que comprometeram a eficácia das estratégias de saúde pública. Essa redução de investimentos não só limitou o acesso a cuidados essenciais, mas também prejudicou as iniciativas de prevenção, que são cruciais para conter a disseminação de DSTs e HIV/Aids (Perez; Santos, 2023).

Além da redução de investimentos, a interrupção de programas iniciados em gestões anteriores representou um retrocesso significativo. O programa “Brasil sem Homofobia”, criado para promover a inclusão e combater a discriminação contra a população LGBTQIAPN+, foi um dos mais afetados (Antunes, 2022). O corte ou redirecionamento de recursos destinados a este e outros programas impactou negativamente o atendimento e a promoção da saúde integral dessa população. A suspensão dessas políticas gerou uma lacuna na oferta de serviços e suporte, comprometendo a continuidade das ações voltadas à proteção e garantia de direitos da comunidade LGBTQIAPN+ (Luna, 2023).

Essa fragilização das políticas voltadas à população LGBTQIAPN+ não ocorreu de forma isolada, mas esteve diretamente associada a uma mudança mais ampla no direcionamento político do país. A administração Temer demonstrou uma orientação conservadora, que frequentemente resultou em retrocessos nas áreas de direitos humanos e inclusão (Perez; Santos, 2023). A retração de políticas públicas e o abandono de iniciativas anteriores refletem não apenas uma mudança de gestão, mas também a diminuição da prioridade atribuída às pautas de diversidade sexual e de gênero. A ausência de apoio

institucional para essas questões enfraqueceu a resposta em saúde pública e negligenciou as necessidades e os direitos de uma parcela expressiva da sociedade (Aragusuku *et al.*, 2019).

O aumento da violência contra a comunidade LGBTQIAPN+ também foi uma característica marcante durante o governo Bolsonaro. A administração conservadora não apenas falhou em enfrentar a violência, mas também criou um ambiente que contribuiu para o crescimento dos índices de assassinatos e agressões contra a população LGBTQIAPN+ (Luna, 2023). Segundo Moraes e Lopes (2024, p. 27) “o discurso de ódio se caracteriza por incentivar o “repúdio ao diferente”. Ao induzir a violência — física e simbólica — contra grupos excluídos e torná-los inimigos públicos, configura-se também como fato criminoso, afetando a dignidade daqueles a quem se direciona”. O discurso e as políticas da administração Bolsonaro, muitas vezes carregados de retórica preconceituosa, estimularam um clima de intolerância e hostilidade, exacerbando a violência e a discriminação contra a comunidade (Luna, 2023).

O viés conservador e ultraneoliberal dos mandatos presidenciais de Temer/Bolsonaro teve um impacto profundo nas políticas públicas voltadas para a população LGBTQIAPN+. Quinalha (2024, s.p) afirma que “o poder não apenas reprime e silencia, mas também estimula e até compele a profusão de determinados discursos sobre a sexualidade, pautando padrões de normalidade e, portanto, de exclusão, ainda mais quando menos permeável às pressões democráticas”. A agenda conservadora entrou em conflito com as demandas por direitos e inclusão, resultando em políticas que priorizavam a redução de gastos e a diminuição do papel do Estado na promoção de direitos sociais. Esse viés não só enfraqueceu as políticas de proteção e promoção da saúde, mas também contribuiu para um ambiente político e social mais agressivo para a população LGBTQIAPN+ (Moraes; Lopes, 2024).

2 SUJEITOS DE DIREITO? INDAGAÇÕES SOBRE A EQUIDADE E BARREIRAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

O conceito de “sujeito de direito” é fundamental para a compreensão dos direitos humanos e da cidadania em uma sociedade democrática. Ser um sujeito de direito significa que um indivíduo é reconhecido como portador de direitos e deveres legais e, portanto, pode reivindicar proteção e respeito às suas liberdades e garantias fundamentais (Gaspodini; Jesus, 2020). Este conceito é essencial para assegurar que todos os cidadãos, independentemente de

suas características pessoais, tenham acesso igualitário à justiça e à dignidade (Silva; Lehfeld, 2019). Nesse sentido, Quinalha (2022, p. 121) observa que, “ainda que marcadas por características nitidamente gregárias, tais iniciativas, que foram fundamentais para a emergência de identidades e subculturas LGBTI+, mostraram-se condição necessária, mas ainda não suficiente, para a organização política”. Essa análise reforça a ideia de que o reconhecimento formal como sujeito de direito não basta por si só; é preciso que haja condições materiais e políticas para a efetiva participação e inclusão desses sujeitos na vida pública.

Para a população LGBTQIAPN+, o reconhecimento como sujeitos de direito implica em assegurar que suas orientações sexuais, identidades de gênero e expressões sejam reconhecidas e respeitadas legalmente. Historicamente, pessoas LGBTQIAPN+ enfrentaram exclusão, discriminação e violência, resultando em uma luta constante por reconhecimento e igualdade (Gomes; Zenaide, 2019). A ausência de reconhecimento legal e de direitos fundamentais pode levar a graves consequências, como a negação de acesso a serviços essenciais, a segregação social e a perpetuação de injustiças (Silva; Leite Júnior; Nascimento, 2023).

A terminologia médica também evolui constantemente para refletir melhor a compreensão científica e reduzir o estigma associado a determinadas condições de saúde. Um exemplo marcante dessa evolução é a mudança da denominação de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Esta alteração não é meramente linguística, mas tem profundas implicações na forma como a sociedade percebe e trata essas condições, além de exercer uma função basilar no combate ao preconceito (Esteves *et al.*, 2021). A mudança de DST para IST reflete um avanço significativo na compreensão médica e epidemiológica das infecções transmitidas sexualmente. Enquanto o termo "doença" sugere uma condição que necessariamente provoca sintomas e complicações, "infecção" é um termo mais abrangente que inclui tanto infecções sintomáticas quanto assintomáticas. Muitas ISTs podem ser assintomáticas por longos períodos, e o uso da nova terminologia ajuda a enfatizar a importância da detecção precoce e do tratamento, independentemente da presença de sintomas (Viegas *et al.*, 2024).

O preconceito em relação ao HIV é um exemplo notório de como a terminologia e a percepção pública podem influenciar o tratamento e a qualidade de vida das pessoas afetadas. Nos anos 1980, quando o vírus HIV foi identificado, a falta de compreensão científica e o medo generalizado levaram a um estigma extremo (Siqueira; Machado, 2018). As pessoas infectadas eram rotuladas pejorativamente como "aidéticos" e tratadas com desdém e discriminação. Hoje, sabe-se que uma pessoa pode viver décadas com o HIV sob controle, graças aos avanços nos tratamentos antirretrovirais. Essa compreensão de que o HIV é uma infecção crônica e manejável, e não uma sentença de morte, tem sido fundamental para mudar a percepção pública e reduzir o estigma. A mudança de terminologia de DST para IST é parte desse esforço mais amplo para educar e reformular a narrativa em torno das infecções sexualmente transmissíveis (Muniz; Brito, 2022).

Esse panorama de discriminação contribuiu para que somente no ano de 2020 a população LGBTQIAPN+ pudesse doar sangue, por meio da decisão celebrada do Supremo Tribunal Federal na Ação Direta de Inconstitucionalidade 5.543, pois o preconceito contra a população LGBTQIAPN+ é um fator vital que molda as políticas de doação de sangue (Brasil, 2020). Ao longo da história, a exclusão de HSH (Homens que fazem sexo com homens) das doações de sangue tem sido justificada com base em preocupações de saúde pública relacionadas ao HIV/Aids (Alves; Cruz; Sousa, 2021). Contudo, essa justificativa constantemente se baseia em rotulações e generalizações, ao invés de uma análise objetiva e científica do risco. A crença de que HSH são mais propensos a ter comportamentos de risco ignora a diversidade de práticas sexuais e a evolução dos métodos de detecção e prevenção de doenças (Lima, 2021).

Estudos de Silva, Leite Júnior e Nascimento (2023) mostram que a exclusão baseada em orientação sexual é um reflexo da intolerância, não necessariamente uma medida eficaz de proteção. As políticas de exclusão perpetuam o estigma, aumentando a marginalização da população LGBTQIAPN+ e reforçando a discriminação. Essa exclusão também desconsidera as melhorias nas práticas de triagem e o controle rigoroso dos exames de sangue que reduzem significativamente o risco de transmissão de doenças infecciosas. Esse tipo de proibição contrariava o comando constitucional e violava a própria dignidade humana, elemento fundante do Estado Democrático de Direito (Silva *et al.*, 2021), nas palavras do Ministro Relator Edson Fachin, ao discorrer sobre a inconstitucionalidade:

Não se pode coadunar, portanto, com um modo de agir que evidencie um amiar desse princípio maior, tolhendo parcela da população de sua intrínseca humanidade ao negar-lhe, injustificadamente, a possibilidade de exercício de empatia e da alteridade como elementos constitutivos da própria personalidade e de pertencimento ao gênero humano. (Brasil, 2020, p. 3-4).

A exclusão de HSH da doação de sangue tem implicações para a saúde pública. O banco de sangue enfrenta limitações na manutenção de um suprimento adequado e seguro. A restrição a uma parte da população reduz o número de potenciais doadores e pode contribuir para a escassez de sangue em momentos críticos (Silva *et al.*, 2021). Bem como a ausência de uma base científica sólida para essas políticas pode minar a confiança pública no sistema de saúde e nas campanhas de doação. Pesquisa conduzida por Alves, Cruz e Sousa (2021) sugere que a revisão das políticas de doação de sangue para refletir práticas baseadas em evidências, ao invés de preconceitos, pode aumentar a disponibilidade de sangue sem comprometer a segurança. A implementação de critérios de exclusão mais atualizados e baseados em comportamentos de risco específicos, em vez de categorias amplas como a orientação sexual, poderia ser uma abordagem mais eficaz.

O preconceito é uma atitude negativa ou hostil em relação a um grupo específico, baseada em estereótipos e generalizações. No contexto do SUS, o preconceito pode se manifestar por meio de atitudes e comportamentos de profissionais de saúde que não reconhecem ou respeitam a diversidade sexual e de gênero. A discriminação, por sua vez, refere-se a ações que resultam em tratamento desigual ou injusto devido a características pessoais como orientação sexual ou identidade de gênero (Esteves *et al.*, 2021). Autores como Viegas *et al.* (2024) destacam que o preconceito e a discriminação no ambiente de saúde podem levar à negação de atendimento ou à prestação de cuidados inadequados. Essa realidade pode resultar em um ambiente hostil que desencoraja a população LGBTQIAPN+ a buscar cuidados médicos, o que, por sua vez, afeta negativamente a saúde e o bem-estar desses indivíduos (Lucca, 2023).

O preconceito e a falta de informação no atendimento de saúde podem manifestar-se de várias maneiras, desde a negação explícita de serviços até a prática de cuidados desiguais. Em um levantamento realizado por Guimarães (2018) observa-se que profissionais de saúde podem mostrar aversão ou desconforto ao lidar com pacientes LGBTQIAPN+, o que pode se

traduzir em uma prestação de cuidados que ignora as necessidades específicas dessa população. Essa aversão pode ser exacerbada por crenças pessoais ou pela falta de formação adequada sobre as pautas LGBTQIAPN+. Nesse diapasão, Viegas *et al.* (2024, p. 2.648) lecionam que “estudos apontam para índices mais elevados de depressão, ansiedade, doenças sexualmente transmissíveis e riscos de suicídio entre esse público, evidenciando a necessidade urgente de políticas que ultrapassem o escopo da tolerância e atinjam a inclusão efetiva”.

A análise de Pereira *et al.* (2019) também revela que a ausência de educação continuada sobre diversidade sexual e de gênero colabora para a perpetuação do preconceito/discriminação no ambiente de saúde. Profissionais que não estão adequadamente capacitados para lidar com as questões específicas da população LGBTQIAPN+ podem, inadvertidamente, reproduzir estigmas e preconceitos, impactando negativamente a qualidade do atendimento. Viegas *et al.* (2024, p. 2648) ensinam que “enquanto a tolerância é um primeiro passo, torna-se necessário transcender esse estágio e implementar políticas inclusivas que não apenas reconheçam, mas enderecem as disparidades de saúde que afligem essa população”.

O nome social é uma ferramenta determinante para a inclusão e o reconhecimento da identidade de gênero das pessoas trans e não binárias. No entanto, a efetiva utilização deste nome no sistema de saúde depende fortemente da compreensão por parte dos profissionais de saúde. Muitos desses profissionais, apesar de bem-intencionados, podem não estar adequadamente preparados para lidar com as complexidades associadas ao nome social e às questões de gênero (Gomes *et al.*, 2018). Ademais, a resistência ao uso do nome social pode refletir preconceitos mais amplos presentes na sociedade. Estudos indicam que a aceitação do nome social e a adaptação das práticas profissionais são influenciadas por normas culturais e preconceitos que desconsideram a identidade de gênero não binária e trans (Lima, 2021; Pereira *et al.*, 2019). A resistência pode, portanto, ser vista como parte de um problema maior de discriminação e falta de compreensão sobre questões de gênero e sexualidade.

É relevante observar como os profissionais percebem que diversos fatores subjetivos, como a educação e o histórico pessoal, moldam valores e, por consequência, criam diferentes formas de moralidade. Esses fatores atuam como barreiras ao atendimento completo e de qualidade para a população LGBTQIAPN+ (Pereira *et al.*, 2019). Também é crucial notar que a religião aparece nos discursos como um elemento que contribui para a formação de valores que resultam em comportamentos discriminatórios. Essa perspectiva foi abordada

anteriormente nesta pesquisa, ao destacar as preocupações com a institucionalização do fundamentalismo conservador, especialmente no âmbito do poder legislativo brasileiro (Luna, 2023). Esse fenômeno tem se mostrado um obstáculo significativo para os direitos da população LGBTQIAPN+, além de estar ligado à patologização de suas sexualidades. Quinalha (2022, p. 45) observa que:

Tal repertório de garantias insere o Brasil em uma seleta e pequena lista de países que asseguram, ao menos oficialmente, os principais direitos de orientação sexual e de identidade de gênero. Com efeito, além da luta contra a violência e o preconceito, foram as reivindicações de casamento igualitário para homossexuais e de uso do nome social e do gênero autopercebido pelas pessoas trans nos documentos que constituíram as principais bandeiras desse movimento social nas últimas décadas (e século).

A saúde mental da população LGBTQIAPN+ é uma questão crítica que merece atenção urgente e aprofundada. Diversos estudos e pesquisas indicam que indivíduos que se identificam como parte dessa comunidade enfrentam taxas significativamente mais altas de depressão, ansiedade e comportamento suicida em comparação com a população em geral (Gomes *et al.*, 2018; Quinalha, 2022; Melo; Silva; Mello, 2019). Esses desafios são, em grande parte, consequência de fatores como discriminação, estigmatização e falta de suporte adequado. A elevada incidência de transtornos mentais entre os sujeitos LGBTQIAPN+ pode ser atribuída a um ambiente social hostil e excludente (Gomes *et al.*, 2018). A subalternização e o preconceito são experiências comuns que afetam diretamente o bem-estar psicológico. Assim como a exclusão social, a violência e a rejeição por parte da família e da comunidade têm um impacto profundo na saúde mental desses indivíduos, contribuindo para o desenvolvimento de condições como depressão e ansiedade (Cruz Neto *et al.*, 2023).

Estudos realizados por Silva, Leite Júnior e Nascimento (2023) evidenciam que a discriminação e o estigma são fatores de estresse crônicos que aumentam a vulnerabilidade a transtornos mentais. A constante exposição ao preconceito e à rejeição pode levar a uma internalização negativa da identidade, resultando em baixa autoestima e sentimentos de inadequação. Esses fatores combinados contribuem para uma maior prevalência de comportamentos suicidas entre a população LGBTQIAPN+ (Pereira *et al.*, 2019). Em consonância com Melo, Silva e Mello (2019) “tal cenário gera sofrimento psicossocial intenso, decorrente de uma atmosfera social ansiogênica, que muitas vezes resulta em

conflitos internos, angústia e insegurança, deixando a população LGBT mais propensa a manifestar sintomas depressivos”.

A importância dos serviços de apoio e acolhimento para a comunidade LGBTQIAPN+ não pode ser subestimada. É fundamental que existam estruturas de suporte psicológico que atendam às necessidades específicas dessa população. Serviços de saúde mental devem ser acessíveis, sensíveis e capacitados para lidar com questões de identidade de gênero e orientação sexual (Lucca, 2023). Programas de apoio e terapia que considerem o contexto de vida e os desafios enfrentados pelos indivíduos LGBTQIAPN+ são essenciais para proporcionar um atendimento eficaz e respeitoso (Guimarães, 2018). Assim, Abade, Chaves e Silva (2020, p. 13) destacam que “os estudos são categóricos em demonstrar a determinação social da orientação sexual e da identidade gênero no maior risco para problemas em saúde mental”.

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é fundamentado em princípios de universalidade, equidade e igualdade, com a missão de oferecer assistência à saúde de forma integral e sem discriminação. No entanto, a aplicação desses princípios ao atendimento da população LGBTQIAPN+ revela tanto avanços quanto desafios consideráveis (Bezerra *et al.*, 2019). A investigação do acesso da comunidade LGBTQIAPN+ ao SUS deve considerar como esses princípios são traduzidos na prática e identificar áreas onde o sistema ainda precisa evoluir para garantir um atendimento verdadeiramente inclusivo e igualitário (Esteves *et al.*, 2021).

Universalidade é um dos pilares do SUS, que estabelece que todos os cidadãos, sem exceção, têm direito ao acesso à saúde. Esse princípio implica que a população LGBTQIAPN+ deve ter o mesmo acesso a serviços de saúde que qualquer outra pessoa (Brasil, 1990). No entanto, na prática, a universalidade enfrenta obstáculos quando há barreiras estruturais e culturais que dificultam o acesso aos serviços para essa comunidade (Melo *et al.*, 2020). A discriminação e o preconceito, tanto por parte de profissionais de saúde quanto no ambiente dos serviços, podem desencorajar indivíduos LGBTQIAPN+ a buscar cuidados médicos necessários. A falta de treinamento e sensibilização sobre as necessidades específicas dessa população contribui para um atendimento desigual, comprometendo a efetividade da universalidade (Reis; Pereira, 2022).

Outro princípio é a equidade, que refere à necessidade de adaptar os serviços de saúde para atender às necessidades específicas de diferentes grupos, garantindo que cada

pessoa receba o cuidado necessário para alcançar um estado de saúde adequado. Para a população LGBTQIAPN+, a equidade exige a consideração de aspectos únicos relacionados à identidade de gênero e orientação sexual (Simões, 2018). Isso inclui a disponibilização de serviços especializados que abordem questões de saúde mental, cuidados hormonais e suporte psicológico, que são mais relevantes para essa comunidade (Clemente, 2019). A falta de políticas específicas e recursos adequados para lidar com essas necessidades resulta em desigualdades no atendimento. Programas de saúde pública e iniciativas educativas voltadas para a diversidade de gênero e sexualidade são essenciais para promover a equidade no acesso e na qualidade dos serviços prestados (Reis; Pereira, 2022).

A igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios, é um princípio fundamental do SUS que busca garantir que todos os indivíduos recebam um tratamento justo e não discriminatório (Art. 7º, IV, da Lei n. 8.080/1990) (Brasil, 1990). No contexto da população LGBTQIAPN+, isso significa que o atendimento deve ser fornecido de forma respeitosa e livre de julgamentos (Filipiack; Gaspodini, 2019). No entanto, a realidade contrasta com esse ideal. Estudos indicam que indivíduos LGBTQIAPN+ enfrentam desafios significativos, como a falta de reconhecimento do nome social, o tratamento inadequado e o estigma. Essas práticas não apenas violam o princípio de igualdade, mas também impactam negativamente a experiência de saúde dos pacientes e seu acesso aos serviços (Melo *et al.*, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo buscou analisar as políticas públicas de saúde e inclusão da diversidade sexual e de gênero, o que revelou ser um panorama complexo e desafiador no Brasil, principalmente em governos autoritários e com ideologias conservadoras e tradicionais. Em primeiro plano, ao identificar os atores envolvidos e as concepções de diversidade sexual e de gênero, evidencia-se a multiplicidade de vertentes sexuais e de identidades e experiências que compõem a população LGBTQIAPN+. Essa diversidade demanda um reconhecimento amplo e uma abordagem inclusiva que vá além das normativas

tradicionais, promovendo um ambiente onde todas as pessoas tenham seus aspectos constitutivos respeitados e valorizados.

A implementação de políticas públicas de saúde voltadas para esse público específico tem se mostrado uma arena de intenso debate entre forças democráticas e conservadoras. A democracia, com sua essência inclusiva, busca garantir direitos iguais e acesso universal aos serviços de saúde, enquanto o conservadorismo muitas vezes resiste a essas mudanças, baseando-se em argumentos morais e religiosos que visam manter normas tradicionais de gênero e sexualidade. Essa tensão é refletida na elaboração e execução das políticas de saúde, onde avanços significativos podem ser comprometidos por resistências ideológicas e políticas.

Na área do Sistema Único de Saúde (SUS), a análise das barreiras enfrentadas pela população LGBTQIAPN+ revela que, apesar de serem sujeitos de direito, muitos ainda encontram entraves em acessar serviços básicos de saúde de forma equitativa e respeitosa. A falta de capacitação dos profissionais de saúde, os preconceitos estruturais e a insuficiência de políticas específicas criam um cenário de exclusão, marginalização e vulnerabilidade. Essas barreiras não apenas comprometem a qualidade do atendimento, mas também violam princípios fundamentais de direitos humanos e agravam disparidades em saúde.

Dessa forma, para promover uma inclusão eficaz da diversidade sexual e de gênero no sistema de saúde, é imperativo um esforço conjunto que envolva a reformulação de políticas públicas, a capacitação contínua dos profissionais de saúde e a sensibilização da sociedade como um todo. Somente por meio de uma abordagem integrada e inclusiva será possível garantir que a população LGBTQIAPN+ tenha acesso a serviços de saúde de qualidade, que respeitem suas especificidades e promovam a equidade.

REFERÊNCIAS

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**, v. 30, p. e300418, 2020.

ALAMINO, Felipe Nicolau Pimentel; DEL VECCHIO, Victor Antonio. Os Princípios de Yogyakarta e a proteção de direitos fundamentais das minorias de orientação sexual e de identidade de gênero. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo**, v. 113, p. 645-668, 2018.

ALMEIDA, Ana Isabella Sousa; RIBEIRO, José Mendes; BASTOS, Francisco Inácio. Análise da política nacional de DST/Aids sob a perspectiva do modelo de coalizões de defesa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 03, p. 837-848, 2022.

ALVES, Edilson Dantas. A criação do programa Brasil sem homofobia: progressos e crítica. **Entropia**, v. 4, n. 8, p. 54-70, 2020.

ALVES, Felipe Laurêncio de Freitas; CRUZ, Wellisson Vilarinho; SOUSA, Arnaldo Vieira. Direitos Humanos e doação de sangue por homens-que-fazem-sexo-com-homens (HSH): análise do julgamento da ADI 5543/DF. **Revista de Direito**, v. 13, n. 1, p. 1-23, 2021.

ANDRADE, Gabriel Souto de. **Políticas públicas LGBT: quais os impactos da política “Brasil sem Homofobia” para a comunidade LGBTQIA+?** 2020. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/14932>. Acesso em 20 jul. 2024.

ANTUNES, Josiene Camelo Ferreira. Políticas públicas e legislações à população LGBT: última década. In: **Congresso Internacional de Direitos Humanos de Coimbra**. 2022.

ARAGUSUKU, Henrique Araújo *et al.* Estado, políticas sexuais e cidadania LGBT no Brasil pós-impeachment. **Rebeh-Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 2, n. 4, p. 5-33, 2019.

BELMONTE, Laura. **LGBT+ na luta: avanços e retrocessos**. Tradução: Alcebiades Diniz Miguel. São Paulo: Contexto, 2024.

BEZERRA, Marcos Vinicius da Rocha *et al.* Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe 8, p. 305-323, 2019.

BORTOLOZZI, Remom Matheus. Mosaico de Purpurina: revisitando a História do Movimento LGBT no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 691-695, jul./set. 2019.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 23 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em: 23 jul. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade 5.543/DF**. Relator: Min. Edson Fachin. Brasília, 11 mai. 2020. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15344168708&ext=.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2024.

CAUMO, Bruna Lucas; CALAZANS, Márcia Esteves. Políticas públicas para a população LGBTI no Brasil. **Anais do Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade**, p. 1-7, 2018.

CLEMENTE, Anselmo. Diálogos entre saúde mental e homossexualidade: Notas sobre produção de subjetividade, sofrimento e opressão. **Rebeh-Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 2, n. 1, p. 42-58, 2019.

CRUZ NETO, João *et al.* Acesso e uso dos sistemas de saúde pela população LGBTQIAPN+ sob a ótica do cuidado biopsicossocial. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 47, n. 3, p. 149-167, 2023.

DOMENE, Fernando Meirinho *et al.* Saúde da população LGBTQIA+: revisão de escopo rápida da produção científica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 3835-3848, 2022.

ELÍBIO JÚNIOR, Antônio Manoel; OLIVEIRA, Ricardo Alecsander de Queiroz. Apresentação: Dossiê “Direitos Humanos, história e ativismos LGBTQIAPN+ na contemporaneidade”. **Boletim do Tempo Presente**, v. 12, n. 07, p. 1-2, 2023.

ESTEVES, Brenner de Oliveira *et al.* Acolhimento da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros, queers, intersexuais, assexuais e demais orientações (LGBTQIA+) no sistema único de saúde: Preconceito e sofrimento. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 5, p. 22316-22330, 2021.

FERREIRA, Breno de Oliveira; NASCIMENTO, Marcos. A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3825-3834, 2022.

FILIPIACK, Isadora Cechin; GASPODINI, Icaro Bonamigo. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: revisão de literatura. **Persp Psicol**, v. 23, n. 2, p. 40-56, 2019.

GAMA, Maria Clara Brito da. Cura gay? Debates parlamentares sobre a (des)patologização da homossexualidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, p. 4-27, 2019.

GASPODINI, Icaro Bonamigo; JESUS, Jaqueline Gomes de. Heterocentrismo e ciscentrismo: Crenças de superioridade sobre orientação sexual, sexo e gênero. **Revista Universo Psi**, v. 1, n. 2, p. 33-51, 2020.

GOMES, José Cleudo; ZENAIDE, Maria de Nazaré Tavares. A trajetória do movimento social pelo reconhecimento da cidadania LGBT. **#Tear: Revista de Educação, Ciência e Tecnologia**, v. 8, n. 1, 2019.

GOMES, Sávio Marcelino *et al.* O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 4, p. 1120-1133, 2018.

GONÇALVES, Maria Eduarda Sostag Ferreira *et al.* Políticas públicas de saúde para a comunidade LGBTQIAPN+ no Brasil: revisão bibliográfica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 2, p. e67763-e67763, 2024.

GUIMARÃES, Rita de Cássia Passos. **Estigma e Diversidade Sexual nos Discursos dos(as) profissionais do SUS: desafios para a saúde da população LGBT**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/34523?mode=full>. Acesso em: 24 jul. 2024.

LIMA, Simone Alvarez. ADI 5.543/DF: Da Inconstitucionalidade da Proibição da Doação de Sangue por Homossexuais. **Revista da EMERJ**, v. 23, n. 1, p. 246-266, 2021.

LUCCA, Thadeu de Oliveira. **Política nacional de saúde integral à população LGBT, identidades e orientação sexual de pessoas trans: uma proposta de atualização do cadastro no prontuário hospitalar**. 2023. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/30791/TCCE_EG_2023_%20LUCCA_THADEU.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 20 jul. 2024.

LUNA, Naara. Conservadorismo na política no governo Bolsonaro: novas articulações, valores religiosos e pauta de costumes. **Cultura y religión**, v. 17, 2023.

MELLO, Luiz; BRITO, Walderes; MAROJA, Daniela. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. **Cadernos pagu**, p. 403-429, 2012.

MELO, Dayana Souza de.; SILVA, Bianca Luna da.; MELLO, Rosâne. A sintomatologia depressiva entre lésbicas, gays, bissexuais e transexuais: um olhar para a saúde mental. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 27, p. 1-8, 2019.

MELO, Izabella Rodrigues *et al.* O direito à saúde da população LGBT: desafios contemporâneos no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Psicologia e Saúde**, p. 63-78, 2020.

MELO, Jean Carlos Leal Carvalho et al. Acesso de Pessoas LGBTQIAPN+ aos serviços de saúde na Atenção Primária em Saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 1, p. e14781-e14781, 2024.

MONTEIRO, Ana Lucia; VILLELA, Wilza Vieira. A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da idéia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. **Revista Psicologia Política**, v. 9, n. 17, p. 25-45, 2009.

MORAIS, Argus Romero Abreu de; LOPES, Luiz Paulo da Moita. “Virada moral” e entextualização do homossexual como pedófilo em falas de Bolsonaro no congresso (2000 a 2018). **Revista de Linguística**, São José do Rio Preto, v. 68, p. e17547, 2024.

MUNIZ, Carolina Gonçalves; BRITO, Cláudia. O que representa o diagnóstico de HIV/Aids após quatro décadas de epidemia? **Saúde em Debate**, v. 46, n. 135, p. 1093-1106, 2022.

NOGUEIRA, Francisco Jander de Sousa; ARAGÃO, Thalia Ariadne Peña. Política Nacional de Saúde Integral LGBT: o que ocorre na prática sob o prisma de usuários(as) e profissionais de saúde. **Saúde e pesquisa**, v. 12, n. 3, p. 463-470, 2019.

OLIVEIRA, Daniel Canavese de. Representatividade da população LGBTQIA+ nas pesquisas epidemiológicas, no contexto da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: ampliar a produção de conhecimento no SUS para a justiça social. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 1, p. e2022020, 2022.

PATROCINO, Laís; NOLASCO, Taís Moraes; VIANA, Joane Victória Bastos. Saúde LGBTQIAPN+. **Expressa Extensão**, v. 29, n. 2, p. 7-15, 2024.

PEREIRA, Gerson Fernando Mendes *et al.* HIV/aids, hepatites virais e outras IST no Brasil: tendências epidemiológicas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190001, 2019.

PEREZ, Olivia Cristina; SANTOS, Gustavo Gomes da Costa. Políticas públicas em âmbito federal para a população LGBTQIA+: do projeto participativo ao autoritário. **Simbiótica Revista Eletrônica**, v. 10, n. 2, p. 12-30, 2023.

QUINALHA, Renan. **Os direitos LGBT sob o governo Bolsonaro**. 2019. Disponível em: <https://diplomatie.org.br/os-direitos-lgbt-sob-o-governo-de-bolsonaro>. Acesso em: 24 jul. 2024.

QUINALHA, Renan. **Movimento LGBTI+**: uma breve história do século XIX aos nossos dias. Belo Horizonte: Autêntica, 2022.

REIS, Gabriel; PEREIRA, Ednéia de Fátima. Políticas públicas para a população LGBT. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, p. e466111537617-e466111537617, 2022.

SANTOS, Manoel Antônio *et al.* Transexualidade, ordem médica e política de saúde: controle normativo do processo transexualizador no Brasil. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 3-19, 2019.

SILVA, Amanda Camargo Marques *et al.* A dignidade humana: uma análise a partir de Kant e Sartre. **Revista de Ciências Jurídicas e Sociais da UNIPAR**, v. 24, n. 1, 2021.

SILVA, Anabella Pavão da; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. Breves compreensões sobre as “cores” da diversidade sexual e de gênero: situando o serviço social. **Temporalis**, v. 19, n. 37, p. 102-117, 2019.

SILVA, Elder Luan Santos. Neoconservadorismo e Ofensivas antigênero no Brasil: A mobilização da “Ideologia de Gênero” e a produção de LGBTfobias no Governo Bolsonaro. **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 4, n. 14, p. 331-363, 2021.

SILVA, Luan Layzon Souza; LEITE JÚNIOR, Francisco Francinete; NASCIMENTO, Isaac Marlon Vasconcelos. Saúde mental e o cuidado à população LGBTQIAPN+: orientação sexual e diversidade de gênero como determinantes sociais da saúde. **Revista Sustinere**, v. 11, n. 1, p. 167-190, 2023.

SIMÕES, Júlio Assis. Antropologia e diversidade sexual e de gênero no Brasil: tramas de políticas e saberes. **A antropologia e a esfera pública no Brasil: perspectivas e Res Severa Verum Gaudium**

prospectivas sobre a associação brasileira de antropologia no seu 60º aniversário, p. 433-448, 2018.

SIMPSON, Keila; BENEVIDES, Bruna. 20 anos de Visibilidade Trans, do Luto à luta! **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 33, p. e2024034, 2024.

SIQUEIRA, Dirceu Pereira; MACHADO, Robson Aparecido. A proteção dos direitos humanos LGBT e os princípios consagrados contra a discriminação atentatória. **Revista Direitos Humanos e Democracia**, v. 6, n. 11, p. 167-201, 2018.

SOUSA, Carlos Augusto Alves de; MENDES, Diego Costa. Políticas públicas para a população LGBT: uma revisão de estudos sobre o tema. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 19, n. spe, p. 642-655, 2021.

VIEGAS, Maria Eduarda de Oliveira *et al.* Além da tolerância: abordando disparidades de saúde na população LGBTQIAPN+. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 1, p. 2645-2654, 2024.

VIGANO, Samira de Moraes Maia; LAFFIN, Maria Hermínia Lage Fernandes. Gênero e Sexualidade: concepções e discussões acerca da educação. **Revista Espaço do Currículo**, v. 12, n. 1, 2019.