

LABORATÓRIO DE GESTÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Eliane Almeida

ENTRE O DIREITO E A NORMA:
o discurso do Programa Brasil sem Homofobia e sua repercussão na saúde

Orientadora: Grasielle Nespoli

Rio de Janeiro
2009

Eliane Almeida

ENTRE O DIREITO E A NORMA:
o discurso do Programa Brasil sem Homofobia e sua repercussão na saúde

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
como requisito parcial para aprovação no curso
técnico de nível médio em saúde com habilitação em
Gestão em Serviços de Saúde.

Orientadora: Grasielle Nespoli

Rio de Janeiro

2009

Eliane Almeida

ENTRE O DIREITO E A NORMA:
o discurso do Programa Brasil sem Homofobia e sua repercussão na saúde

Aprovado em ___ / ___ / ___

BANCA EXAMINADORA

Mestre Grasielle Nespoli, EPSJV – Fiocruz

Doutora Adriana Geisler, EPSJV – Fiocruz

Doutora Márcia Cavalcante Raposo Lopes, EPSJV – Fiocruz

*Dedico este trabalho ao querido amigo Luan Cassal.
Sem ele eu não teria uma visão tão diferenciada do universo LGBT
e não teria nem metade da diversão que consigo quando estou com ele*

AGRADECIMENTOS

Isso não seria uma página de agradecimentos se eu não começasse demonstrando a minha satisfação com as amizades que consegui conquistar no decorrer da minha vida. Quero agradecer imensamente aos que entraram na minha vida e que permanecem: Ester, Mirella, Júlia e Tiano.

Quero agradecer também aos que não permaneceram, mas tiveram sua importância no tempo que coube a cada um. De uns segui caminho diferente, de outros simplesmente a proximidade vem se desfazendo. Mas me sinto feliz sabendo que aproveitei, se não o máximo, pelo menos o meu máximo do que cada um tinha a me oferecer. É das minhas relações que sou construída.

A Grasi precisa receber um agradecimento especial por toda dedicação e paciência na elaboração desse trabalho. Foram muitos meses de aflição, encontros depois da hora e livros emprestados para chegarmos a uma decisão quanto ao tema que trabalharíamos. Acho que crescemos muito no desenvolver dessa monografia. Que ela era excelente profissional eu sempre soube, mas descobri também a adorável amiga.

Ainda falando de profissionais da escola, gostaria de agradecer a Adriana e a Márcia por terem aceitado participar da minha banca, por todo apoio oferecido e todas as dicas dadas que com certeza me ajudaram muito a dar o melhor rumo possível para o meu trabalho.

Mas acho que de tudo que me aconteceu durante esses três anos nada foi mais interessante e surpreendente que conhecer uma pessoa tão certa e tão sem sentido como o Daniel. Acho que enfim achei meu jogador de War.

*“O bom é beijar a boca de quem a gente ama
e que não vale a pena se importar
se é cavalheiro ou dama.”
(Leila Maria)*

RESUMO

Essa monografia busca compreender a construção normativa da sexualidade e a luta social pelos direitos de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (GLBT). Após uma discussão sobre a dimensão histórica e social da sexualidade e de iniciativas voltadas para o direito de cidadania de GLBT, é apresentada uma análise do Programa Brasil sem Homofobia no que tange suas diretrizes, estratégias, ações e suas repercussões na saúde. O objetivo desse trabalho é compreender as mudanças ocorridas no discurso em relação ao modelo normativo que trata a sexualidade. Para tanto foi realizada revisão de artigos e documentos sobre o tema. O Programa Brasil sem Homofobia representa a institucionalização da participação e do debate sobre o direito de GLBT, que na saúde se expressa pela elaboração da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

Palavras-Chave: Direito à Saúde; História da Sexualidade; Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA SEXUALIDADE E DA LUTA SOCIAL PELA DIVERSIDADE.....	10
3 O PROGRAMA BRASIL SEM HOMOFOBIA E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS.....	20
4 CONCLUSÃO.....	29
REFERÊNCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

A partir da definição do conceito de saúde estabelecido na Constituição Federal de 1988 - “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988) -, não se pode mais ignorar os aspectos social e político como determinantes na conquista da saúde. Por isso, para garantir a definição constitucional, o processo de construção do Sistema Único de Saúde deve ocorrer por meio de políticas e estratégias capazes de induzir mudanças fundamentais para se “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”, tal como definido no Título I – Dos Princípios Fundamentais - da Constituição Federal de 1988.

Considerando a sexualidade e o gênero como determinantes do processo saúde-doença, uma iniciativa importante em curso é a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT) que coloca em evidência e reforça o direito de todos à saúde, pelo acesso universal e igualitário aos serviços e ações de promoção, prevenção e cuidado. Essa política resultou da participação do movimento social de Gays, Lésbicas Bissexuais, Travestis e Transexuais (GLBT) organizado e de iniciativas promovidas nos últimos anos como o Programa Brasil sem Homofobia e a 1ª. Conferência Nacional de GLBT.

A atualidade dessa iniciativa incentivou a elaboração dessa monografia que busca compreender tanto a construção normativa da sexualidade (que define como normal a heterossexualidade) como a luta social pelos direitos de GLBT. Nesse sentido, esse trabalho discute, inicialmente, a dimensão histórica e social da sexualidade e da luta pelos direitos de GLBT. Em seguida apresenta uma análise do Programa Brasil sem Homofobia no que tange suas diretrizes, estratégias, ações e suas repercussões na saúde que colaboram com a desconstrução da imagem do movimento de GLBT como subversivo e patológico. Por fim, aborda as mudanças ocorridas no discurso em relação ao modelo normativo produzido histórica e culturalmente.

A pesquisa realizada foi exploratória e pautou-se em dois métodos: i) Pesquisa e revisão de artigos sobre o tema disponíveis no Scielo (Scientific Electronic Library Online); ii) Pesquisa de documentos que registram o Programa Brasil sem Homofobia e seus desdobramentos na saúde.

A pesquisa bibliográfica foi importante para revisar o tema e enriquecer o debate com informações atuais. Gil afirma que “a principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente” (2008, p.50), isto é, que analisar dados secundários amplia o leque de investigação em relação à análise de dados primários.

Já a pesquisa documental, para Gil, “assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A única diferença entre ambas está na natureza das fontes” (idem, p.51). Diferente da pesquisa bibliográfica, a documental pode não ter recebido ainda tratamento analítico quando analisados documentos de primeira mão que possuem dados primários.

Além disso, seguindo o pensamento de Foucault (1970) sobre a produção do discurso como mecanismo usual na nossa sociedade para o exercício do poder, não podemos desconsiderar, em contrapartida, os discursos produzidos por movimentos organizados e minorias que lutam por seus direitos. Neste sentido, todo processo investigativo e analítico considerou os textos bibliográficos e documentais como discurso que, segundo Foucault: “(...) não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar.” (1970, P.10)

Analisar um programa voltado para o grupo LGBT é prestigiar a luta de um segmento social que no decorrer da história foi jogado à margem da sociedade por padronizações sociais movidas relações de poder. Este trabalho coloca a sexualidade em discurso não com a finalidade de exercer um controle sobre a mesma, mas de promover mudanças voltadas para a liberdade e para o respeito à diversidade sexual.

Mas a relevância real desta pesquisa está no seu local de produção, visto que está sendo elaborada em uma instituição pública de educação em saúde, onde não há nenhum trabalho instituído para uma desconstrução desse modelo normativo que trata a sexualidade. Sinto que esta escola dá continuidade à lógica do “não falar sobre o que não existe” e, como ela está formando os novos profissionais da área da saúde, uma pesquisa que coloque esse tema em discurso pode contribuir para o debate e para superação de práticas discriminatórias.

2 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA SEXUALIDADE E A LUTA SOCIAL PELA DIVERSIDADE

O enunciado da diversidade sexual humana é hoje possível em função dos deslocamentos epistemológicos, bem como de mudanças sociopolíticas e tecnológicas ocorridas a partir do século XVIII. Sexo e sexualidade são termos que se constituem em objetos de pesquisa e discussão teórica em diversas áreas do conhecimento nesse início do século XXI. Uma estratégia historicizante torna-se fundamental, portanto, para que se possa compreender como determinadas áreas monopolizaram essa discussão. (TONELI, 2008, p.62)

A questão da diversidade sexual tem conquistado bastante evidência na atualidade. Hoje no mundo todo e, em especial, no Brasil, existe um conjunto de iniciativas e de políticas que tratam desse tema e buscam produzir novas relações pautadas no respeito à diferença e no direito à livre expressão. Ainda que permaneçam práticas preconceituosas é possível perceber uma construção teórica que afirma que a sexualidade e as formas de relação entre homens e mulheres são produções históricas e estão, assim, articuladas com fatores econômicos, sociais, políticos e culturais.

Foucault (1985) no seu livro *História da Sexualidade*, vol. 1, aponta que a partir do século XVIII houve uma mudança no que diz respeito ao trato da sociedade sobre a sexualidade. As práticas sexuais ainda não eram regradas e bem definidas até o início desse período. Quando a monogamia passa a ser mais respeitada, a questão sexual volta-se para a vida conjugal e ocorre um maior empenho social para tornar as relações algo bem estabelecido, tanto moral quanto judicialmente.

Engels (1980), no livro *A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado*, mostra como a monogamia foi definida como uma forma de relação sexual e conjugal entre o homens e mulheres no período da modernidade, ou que ele chama, segundo a delimitação de Morgan, de civilização, período de maior complexidade na utilização de produtos naturais, além de ser a fase da industrialização e das artes¹.

Para Engels (1980), a monogamia rompe com práticas dos períodos anteriores como a poliandria, a poligamia e o incesto². O fato da evolução da monogamia dar conta do amor

¹ Engels utiliza a classificação de Morgan para exemplificar a evolução social, basicamente, em três etapas: i) o estado selvagem, fase em que o homem consome quase que somente produtos já prontos na natureza e os instrumentos produzidos são utilizados com a finalidade de auxiliar a apropriação desses bens; ii) o estado de barbárie, onde começa a prática da agricultura e da criação de gado e; iii) civilização, maior complexidade na utilização de produtos naturais, além de ser a fase da industrialização e das artes. Essas três divisões são estabelecidas por meio do que é consumido pelo homem e a sua forma de trabalho. Para o autor são formas plausíveis de ilustrar avanços e transformações do homem, partindo da sua forma mais primitiva até a era industrial, chamada de civilizada.

² Para ilustrar que o incesto era algo natural em algumas sociedades, Engels relata as relações entre duas tribos australianas: os krokis e os kumites. Um kroki tem o direito de possuir toda mulher kumite, até mesmo a filha

sexual moderno não significa que esse desenvolvimento foi baseado no amor entre marido e esposa. Um sexo ser considerado superior ao outro ilustra esta tese. A primeira forma de relação em que se vê claramente o envolvimento emocional entre casais é o amor ilustrado nas poesias sobre o cavalheirismo da Idade Média. Mas esse amor não pode ser considerado conjugal, visto que mostrava, muitas vezes, a relação de adultério da mulher, não podendo ser excluído, assim, o amor pelo amante.

Com o surgimento de uma nova classe econômica (a burguesia), segundo Engels (1980), a monogamia assumiu duas formas de se estabelecer: 1) nos países católicos os casamentos eram normalmente arranjados pelos pais por interesses econômicos; 2) já nos países protestantes os burgueses tinham maior liberdade para escolher seus parceiros, mas dentro de sua classe social. Contudo, essa liberdade oferecida era um meio de manter as aparências do próprio protestantismo.

Um exemplo de relação em que a monogamia é praticamente plena é o casamento do proletariado. O homem nessa relação não tem bens financeiros para estabelecer uma relação de domínio sobre a mulher. Esta, com a industrialização, é arrancada do seu lar e conseqüentemente adquire a mesma colocação social que os homens. Não tendo mecanismos de supremacia de um sexo sobre outro e nem casamentos arranjados, os proletariados são, para Engels, o exemplo de indivíduos livres para estabelecer relações mais próximas do casamento por amor, desde que o ser amado seja igualmente proletariado.

Segundo Foucault, para tornar essa nova lei efetiva, a monogamia, foi necessário fazer com que as pessoas a praticassem e a respeitassem. Para tal, foram criados alguns mecanismos de reeducação sexual, que possibilitaram que entidades de poder (como o Estado e a Igreja) elaborassem discursos sobre a sexualidade, tema que não era antes comum. A partir do século XVIII, ao contrário do que se afirma, não houve uma repressão das práticas sexuais, mas sim uma incitação, a estratégia era incentivar falas para reprimir ações.

Um método muito eficiente utilizado pela Igreja era a confissão. O indivíduo era incentivado a pensar sobre si, a analisar seu próprio sexo, a descrever seus prazeres e desejos para uma outra pessoa. Esse estímulo à fala foi importante para o autoconhecimento humano, mas foi criado visando objetivos desagradáveis e cruéis. Pensar sobre seu sexo não para melhorar suas formas de prazer, mas para ter consciência de que suas ações são erradas e ferem toda uma ordem superior. É um processo de castração e de produção da culpa.

Além da reeducação, havia a educação das crianças. A estas eram ensinadas desde

que gera nessas mulheres. Porque essa nova menina não será necessariamente sua filha, visto que todos os demais krokis possuem igualmente as mesmas mulheres.

cedo as formas corretas para estabelecer relações dentro da sociedade em que estavam inseridas. Sem um conhecimento prévio sobre o mundo e sobre si, a forma ensinada por discursos castradores era a única visão de relacionamento que as crianças possuíam. Foucault entende a educação como o processo de incitação do falar sobre o sexo que define o que é normal e o que é patológico. Isso significa que essa incitação foi fundamental para o entendimento e para a construção heteronormativa da sexualidade

Os argumentos de Foucault nos levam a refletir acerca do orgulho da sociedade em se posicionar como oprimida, o prazer de mostrar que está se castrando e reprimindo suas vontades. A conclusão é que a construção da culpa no indivíduo foi tão bem elaborada, possui raízes tão profundas, que nos condicionamos a sofrer para não ter a “consciência pesada”. Segundo Foucault, reverter essa situação em prol da liberdade será tão trabalhoso quanto foi o processo castrador.

A síntese da História da Sexualidade seria “poder-saber-prazer” e, num primeiro momento, o essencial não seria observar o que se diz sobre o sexo, saber se há repressão ou não, mas perceber o que se fala, perceber a “colocação do sexo em discurso”, a maneira com que o poder controla e penetra o prazer rotineiro. Para Foucault, no final do século XVIII e no século XIX houve um estímulo à vontade de saber que abriu caminho para a expansão de certos discursos verdadeiros. Foucault lembra que a instância de produção discursiva também organiza silêncios, que as de produção de poder às vezes interdita e que as de produção de saber fazem circular erros ou desconhecimentos (1985, p.17)

Foucault, numa perspectiva histórica, revela as condições sociais que tornaram possíveis determinadas formas de relação entre homens e mulheres (como a monogamia e heterossexualidade), certos discursos sobre a sexualidade e certas tecnologias de poder sobre o corpo e a subjetividade humana. Foucault mostra como na modernidade o sexo foi colocado em discurso, mas um discurso normativo, binário, produtor do normal e do anormal.

Pensar a sexualidade como uma produção social e histórica é importante para desmistificar que formas de expressão e relação sexual, como a homossexualidade, ou de relação conjugal, como a poligamia ou a poliandria, são patológicas. Além disso, a dimensão histórica da sexualidade mostra como tecnologias de poder, como a confissão e o conhecimento de si, atuam no controle dos corpos e na normatização das subjetividades.

Com a apropriação do argumento histórico, na segunda metade do século XX, os movimentos sociais organizados começaram a enunciar um outro discurso - em favor da diversidade sexual e dos direitos de cidadania. Dois movimentos foram marcantes: o feminista e o homossexual.

Deve-se destacar nesse cenário, também, a emergência dos movimentos sociais organizados – especialmente os de minorias como o feminista e o homossexual –, a entrada massiva das mulheres no mercado de trabalho assalariado – acompanhada de sua crescente escolarização – e, na década de 1960, o advento da pílula anticoncepcional, que favoreceu sobremaneira a separação entre sexualidade e reprodução. (TONELLI, 2008, p.64)

Sarti (2004) no seu estudo sobre o movimento feminista mapeia de forma geral as principais mudanças no cenário brasileiro sobre o papel da mulher na sociedade a partir da década de 60. Para Sarti, essa renovação da função social feminina foi propiciada pela modernização que o Brasil sofreu. Modernização essa marcada por questões políticas e econômicas, pela intensa migração da população para os novos centros urbanos industrializados e por questões mais subjetivas como o estabelecimento de relações afetivas no modelo familiar que questionam principalmente a hierarquia de gênero.

A expansão do mercado de trabalho e do sistema educacional na fase inicial da ditadura, apesar de ainda excludentes, gerou novas oportunidades para as mulheres, facilitando sua inserção de forma ativa na sociedade. Além disso, a efervescência cultural de 1968 trouxe novidades no âmbito afetivo-sexual, incluindo os métodos anticoncepcionais que possibilitam que as mulheres tenham controle sobre seus corpos; fato que contribuiu para o enfraquecimento de relações familiares baseadas no autoritarismo e no caráter patriarcal, principalmente depois da década de 80 quando se inicia abertamente a discussão sobre direitos reprodutivos.

De acordo com Sarti (2004), durante a ditadura, grupos feministas se juntaram a grupos de esquerda e à Igreja Católica contra o regime autoritário vigente no Brasil. Para manter essa aliança com a Igreja, temas como aborto, sexualidade e planejamento familiar, por exemplo, eram discutidos apenas de forma privada. Apesar de não ter sido tratada de forma pública na época, a possibilidade de mulheres poderem pensar e decidir acerca das formas de se resguardarem foi um passo importante na transformação do seu papel na sociedade que, retomando o pensamento de Engels, desde a consolidação da monogamia vinha sendo, quase sempre, de mera criada sexual do homem.

A mulher ante a ditadura começou a romper com a imagem de dona de casa para questionar a ordem política vigente. Como principal efeito dessa luta destaca-se a transformação da própria imagem feminina. Com uma postura mais agressiva, mulheres militantes assumiram um comportamento sexual que as igualavam aos homens, pois tinham tanto êxito quanto ao pegarem em uma arma. Neste contexto, as mulheres sofriam discriminação por parte da direita por serem vistas como imorais e por parte da esquerda que

considerava que o movimento feminista não passava de reformismo burguês. Além do preconceito de outras mulheres que as consideravam antifemininas. (SARTI, 2004)

A questão de feminismo como diferente de feminino é uma concepção carregada até hoje, mas é fruto da própria estrutura social que supervaloriza o homem, sendo necessário que a mulher muitas vezes se masculinize para conseguir respeito, principalmente no mercado de trabalho. Não é oferecida uma alternativa para uma mulher que não deseja seguir o papel social que é imposto mediante seu sexo. Se a mulher tenta cumprir funções do gênero masculino, mas se mantém feminina, não vai conseguir nada além da discriminação por ser mulher. Se ela se deixa ser feminina vai ser discriminada por não cumprir com o que é esperado do seu sexo biológico. (SARTI, 2004)

Já em relação ao movimento homossexual, Rios (apud Dinis, 2008) lembra que a epidemia de HIV/Aids na década de 80 foi um fato desencadeador da consideração de direitos sexuais, apesar de ser também o responsável por muitos casos de discriminação e de produção de estigma. O fato uniu e deu força para grupos sociais criarem estratégias para o enfrentamento dessa nova doença. No início, quando não se sabia nada sobre o vírus HIV e a AIDS, a doença era denominada “câncer gay”, uma vez que os casos conhecidos no início da epidemia eram todos de homens homossexuais. Ou seja, foi necessário o movimento homossexual se organizar para se proteger porque ao invés da sociedade assumir esse papel ela só fez o trabalho de excluir e discriminar ainda mais o segmento social que estava sendo “vítima” de um vírus letal. Só houve um esforço social para vencer o vírus da AIDS quando os casos de mulheres contaminadas foram conhecidos, e estas foram integradas nessa mesma luta.

Segundo Facchini (apud Brasil, 2008, p.5):

a constituição do Grupo SOMOS, em 1978, representa um marco na origem do movimento GLBT no Brasil. Entretanto, apenas após a epidemia de HIV/Aids que irrompeu na década de 80, a população homossexual começa a se organizar como Movimento Homossexual Brasileiro (MHB). Em 1993, o movimento passa a ser denominado como Movimento de Gays e Lésbicas (MGL), sendo em 1995, surgido a sigla GLT por incorporar o segmento de Travestis. A partir de 1999, o movimento passa a ser definido pela sigla GLBT, contemplando em sua composição os segmentos de Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, entendendo que esta última denominação, refere-se a travestis e transexuais.

Quer dizer, na segunda metade do século XX, a sociedade brasileira passou por mudanças no âmbito econômico e social que despertaram em indivíduos motivações políticas e sentimentos antiditatoriais. Esse cenário contribuiu para que segmentos sociais minoritários começassem a lutar por uma nova sociedade através da elaboração de projetos e políticas que desconstruíssem o modelo social normativo e, assim, incorporassem novos discursos acerca da

diversidade sexual e de gênero.

Dinis (2008) aponta que documentos como os relatórios das Conferências Ibero-Americanas de Educação têm sido elaborados a partir da concepção de que é dever do Estado investir permanentemente no ensino superior garantindo, assim, a propagação de conhecimentos científicos e de políticas de inclusão através do estímulo ao exercício da cidadania e ao respeito aos direitos humanos. Esses documentos, juntamente com movimentos sociais, pressionam as universidades a discutirem sobre os novos sujeitos escolares e sobre a inclusão de grupos minoritários que cada vez mais reivindicam seu espaço na sociedade.

No Brasil, debates sobre a diversidade sexual na área da educação foram iniciados por volta da década de 90, mas, de acordo com Dinis (2008), a prática usual em espaços escolares é a ocultação da diferença não aceita socialmente. Uma forma para tentar negar a existência do homossexual é não colocar esse tema em discurso, não falar do que, supostamente, não existe. Outra estratégia é oprimir o indivíduo diferente impedindo que o mesmo se mostre em ambientes públicos, principalmente quando estes locais são espaços de construção de identidade de outros indivíduos como é o caso das escolas. Partindo da idéia de que conhecer o outro ou a diferença pode ser algo contagioso, abafa-se as anomalias para que estas não contaminem pessoas ditas normais, evitando despertar curiosidade sobre um universo incomum.

É uma forma de impedir que um número maior de pessoas apóiem essa forma alternativa de se relacionar, o grupo homossexual perderia a possibilidade de se expandir, de ganhar “aliados” e força, o que levaria, teoricamente, ao seu desaparecimento. Porém, o contato com o outro interfere na nossa própria subjetividade que não se constrói apenas por um eu, ela é resultado muito mais da troca de fluxos com os outros. A sua composição não é estática, imutável, a subjetividade se forma processualmente e continuamente. Só é possível evoluir e se transformar no contato com o que é diferente, logo a quebra na troca de fluxos impede a mutação da subjetividade. Ou seja, ser impedido de conhecer o outro, que é abafado socialmente, é perder a possibilidade de transformação e enriquecimento pessoal. Colocar a questão do gênero em discussão então não deve ser só uma bandeira a ser levantada por pessoas homossexuais, todos devem lutar pelo não impedimento de ter conhecimento sobre o diferente.

Além de locais de ensino, Dinis (2008) exemplifica outros locais que vem dando espaço para a discussão da temática da diversidade sexual, como a mídia. Ter o diferente exposto em uma novela ou em um filme, por exemplo, faz com que grupos minoritários conquistem espaço. Eles passam a existir para pessoas que nunca ouviram falar deles e

passam a ser visto por aqueles que os ignoravam. Tornam-se assunto, geram debates. Forçam as escolas a se adaptarem a essa “nova” realidade colocando a diversidade sexual como tema de discussão com os estudantes. Porém, a mídia em si não tem o caráter de gerar questionamentos, ela produz e reproduz maneiras padronizadas de modo de vida e de relações sociais.

Para o autor, veículos midiáticos têm sido instrumentos para a naturalização do homossexual. O indivíduo é o que é porque nasceu assim e ninguém tem culpa pelo que não pode mudar. Esse discurso pode indicar que a origem da homossexualidade está marcada por distúrbios biológicos e/ou fatores sociais imutáveis como a estrutura familiar. Esse discurso impossibilita que o homossexual assuma responsabilidades sobre seu desejo e sua escolha de relações afetivas e sexuais. A imagem que a mídia divulga quase sempre é do homossexual como “coitado”, criando um ambiente de maior tolerância social para essa pessoa que só é assim por fruto do destino, dando, assim, continuidade ao modelo de superioridade do heterossexual, visto que esse só aceita o diferente por pena. Porém, a tolerância é controlada, só se aceita o outro enquanto o outro não afeta a sociedade. Um exemplo disso é a maior intolerância a grupos mais extremos com relação ao não enquadramento na sociedade como os transexuais e travestis.

Além desse argumento explicar o fundamento do preconceito mais intenso que travestis e transexuais sofrem, ele explicita o motivo principal que rege as leis brasileiras e da América Latina. Rios (apud Dinis, 2008) diz que a tendência é cuidar do grupo GLBT pela explicação biomédica, pela idéia da “saúde sexual” que “patologiza” identidades de gênero e práticas sexuais, o que só legitima processos discriminatórios. Ao invés de batalhar para desconstruir o estigma do homossexual, esse discurso reforça movimentos homofóbicos com leis fundamentadas na questão biológica e não no direito sexual.

Não podemos deixar de lembrar que foi a própria psiquiatria a responsável pela criação das patologias sexuais. As classificações e conceitos serviram para colocar as práticas sexuais em caixinhas, rótulos. Toda prática possuiria um nome, uma definição, além da criação e do reforço da idéia de gênero. Ou seja, a psiquiatria foi também, por um tempo, assim como a escola e a mídia, um dos mecanismos de produção de subjetividade, um mecanismo que normatiza as formas de estabelecer relações com o outro. Somente em 1990 a OMS (Organização Mundial da Saúde) eliminou a homossexualidade da lista de transtornos mentais. Dinis relembra que discursos normatizam o prazer, criam verdades inquestionáveis e padronizam as relações amorosas e sexuais.

Dinis (2008) defende a idéia de que se deve colocar a temática de gênero em debate

como estímulo à reflexão. Deve-se questionar a fabricação de identidade. A busca tem que ser pelo conhecimento real do tema abordado e não pela banalização do discurso, como é realizada pela mídia. Sem o estudo aprofundado sobre a sexualidade não há como ter bases reais para a afirmação da heterossexualidade, pois esta seria opção única. Ignorando o outro pólo, se exclui a possibilidade do indivíduo ser algo diferente desse modelo relacional que lhe é ensinado como correto. As pessoas são ignorantes sobre a homossexualidade tanto quanto são sobre a própria heterossexualidade. Mas para ensinar sobre essas outras possibilidades é necessário que o educador, para Dinis (2008), bem como o profissional na área da saúde, para Lionço (2008), tenham uma formação ampla que dê subsídios para orientar sobre a temática da sexualidade.

A reformulação da linguagem é um ponto importante para a desconstrução desse modelo social que reafirma diferenças dando juízo de valor a uma ou outra característica. A menina é desde cedo ensinada que não importa o número de moças presentes, havendo um rapaz, na construção da frase que identifica o grupo é sempre usado o gênero masculino. Isso “incoscientemente” já ensina desde cedo que a mulher é subordinada ao homem. A linguagem masculino-dominante é um método excludente e que reproduz a idéia do papel da mulher na sociedade ser inferior ao do homem.

O discurso carrega em si cargas tanto positivas como negativas, logo é preciso tomar cuidado na escolha das palavras a serem usadas para impedir a proliferação de discursos disseminadores de preconceitos. Uma mudança é a substituição da palavra homossexualismo que está ligada à doença psiquiátrica por outras como homossexualidade, homoerotismo ou homoafetividade. Essa medida ajuda a não reduzir o indivíduo a uma única característica de sua subjetividade.

Rios (2007) vai um pouco mais adiante e propõe a substituição do termo homofobia para o uso da palavra heterossexismo para evidenciar a exclusão que os heterossexuais impõem às pessoas que não seguem a heteronormatividade. Da mesma forma que algumas feministas mais radicais vão defender a alteração da palavra homofobia por lesbifobia, pois não se sentem incluídas no termo usual. Porém, esses dois últimos termos, além de não cuidar da questão do gênero, caem em um erro muito comum dentro de grupos minoritários que é a defesa do seu interesse pessoal e não a luta coletiva. A busca por direitos básicos não deve ser uma forma de continuidade do modelo segregador da sociedade atual. Não deve visar apenas a mudança de quem está no poder, ou a mudança do que se considera norma, mas sim mudar toda estrutura de soberano e subordinado, normal e anormal. Se a luta é por diversidade, colocar a heterossexualidade na berlinda é igualmente uma forma de exclusão.

Dinis (2008) adverte que instituições financiadoras de pesquisa como o CNPq mostram resistência em investir nessa temática. Como argumento para essa postura é defendido que a Constituição Federal, apesar de tratar a sexualidade como tema transversal da sociedade, não diz nada claramente sobre a homossexualidade e outras formas de relação sexual, o que não acontece com diversidade étnica ou direito das mulheres, por exemplo, que são assegurados de forma mais explícita.

Esse argumento fundamentado pela forma vaga que as leis se estruturam se encontra também nos estudos de Lionço (2008) sobre a equidade no Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei Federal Nº. 8080/90 (Brasil, 1990). O SUS tem como princípios, dentre outros, a universalidade do acesso à saúde, a integralidade da atenção e a equidade, entendida como um mecanismo para garantir a universalidade, visto que a falta de respeito à diversidade de necessidades dificulta o oferecimento de cuidados diferentes para os diferentes usuários. Porém, como a equidade não é enfatizada na Constituição Federal e na legislação relativa ao SUS, a questão orçamentária dificulta políticas “paralelas” de saúde, dentre elas as políticas específicas para o grupo GLBT.

Assim, Dinis propõe algumas mudanças no âmbito da macropolítica dentro das instituições de ensino: alterar termos de linguagem; educar o educador sobre o estudo de gênero; divulgar material teórico sobre o tema; e incentivar pesquisas. Numa dimensão micropolítica é necessário tratar a questão de gênero com os educandos, analisando e criticando a imagem da sexualidade produzida pela mídia. Usar termos binários ajuda na conscientização sobre a existência de um diferente, mas não desconstrói a idéia excludente do seu uso. Esta medida é uma estratégia para o educador trabalhar o que o educando sente com o estereótipo imposto e ajudá-lo a construir sua personalidade e a conhecer seus limites, ao invés de só se encaixar em um rótulo produzido pela sociedade para qualificar os indivíduos.

O trabalho não deve ajudar nessa padronização das formas de se relacionar, mas deve ajudar a desconstruir esses rótulos, ou seja, não deve ampliar o limite da tolerância social pelo diferente e sim desconstruir todo e qualquer preconceito independente da categoria e da intensidade da diferença. Sendo as instituições sociais espaços de produção subjetiva, devemos recusar a idéia de uma única identidade dita verdadeira e normal. E os espaços escolares e terapêuticos precisam se reformular para lidar com a vasta quantidade de personalidades existente, bem como formar seus profissionais para auxiliar na quebra de fronteiras e delimitações na construção das subjetividades de seus educandos.

No âmbito da saúde, Lionço (2008) defende a idéia de que a desnaturalização da sexualidade é fundamental para o avanço da consolidação do direito à saúde integral para GLBT, bem como para a garantia de direitos básicos como a autonomia, o livre desenvolvimento da personalidade, a privacidade e a dignidade. Se juntamente à garantia desses direitos tivermos a desconstrução da reprodução como finalidade das relações sexuais daremos um passo muito importante para a democratização do direito sexual, além de possibilitarmos que a homossexualidade seja uma forma de expressão erótica e subjetiva. Ver o homossexualidade como uma construção histórica, social (e também biológica) da subjetividade e não como uma patologia é dizer não à medicalização da sexualidade que tenta normatizar o afeto humano tendendo à lógica heteronormativa.

Nesse sentido, políticas de saúde para o grupo GLBT ganharam evidência principalmente a partir de 2004 com a elaboração de projetos como Brasil sem Homofobia, cujo objetivo é garantir direitos fundamentais aos cidadãos inseridos no grupo GLBT e o combate à intolerâncias à esse grupo. Na contramão das concepções normativas que tratam a sexualidade, iniciativas enunciam um outro discurso e marcam a luta para a conquista do direito à diversidade sexual que repercute na saúde na forma de uma Política Nacional de Saúde Integral.

3 O PROGRAMA BRASIL SEM HOMOFOBIA E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

O Programa Brasil Sem Homofobia foi lançado em 2004 a partir de uma série de discussões entre o Governo Federal e a sociedade civil organizada com o intuito de promover a cidadania e os direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação homofóbicas. (BRASIL, 2004)

O programa Brasil sem Homofobia foi elaborado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH, Presidência da República) e pelo Conselho Nacional de Combate à Discriminação (Ministério da Justiça). A ação de combate à discriminação contra GLBT estava contemplada no Plano Plurianual (PPA)³ 2004/2007 do Governo Federal e foi então instituída na forma do Programa Brasil Sem Homofobia - Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGBT e de Promoção da Cidadania Homossexual - pela SEDH no primeiro ano de execução do PPA.

(...) Um dos objetivos centrais deste programa é a educação e a mudança de comportamento dos gestores públicos. (...) As políticas públicas traduzidas no Programa serão exitosas porque é uma decisão de todos, elaborada pelo consenso. Entretanto, a participação de cada um de nós como cidadão é importante para a consolidação dos direitos humanos como direitos de todos. (BRASIL, 2004).

O Programa Brasil Sem Homofobia é considerado uma política de Estado por, na sua elaboração, articular o Governo Federal e a Sociedade Civil visando reconstruir o papel do grupo GLBT na sociedade, enxergando nele cidadãos de direitos e não um grupo separado que precisa de cuidados especiais por ser diferente. O Programa tem por objetivo conquistar a equiparação de direitos para membros do movimento GLBT por meio da cidadania dos mesmos e do combate à violência e à discriminação homofóbica, pois visa a inclusão plena desses cidadãos na sociedade e a garantia da sua preservação pessoal independente da sua orientação sexual e gênero.

Como meios para efetivar esses objetivos, o Programa é composto por diferentes ações que se focam basicamente em 4 medidas:

- a) apoio a projetos de fortalecimento de instituições públicas e não-governamentais que atuam na promoção da cidadania homossexual e/ou no combate à homofobia;
 - b) capacitação de profissionais e representantes do movimento homossexual que atuam na defesa de direitos humanos;
 - c) disseminação de informações sobre direitos, de promoção da auto-estima homossexual;
 - d) incentivo à denúncia de violações dos direitos humanos do segmento LGTB.
- (BRASIL, 2004)

³ O plano plurianual (PPA) estabelece os projetos e os programas de longa duração de um governo no que diz respeito ao orçamento público, definindo objetivos e metas da ação pública para um período de quatro anos.

E tem por princípios:

- A inclusão da perspectiva da não-discriminação por orientação sexual e de promoção dos direitos humanos de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais, nas políticas públicas e estratégias do Governo Federal, a serem implantadas (parcial ou integralmente) por seus diferentes Ministérios e Secretarias.
- A produção de conhecimento para subsidiar a elaboração, implantação e avaliação das políticas públicas voltadas para o combate à violência e à discriminação por orientação sexual, garantindo que o Governo Brasileiro inclua o recorte de orientação sexual e o segmento GLTB em pesquisas nacionais a serem realizadas por instâncias governamentais da administração pública direta e indireta.
- A reafirmação de que a defesa, a garantia e a promoção dos direitos humanos incluem o combate a todas as formas de discriminação e de violência e que, portanto, o combate à homofobia e a promoção dos direitos humanos de homossexuais é um compromisso do Estado e de toda a sociedade brasileira. (BRASIL, 2004)
-

A discriminação como agenda pública no plano internacional foi discutida em 1995 na Conferência Mundial de Beijing (BRASIL, 2008b, p.5). Mas foi com a preparação para a Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Formas Conexas de Intolerância realizada em Durban, África do Sul (2001), que o Brasil pode pela primeira vez colocar a temática da discriminação por orientação sexual em discurso formalmente, através de propostas que devem acabar com essas práticas, uma vez que a discriminação por orientação sexual é uma forma de discriminação que agrava o racismo (BRASIL, 2008a, p.8). Apesar de não ter sido incorporada ao texto final da Declaração de Plano e Ação da Conferência de Duban, falar sobre essa temática abriu espaço para que a mesma fosse discutida em outros espaços políticos.

A 1ª Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais realizada em 2008 é um exemplo recente da continuidade dessa discussão. Essa conferência convocada pelo presidente da República, Luis Inácio Lula da Silva, e que teve como tema “Direitos Humanos e Políticas Públicas: o caminho para garantir a cidadania GLBT” representou um marco da luta pelos direitos humanos desse segmento social, pois foi a primeira vez que um governo convocou e promoveu um espaço político, visando a inclusão de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT)⁴, que contou com a participação de representantes desse movimento. Depois das discussões dos grupos nos três dias de Conferência, mais de 500 propostas foram aprovadas.

Com relação à saúde, o texto-base da Conferência aponta:

O direito à saúde no Brasil está garantido na Constituição e é fruto da grande mobilização política da sociedade, que envolveu e comprometeu as instituições públicas e o conjunto da Assembléia Nacional Constituinte. Esta luta ganhou o nome de Movimento pela Reforma Sanitária brasileira. A partir da Constituição de

⁴ A alteração do termo GLBT em favor de LGBT foi aprovada na 1ª Conferência Nacional GLBT. A mudança de nomenclatura foi realizada a fim de valorizar as lésbicas no contexto da diversidade sexual e também de aproximar o termo brasileiro com o termo predominante em várias outras culturas.

1988, a saúde passou a ser integrante do Sistema de Seguridade Social em decorrência do conceito de saúde adotado, ou seja, o de que a saúde é o resultado de acesso das pessoas e coletividades às políticas, aos bens e serviços sociais que promovem a qualidade de vida. (BRASIL, 2008)

Por entender a saúde no seu aspecto amplo, as propostas surgidas dessa Conferência visam assegurar efetivamente o que está previsto teoricamente na Constituição brasileira. Além disso, o SUS vai contra à lógica de mercado que vê na doença uma fonte de lucro, sendo uma política contra-hegemônica e que por esse motivo sofre muitos ataques de forças que querem reduzir as conquistas e a luta dos movimentos sociais. A melhor forma de continuar assegurando o direito à saúde da população é integrar a própria população na luta por seus direitos. Por esse motivo, realizar propostas de leis que incluam também LGBT como sujeitos de direitos é preciso não apenas por uma questão de identidade de um ou de vários grupos, mas por uma questão coletiva.

Dentre as principais estratégias de gestão e de ação traçadas no texto-base da Conferência destacam-se:

- Educar os profissionais de saúde e sensibilizar gestores públicos sobre a inclusão e atenção do LGBT no cenário de saúde pública;
- Incluir o grupo LGBT na formulação das políticas para o próprio grupo, além de apoiar o fortalecimento da conscientização do direito à saúde;
- Investir em pesquisas com esse grupo no âmbito da saúde;
- Elaborar e regulamentar os Protocolos do Processo Transexualizador no SUS e respeitar o direito do usuário do serviço público ser tratado pelo nome correspondente ao gênero que o usuário se identifica, permitindo que esse nome seja colocado em prontuários médicos e demais documentos da área da saúde;
- Iniciar pesquisas para a elaboração de protocolos que permitam a colocação e retirada de prótese de silicone⁵ e;
- Disponibilizar atenção à saúde mental e à saúde carcerária.

Sendo assim, o texto-base da 1ª Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, no que tange à saúde pública, apresenta propostas de humanização do sistema de saúde como forma também de permitir a continuidade do próprio sistema como algo público. O caminho para o tratamento com equidade como está previsto nas diretrizes do SUS não é fragmentar os grupos populacionais, mas trabalhar para que todos possam ter a chance de receber os devidos tratamentos, segundo suas necessidades.

⁵ O protocolo atual só permite a mudança de sexo, incluindo a utilização de hormônios e a colocação de prótese de silicone, para transexuais, pois acha que estes são doentes e que por isso precisam de cuidados médicos, não há nenhum programa que permita apenas alterações do corpo como colocação de silicone nos travestis.

A Conferência foi um reflexo da mudança da postura do governo no que diz respeito à visão social do direito ao exercício e expressão da sexualidade e do gênero. Precedente e até mesmo norteador para a Conferência, o Programa Brasil Sem Homofobia sinaliza que:

enquanto existirem cidadãos cujos direitos fundamentais não sejam respeitados por razões relativas à discriminação por: orientação sexual, raça, etnia, idade, credo religioso ou opinião política, não se poderá afirmar que a sociedade brasileira seja justa, igualitária, democrática e tolerante. Com esse novo Programa, o governo brasileiro dá um passo crucial no sentido da construção de uma verdadeira cultura de paz. (BRASIL, 2004, p.13)

Como continuação da discussão iniciada na Conferência foi elaborado o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT, também organizado junto à sociedade civil. Com base nas propostas encaminhadas na Iª Conferência Nacional LGBT, esse Plano contém 51 diretrizes e 180 ações - um número bem reduzido comparado às 500 propostas surgidas inicialmente na Conferência – o que torna mais fácil a efetivação das propostas encaminhadas. O Plano visa também o fortalecimento do Programa Brasil sem Homofobia e para isso contempla uma boa parte das reivindicações históricas do movimento organizado. Para serem incorporadas como políticas de Estado, as propostas deveriam ser previstas no orçamento de 2009 (de curto prazo), 2010 e 2011 (de médio prazo) e 2012 (de longo prazo).

O objetivo geral do Plano Nacional é “orientar a construção de políticas públicas de inclusão social e de combate às desigualdades para a população LGBT, primando pela intersetorialidade e transversalidade na proposição e implementação dessas políticas” (BRASIL, 2009, p.10). O documento do Plano atribui ao Estado a responsabilidade pela preservação da integridade dos indivíduos independente da sua orientação sexual e/ou identidade de gênero, além da implementação de políticas cujo objetivo é romper com a lógica discriminatória presente na sociedade atual.

O Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT tem os seus princípios orientados por direitos já garantidos na Constituição Federal que envolvem “princípios da igualdade e respeito à diversidade, da equidade, da laicidade do Estado, da universalidade das políticas, da justiça social, da transparência dos atos públicos e da participação e controle social”. (idem, p.11) A fim de atingir seus objetivos o Plano estabelece 51 diretrizes, das quais destaco:

- 5.1. Adoção de abordagem pluralista que reconheça e garanta a universalidade e indivisibilidade, interdependência e de todos os aspectos da pessoa humana, incluindo a orientação sexual e identidade de gênero, pessoas com deficiência, raça e etnia nos espaços de pactuação com os demais setores de governo e da sociedade civil;
- 5.3 Diferenciação dos conceitos de homofobia, lesbofobia e transfobia;
- 5.6. Combate à homofobia institucional;

- 5.8. Ampliação dos conceitos de família, de modo a contemplar os arranjos familiares de LGBT e assegurar a inclusão do recorte de orientação sexual e identidade de gênero, observando a questão étnico-racial, nos programas sociais do Governo Federal;
- 5.20. Proteção da universalidade, integralidade e acessibilidade na atenção básica à pessoa idosa LGBT;
- 5.21. Ampliação da cobertura dos planos de previdência públicos e privados aos companheiros/as homoafetivos/as de travestis e transexuais;
- 5.23. Intersetorialidade e transversalidade na proposição e implementação das políticas públicas: o combate à homofobia requer ações integradas entre as áreas da educação, saúde e segurança, dentre outras;
- 5.32. Formação e capacitação contínua de atores públicos e sociais na temática da diversidade de orientação sexual e identidade de gênero;
- 5.35. Participação social no processo de formulação, implementação e monitoramento das políticas públicas para LGBT;
- 5.38. Criação de incentivos às instituições públicas e privadas para adesão à política LGBT;
- 5.40. Efetivação do Estado Laico como pressuposto para a implementação do SUS, garantindo os Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, bem como o atendimento de qualidade e não discriminatório por orientação sexual e identidade de gênero, raça e etnia;
- 5.41. Cumprimento das orientações do Repertório de Recomendações Práticas da OIT sobre HIV/Aids e não discriminação por orientação sexual e identidade de gênero no mundo do trabalho;
- 5.42. Aprovação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais nas instâncias do SUS;
- 5.43. Implantação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais;
- 5.44. Qualificação da atenção no que concerne aos direitos sexuais e direitos reprodutivos em todas as fases de vida para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, nos âmbito do SUS;
- 5.45. Promoção da humanização da atenção à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em situação carcerária, conforme diretrizes do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário;
- 5.46. Desenvolvimento de ações e práticas de Educação em Saúde nos serviços do SUS e de Educação em Saúde nas Escolas com ênfase na orientação sexual e identidade de gênero;
- 5.47. Extensão do direito à saúde suplementar ao cônjuge dependente nos casais de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais;
- 5.48. Disponibilização do acesso universal e integral de reprodução humana assistida às Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em idade reprodutiva. (idem, p.14 a 19)

Analisando as diretrizes do Plano que se focam na área da saúde podemos observar que o que está sendo reivindicado são direitos minimamente garantidos, quer dizer, citados nas leis brasileiras, mas que precisam ser explicitados quando o sujeito que vai solicitar serviços de saúde específicos é lésbica, gay, bissexual, transexual ou travesti. Além das diretrizes, o Plano conta com dois eixos estratégicos, duas subdivisões do conjunto de estratégias de ações. São ações mais específicas e explícitas que determinam o órgão competente a cada item e o prazo que deve ser cumprido. O Eixo I corresponde a “promoção e socialização do conhecimento; formação de atores; defesa e proteção dos direitos; sensibilidade e mobilização” (idem, p.21); é dividido em 4 estratégias e possui aproximadamente 30 subdivisões no que tange à saúde. O Eixo Estratégico II dá conta da

“formação e promoção da cooperação federativa; articulação e fortalecimento de redes sociais; articulação com outros poderes; cooperação internacional; gestão da implementação sistêmica da política para LGBT” (idem, p.35); é dividido em 6 estratégias e possui 9 subdivisões a respeito da saúde.

Além de planos de ações, o grupo LGBT organizado vem ao longo da sua história conquistando espaço no cenário político, visto que atualmente mais de oitenta municípios brasileiros tem alguma lei que proíbe a discriminação por orientação sexual e/ou de gênero, por exemplo. Conquistas como essa se devem à organização e à visibilidade alcançadas pelo grupo, pois saindo da lógica de “não falar sobre o que não existe” os homossexuais têm se mostrado e ao provar que existem fazem com que a sociedade comece a falar, pensar e agir sobre o tema. Se de um lado estão os mais conservadores que ainda lutam para recolocá-los no campo do inexistente, de outro estão pessoas que entendem a necessidade de superar as concepções e práticas que fortalecem o estigma e a discriminação daqueles que não se situam na norma.

Porém, apesar dessas conquistas, o documento do Programa Brasil sem Homofobia aponta para o grande número de violência cometida contra LGBT, principalmente contra travestis, transexuais e pessoas que optaram por expor sua orientação afetiva em público. O despreparo por parte de profissionais de ensino, policiais e pessoas civis em lidar com essa temática indica que as práticas discriminatórias são produzidas culturalmente e que o desafio do movimento social organizado volta-se para uma transformação ampla capaz, de fato, de promover a cidadania de todos.

Buscando essa transformação, no âmbito da saúde, o Programa Brasil sem Homofobia propõe:

- Formalizar o Comitê Técnico “Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais”, do Ministério da Saúde, que tem como objetivo a estruturação de uma Política Nacional de Saúde para essa população. A agenda de trabalho desse Comitê considerará, entre outras, as propostas apresentadas pelo movimento homossexual, em que se destacam: i) atenção especial à saúde da mulher lésbica em todas as fases da vida; ii) atenção a homossexuais vítimas de violência, incluindo a violência sexual; iii) atenção a saúde dos homossexuais privados de liberdade; iv) promoção da saúde por meio de ações educativas voltadas à população GLTB, v) estabelecimento de parceria e participação de usuários GLTB e do movimento organizado na definição de políticas de saúde específicas para essa população; vi) discussão para atualização dos protocolos relacionados às cirurgias de adequação sexual; vii) atenção à saúde mental da população.
- Apoiar a implementação de condições para produção e acesso ao conhecimento científico sobre saúde e sobre outros aspectos da população GLBT por meio de:
 - I) Desenvolvimento de estratégias para a elaboração e execução de estudos que permitam obter indicadores das condições sociais e de saúde da população GLTB;
 - II) Implementação de Centros de Informação (observatórios) que possam gerenciar estudos de saúde sobre e para a população GLTB com capacidade de processamento,

análise e divulgação de informações desta natureza;

III) Estabelecimento de canais de divulgação das informações científicas de saúde existentes e produzidas;

IV) Estabelecimento de um canal com função de Ouvidoria, por meio do Disque-Saúde do MS, para recebimento e encaminhamento de denúncias sobre situações de discriminação ocorridas na rede de saúde.

- Apoiar os investimentos na formação, capacitação, sensibilização e promoção de mudanças de atitudes de profissionais de saúde no atendimento à população GLTB, procurando garantir acesso igualitário pelo respeito à diferença da orientação sexual e do entendimento e acolhimento das especificidades de saúde desta população. (BRASIL, 2004, p.23)

A política deve atender um conceito amplo de saúde, não enfatizando nenhuma temática já esperada e focada na cura, como acontece no Plano Nacional que cita muitas medidas para cuidar do HIV/Aids, por exemplo. O Programa Brasil sem Homofobia tenta conscientizar a sociedade sobre os direitos da população LGBT e para isso as ações propostas no Programa se voltam, em sua maioria, para mecanismos que produzam pesquisas e capacitação dos profissionais na área da saúde. Incentivar pesquisas propondo mudanças na sociedade é importante para tirar a população LGBT de um lugar excluído do coletivo, visto que não só se falaria sobre, mas re-conheceria todos como cidadãos de direito. Além disso, capacitar profissionais é uma medida de transformação subjetiva e de humanização dos serviços e ações de saúde.

Em agosto de 2007 aconteceu O *Seminário Nacional: Saúde da População GLBTT na Construção do SUS* que foi fundamental para a formulação da PNSI/LGBT. Segundo o Ministério da Saúde, o seminário objetivou fortalecer a cidadania dessa parcela da população e traçar estratégias para a sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a determinação do Programa Brasil sem Homofobia. Estiveram presentes no seminário:

representantes de nove movimentos sociais GLBTT, com atuação nacional: Coletivo Nacional de Transexuais (CNT), Rede Nacional de Lésbicas Negras, Associação Brasileira de Lésbicas (ABL), Coletivo Brasileiro de Bissexuais (CBB), Rede Nacional de Negros, Negras e Afro-Descendentes (LGBTT), Liga Brasileira de Lésbicas (LBL), Associação Nacional de Transgêneros (Antra) e Coletivo Nacional de Lésbicas Negras, Feministas e Autônomas. (BRASIL, 2007)

Para concretizar as propostas lançadas pelo Programa Brasil sem Homofobia em junho de 2008 foi formulada a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI/LGBT) pelo Ministério da Saúde, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em novembro de 2009⁶.

No documento preliminar da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT (Brasil, 2008b) José Gomes Temporão, Ministro da Saúde, ao fazer a apresentação da política, diz que

⁶ http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/12_nov_lgbt.htm, consultado em 13/01/2010. Vale ressaltar que a PNSI/LGBT precisa ainda ser aprovada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

há tempo o Ministério da Saúde lida com a questão da saúde do grupo LGBT, mas que antes a preocupação era exclusivamente o combate à epidemia de HIV/Aids. Somente a partir das reivindicações dos representantes organizados desse grupo e do surgimento de projetos como o Brasil sem Homofobia é que a complexidade da questão passou a ser abordada. A partir disso a estratégia assumida foi de transversalidade, o que inclui principalmente uma política específica para o acolhimento de LGBT no SUS.

A elaboração dessa política é uma tentativa a mais do Ministério da Saúde para efetivar os princípios que constituem o SUS – universalidade, integralidade, equidade e participação social. Ainda usando a definição ampliada de saúde, as medidas estabelecidas nessa Política Nacional não se preocupam com ações imediatas de atendimento ao sujeito LGBT, mas apontam que é necessário promover, prevenir, assistir e humanizar o cuidado - ações fundamentais para produzir saúde de forma completa a alguém independente de opção sexual e/ou orientação de gênero. A Política apresenta

uma concepção de saúde que não se limita à ausência de doenças, mas compreende a satisfação, entre outras, das necessidades de educação, moradia, emprego, alimentação, lazer e transporte. Requer, portanto políticas sociais intersetoriais, com ações articuladas e integradas, no sentido de atuar sobre os determinantes sociais da saúde. (BRASIL, 2008b, p.4)

Para atingir essa saúde desejada é importante entender que o atendimento nos serviços de saúde, bem como qualquer outra relação na sociedade, não deve ser discriminatório, mas que nos dias atuais a opção sexual e a identidade de gênero que estão fora do padrão estabelecido socialmente são determinantes do processo saúde-doença, visto que preconceitos expressados direta e/ou indiretamente excluem LGBT de seus direitos. A Política em questão entende a vulnerabilidade desse grupo específico e por isso trabalha, como o Brasil sem Homofobia, com a lógica de inclusão e explicitação da cidadania do sujeito LGBT. Além disso, prevê ações de participação e controle social, bem como de Educação Permanente dos trabalhadores. (ibidem)

A orientação sexual e a identidade de gênero são categorias reconhecidas pelo Ministério da Saúde como determinantes e condicionantes da situação de saúde, não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas também por expor Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais à agravos decorrentes do estigma e da exclusão social (idem, p.8).

O texto base da PNSI/LGBT afirma a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes sociais das condições de saúde, uma vez que se reconhece a violência (e o número significativo de homicídios) contra a população LGBT. O texto ressalta:

todas as formas de discriminação, como no caso da homofobia, devem ser consideradas como situações produtoras de doença e sofrimento. É preciso compreender, por outro lado, que a homofobia não ocorre de maneira isolada de outras formas de

discriminação social. Ela caminha ao lado e se reforça pelo machismo, o racismo, a misoginia e todas as formas correlatas de discriminação.

Além de definir os objetivos da Política, o documento apresenta as seguintes diretrizes:

- Respeito aos direitos humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais combatendo qualquer prática de estigma e discriminação;
- Consideração das categorias e aspectos de orientação sexual, de gênero, étnico-raciais e de ciclo de vida, em todo o processo de planejamento e organização da atenção e do cuidado no âmbito das instâncias do SUS;
- Inclusão da temática orientação sexual e identidade de gênero de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais nos processos de educação permanente para os trabalhadores da saúde, para conselheiros e lideranças sociais voltados ao controle social;
- Ampliação e fortalecimento da participação do movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais nos Conselhos de Saúde, Conferências e instâncias de gestão participativa;
- Incentivo à produção e sistematização de conhecimentos científicos e tecnológicos em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais;
- Articulação com as áreas técnicas do Ministério da Saúde no âmbito federal e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde nos estados e municípios para o desenvolvimento de ações de saúde em consonância com as especificidades de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais;
- Implementação e fortalecimento do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção e o combate à discriminação, em todos os níveis de gestão do SUS.

Foram também previstas estratégias de gestão e de monitoramento da Política como: sensibilizar gestor sobre os efeitos da homofobia, lesbofobia e transfobia; implementar instâncias de promoção da saúde para essa população; incluir nos processos formativos conteúdos relacionados a saúde de LGBT; incluir quesitos étnico-raciais, sobre a orientação sexual e identidade de gênero nos prontuários clínicos; organizar redes integradas de atenção a essa população; apoiar estudos e pesquisas sobre a situação de saúde dessa população; qualificar a atenção básica; apoiar protocolos clínicos específicos para atender de forma equânime as necessidades de travestis e transexuais; dentre outras.

Para tanto, foram definidas as responsabilidades por esfera de gestão, cabendo a cada esfera a implementação e o monitoramento da PNSI/LGBT no seu âmbito de governo. Destaca-se que ao Ministério da Saúde cabe a definição de instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implementação da Política na saúde de LGBT; e às Secretarias Municipais de Saúde cabem a definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política nos Planos Municipais de Saúde.

4 CONCLUSÃO

A partir dos estudos de Engels e Foucault apresentados nesse trabalho, pode-se observar que para estes autores as formas pelas quais os relacionamentos se dão são construções históricas e não algo pré-determinado pela “natureza humana”. Assim sendo, foi construído um padrão, supostamente certo, de que a relação “normal” entre homens e mulheres é um mecanismo para manter o funcionamento e a ordem social, mesmo que para atingir tal objetivo seja necessário sacrificar os prazeres dos indivíduos e causar um sentimento de culpa naqueles que não obedecem as ditas leis superiores. A heteronormatividade é uma forma de castração dos indivíduos com relação aos seus prazeres e o movimento de LGBT representa a luta por direitos de cidadania.

Um dos muitos mecanismos utilizados para manter a heteronormatividade em vigor é a prática de “não falar sobre o que não existe”, por isso o homossexualismo, durante muito tempo, não foi um tema abordado socialmente - como se não tocar no assunto “fizesse com que ele não existisse”. Até que eventos, como a epidemia de HIV/Aids, trouxessem essa temática à tona com força, fazendo com que a população homossexual se organizasse para se proteger. Ao longo da luta por seus direitos esse grupo começou a ter apoio de outros grupos de pessoas que também não se “encaixavam” nas normas e ordens sociais como feministas, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais.

Se por um tempo o homossexualismo foi visto como doença e algo a ser reprimido, a partir da luta do movimento de LGBT conquistou visibilidade, passando a existir para a sociedade que precisou se mobilizar para começar a lidar com a questão do direito e do respeito à diversidade sexual. Apesar da grande dificuldade em lidar com o diferente, num contexto de democracia, não se pode continuar excluindo a população de LGBT de seus direitos sociais. Nesse cenário, o Brasil se abre para o debate e a partir de 1995 começa a colocar a sexualidade em discurso em Conferências Mundiais, problematizando essa questão e apontando a discriminação como um fator de risco e vulnerabilidade para a população de LGBT. No Brasil, no último governo, foram abertos espaços para outros debates internos que incorporaram esse movimento organizado nas discussões sobre a melhoria das condições de vida de todos.

Como resultado, em 2004, a Secretaria Especial de Direitos Humanos criou o Programa Brasil sem Homofobia como tentativa de acabar com a estigmatização e discriminação que o grupo de LGBT sofre e construir sua imagem como cidadãos. A diferença é que ao invés de propor mudanças imediatas e focadas em doenças, esse Programa aponta

para a necessidade de uma transformação na forma da sociedade pensar e lidar com o diferente. Uma das propostas é a produção de conhecimento sobre a situação de saúde da população de LGBT para entender suas necessidades e capacitar os profissionais para atender essa população específica segundo seus direitos sociais que devem ser assegurados de forma digna. É uma tentativa de romper com a lógica biomédica com que lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, quase sempre, são tratados. O esforço não é voltado para a cura desses indivíduos, pois esses não devem ser vistos como doentes e, portanto, devem ser acolhidos como sujeitos que se relacionam afetivamente de forma diferente com seu próprio sexo e com o outro.

Uma das repercussões do Programa Brasil sem Homofobia foi a elaboração da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT pelo Ministério da Saúde em 2008. A proposta dessa política é dar continuidade à lógica do Programa no âmbito da saúde. A Política Nacional também incentiva fundamentalmente a pesquisa e a capacitação profissional. Mas ainda hoje, apesar do investimento que está sendo feito para expansão de conhecimento para a população LGBT, como aponta Dinis (2008), instituições financiadoras de pesquisa, como o CNPq, se mostram resistentes em investir em pesquisas com essa temática. A importância de se estabelecer mudanças sociais em forma de Política é justamente a de fechar lacunas existentes nas leis vigentes, além de reforçar a equidade num contexto social de extrema desigualdade de classe, gênero e etnia.

A equidade é uma questão que vem sendo levantada para problematizar o acesso universal dos usuários do SUS. A questão da equidade toma relevância à medida que é reconhecida como uma forma de superar a exclusão e a violência a grupos específicos e garantir direitos fundamentais a todos. Reconhecida a vulnerabilidade do grupo GLBT é necessário fortalecer ações de saúde para essa população e expandir o conceito de direito humano - que precisa incorporar a questão de direitos sexuais e reprodutivos.

Além disso, Lionço (2008) lembra que é necessário tomar cuidado para que a atenção à saúde de grupos específicos não se torne uma tentativa de curar a característica que diferencia os indivíduos. Para o autor, não se deve cuidar do homossexual por considerá-lo doente por ter uma orientação afetiva diferente do padrão social, mas por reconhecer que é um segmento populacional que precisa de cuidados. Não se trata da construção de políticas para uma suposta patologia não-heterossexual, mas de se incorporar o diferente ao sistema de saúde, permitindo que ele tenha condições de ter saúde e de não ser discriminado na conquista de seus direitos. A violência que o homossexual sofre é um dos principais motivos que o leva a precisar de cuidados médicos, tanto pela agressão física quanto pela psicológica e o

preconceito por parte de profissionais de saúde acarreta uma desqualificação da atenção oferecida a quem é alvo dessa discriminação.

O Ministério da Saúde deu o primeiro passo ao elaborar a política e ao promover um novo discurso nesse campo. Mas as transformações vão depender de como as pessoas irão colocar em prática essa política, implicada no direito universal à saúde. Para isso é necessário muito trabalho. A formação profissional é uma ação importante para humanizar o atendimento, mas não é o único investimento a ser feito. A mudança que se espera é cultural e deve perpassar todos os espaços e instituições sociais como as escolas e os serviços de saúde, onde os sujeitos adquirem base teórica pelos discursos e articulam o que aprenderam às suas práticas cotidianas. De nada vai adiantar uma política que é só papel, pois, se foi pela ação que o movimento de LGBT conquistou sua visibilidade, é também pela ação que as mudanças necessárias ocorrerão.

Se não existe forma certa de se relacionar, se é tudo uma construção histórica, está chegando o tempo da desconstrução de pensamentos e tradições. A necessidade não é a normatização que simplesmente estabelece que a população LGBT tem que ser tratada de tal forma, mas sim a construção da cidadania que faz com que a sociedade respeite a todos como cidadãos, ainda que diferentes, que devem ser tratados com equidade. Como cidadãos de direito, lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis reconhecem que são também parte do coletivo.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. AGÊNCIA BRASIL. **Ministério da Saúde abre hoje seminário sobre saúde da população GLBTT**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/08/15/materia.2007-08-15.2839219020/view>> Acesso em 18 de janeiro de 2010.
- BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação, Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Programa Brasil sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual**. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Documento Preliminar. Brasília, 2008.
- BRASIL. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da Republica. **Texto-Base da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais: Direitos Humanos e Políticas de Saúde – o caminho para garantir a cidadania de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília, 2008a.
- BRASIL. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da Republica. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, 2009.
- DINIS, N. Educação, relações de gênero e diversidade sexual. **Revista Educação e Sociedade**. Campinas, v.29, n.103, p.477 – 492, maio/ago, 2008.
- ENGELS, Friedrich. **A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado**. São Paulo: Editora Escala, 1980.
- FOUCAULT, Michael. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1985.
- FOUCAULT, Michael. **A Ordem do Discurso**. 5ª Ed. São Paulo: Editora Loyola. 1996.
- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª Edição. São Paulo: Atlas, 2008.
- LIONÇO, T. **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.11 – 21, 2008.
- TONELI, M. Diversidade sexual humana: notas para a discussão no âmbito da psicologia e dos direitos humanos. **Psicologia Clínica**. Rio de Janeiro, v.20, n.2. p.61 – 73, 2008.
- SARTI, C. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, v.12, n.2., maio/ago. 2004, p. 35 – 50.