



CERTOS SUJEITOS, DETERMINADOS DESEJOS: DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBT

Marcelo de Paula Pereira Perilo¹
Cláudio Henrique Pedrosa²

Este texto³ é um desdobramento dos projetos de pesquisa Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: um mapeamento crítico preliminar e Políticas públicas para a população LBTT: mapeamento de iniciativas exemplares para o estado de Goiás⁴. Nesse âmbito mais geral, estão em análise um conjunto de políticas públicas nas áreas de saúde, educação, segurança, trabalho, assistência e previdência social demandadas e direcionadas a travestis, transexuais, lésbicas, gays e bissexuais. Com esse panorama maior em perspectiva, focalizaremos a análise, neste texto, nas políticas públicas de saúde, procurando compreender sua dinâmica a partir dos processos institucionais relativos aos níveis de concepção, planejamento, execução e avaliação, levando em conta também os sujeitos relacionados com o fluxo decisório desses quatro momentos.

As políticas de saúde devem ser entendidas no contexto de uma rede de saberes e poderes em constante disputa, envolvendo atores políticos diversos, como movimentos sociais, partidos políticos, associações profissionais, entre outros. Nesses termos, cabe frisar que um dos objetivos deste texto é justamente a caracterização e a problematização de modelos e perspectivas de políticas públicas de saúde que tenham a população LGBT como foco. Portanto, nossas reflexões questionam essencialismos associados às disputas identitárias entre sujeitos políticos policiados, o biopoder que regula corpos e práticas, além de discursos que circunscrevem o questionamento da norma heterocêntrica à esfera das patologias e desvios (HALPERIN, 2004).

Sendo assim, as análises apresentadas foram construídas a partir de: 1) pesquisa bibliográfica; 2) levantamento de documentação; 3) realização de entrevistas e aplicação de questionários com gestoras/es da área de saúde, sendo 4 municipais, 11 estaduais e 2 federais; e 4) entrevistas com pessoas vinculadas à sociedade civil organizada LGBT.

¹ Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Goiás e pesquisador do Ser-Tão, Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero e Sexualidade da UFG. gymp3@hotmail.com

² Mestre em Psicologia (Psicologia Social) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. claudiohpedrosa@yahoo.com.br

³ Agradecemos a Camilo Albuquerque de Braz e a Luiz Mello pela cuidadosa e instigante leitura da versão original deste texto, bem como pelas preciosas sugestões.

⁴ Tais projetos foram desenvolvidos pela equipe do Ser-Tão, Núcleos de Estudos e Pesquisas em Gênero e Sexualidade, da Universidade Federal de Goiás, e contaram com apoio financeiro da Secretaria de Direitos Humanos (SEDH) e da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG), respectivamente.



Novos cenários e sujeitos: a emergência de políticas para LGBT no Brasil

As primeiras iniciativas de políticas para a população LGBT no país puderam ser construídas no âmbito da saúde em função de peculiaridades associadas à epidemia de aids. Desde a década de 1980, a saúde é a área que apresenta as ações mais numerosas, efetivas e estruturadas para LGBT no Brasil, nos âmbitos federal, estadual e municipal, geralmente associadas ao combate às DST/HIV/aids, e apenas muito recentemente estruturadas a partir de uma concepção integral de saúde.

Os discursos midiáticos e médicos atribuíram a pecha de responsáveis e culpados pelo alastramento da nova doença no país aos adeptos de práticas não referendadas por padrões morais hegemônicos de comportamento, com destaque para usuários de drogas injetáveis e, ainda mais ostensivamente, homossexuais, rótulo que englobava grupos identitários diversos, como gays, bissexuais, travestis e homens que fazem sexo com homens (PELÚCIO, 2007).

Embora o surgimento da aids, assim como as primeiras iniciativas governamentais para seu combate, preceda a Constituição de 1988 e a implementação do SUS, a criação deste, aliada à atuação da sociedade civil, foi fundamental para assegurar condições de vida minimamente dignas para a população de gays, travestis e HSH afetados pelo HIV, em virtude de seus princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização e participação da comunidade.

No período pré-aids, ou seja, até o início da década de 1980, o movimento homossexual se organizava, ainda que de maneira incipiente, em coletivos pouco institucionalizados que buscavam visibilidade e garantia de direitos civis. A partir da epidemia, o movimento social passou a receber financiamento para realizar atividades de prevenção a doenças sexualmente transmissíveis e aids, o que favoreceu a institucionalização e criação de novos grupos homossexuais pelo país, configurando uma nova relação entre a sociedade civil e o Estado (FACCHINI, 2005).

Com a ampliação do número de casos de aids e em decorrência da pressão da sociedade civil, o governo federal passou a buscar políticas que atenuassem seu alastramento. Assim, em 1986, foi criado o Programa Nacional de DST e Aids, posteriormente denominado Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, vinculado ao Ministério da Saúde. Por meio desta iniciativa, o governo federal realizou campanhas para prevenção e combate à epidemia e passou a captar recursos internacionais para fomento a uma política de acesso a medicamentos e tratamentos, o que assegurou ao Brasil lugar de destaque dentre os países com programas democráticos e abrangentes no combate a aids.



Contrastes e consonâncias: modelos de saúde para população LGBT no Brasil

A partir de 2004, novas políticas, projetos e programas passam a delinear outro quadro de iniciativas que abrangem aspectos também vitais para a cidadania e os direitos humanos da população LGBT. Nesse mesmo ano foi lançado o *Programa Brasil Sem Homofobia* (BSH) e, ainda, criado o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT. Essas ações indicaram uma abertura de horizontes na área de saúde e, ainda, a inclusão nos planos e programas governamentais de perspectivas para as políticas que começaram a flexibilizar o alcance das iniciativas voltadas à promoção da cidadania da população LGBT para além da aids.

Com isso, destacamos dois modelos para ações no âmbito da promoção de saúde para LGBT. O primeiro, mais antigo e estruturado, é fundamentado no combate e prevenção às DST/HIV/aids; o segundo, mais recente e incipiente, tem sido construído num referencial de assistência integral à saúde. Os dois modelos são apresentados como tipos ideais e, ainda, como um recurso para ilustrar distintas modalidades de promoção de políticas para essa população.

Registramos que esses modelos não são estanques ou, ainda, excludentes entre si. Trata-se de um conjunto de iniciativas que podem ser percebidas como paralelas e, por vezes, complementares. As peculiaridades, problemas e demandas dos dois modelos seguem discutidos a partir da análise interpretativa de documentos e entrevistas com interlocutores da sociedade civil e de órgãos governamentais. Assim sendo, apresentamos na tabela a seguir uma comparação entre os modelos em destaque.

Tabela 1. Comparativo dos modelos de atenção à saúde de LGBT no Brasil

DST/HIV/Aids	Atenção integral à saúde
Centralidade nas "doenças sexualmente transmissíveis"	Pluralidade de procedimentos, atendimentos e acesso a serviços
Controle e administração do "risco"	Estímulo ao prazer relacionado a práticas preventivas
Políticas sanitaristas contra sujeitos desviantes	Apelo à cidadania e direitos humanos pró-LGBT
Políticas fundamentadas em práticas de "sexo entre homens"	Tendência a políticas que contemplem amplo público e relacionem marcadores, como raça, gênero e classe

Os elementos que sustentam o modelo de atenção à saúde fundamentado na prevenção e combate às DST/HIV/aids estão expressos nos boletins epidemiológicos e no reforço da compreensão das sexualidades não-hegemônicas enquanto patologias, seja o par aids/homossexualidade, seja a díade transexualidade/transtorno de identidade de gênero. O que



surge como desafio, nesse quadro, é a efetivação da política de assistência e atenção integral à saúde LGBT para a subversão de um modelo que pressupõe o controle do risco e das práticas de sujeitos desviantes (PELÚCIO, 2007).

Por outro lado, apesar de mais plurais e abrangentes, as iniciativas de saúde no âmbito da atenção integral a LGBT ainda são postuladas dentro de uma concepção essencializada, identitária e em alguns aspectos conservadora. A distinção “sexo bom” / “sexo ruim” não deixa de ser a tônica desse modelo, sendo o “sexo bom” aquele que mais se aproxima de práticas eróticas e sujeitos vinculados a valorização de condutas assépticas, seguras e higienizadas (RUBIN, 1989).

Uma concepção de saúde fundada na perspectiva de atendimento integral a travestis, transexuais, lésbicas, gays e bissexuais é formatada em 2008, com a *Política Nacional de Saúde Integral de LGBT*. Nessa política, o Ministério da Saúde sinaliza a disposição de abarcar e compreender os LGBT em maior número de demandas.

Por outro lado, como expressão da convivência entre um modelo de saúde integral e outro focado na saúde sexual, o Ministério da Saúde lançou, em 2007, dois planos nacionais de enfrentamento da epidemia de aids e das DST: o *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST* e o *Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens e Travestis*. Para que essas políticas que atendam à população LGBT sejam implementadas, acaba sendo estratégico relacionar HIV/aids e a homossexualidade, embora isso reedite um conjunto de representações que patologizam duplamente as condutas sexuais fora da norma heterossexual. E, a despeito deste fato, as políticas de combate e prevenção às DST/HIV/aids continuam a ser a grande porta de acesso e a maior fonte de recursos e estrutura política para atenção a LGBT.

Ainda em 2008, o governo federal, por meio da Secretaria de Direitos Humanos, realizou a Conferência Nacional LGBT. Naquele momento, representantes da sociedade civil e do governo aprovaram na plenária final 570 propostas, das quais 167 dizem respeito à área de saúde, o que corresponde a cerca de 30% do total. Posteriormente, em 2009, o governo federal publicou o *Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*, que buscou sistematizar as propostas aprovadas na Conferência LGBT.

Outro documento importante para a reflexão sobre as políticas de saúde para a população LGBT é o *III Programa Nacional de Direitos Humanos* (PNDH III). Nesse programa constam listadas em síntese algumas ações já indicadas em outros documentos que aludem à LGBT. A



perspectiva da saúde integral, bem como o reforço às políticas de combate à discriminação, são ações programáticas indicadas no documento.

Um dos temas recorrentes nas entrevistas realizadas com gestoras/es e ativistas é a ausência freqüente de previsão orçamentária para a execução das ações previstas nos planos e demais iniciativas governamentais, no âmbito das políticas de saúde para a população LGBT. A fala de um/a gestor/a ilustra essa questão e, ainda, explicita a distinção entre os dois modelos de atenção indicados anteriormente: “Quando eu falo em dotação orçamentária, eu só conto com o PAM, eu não conto com outros recursos”.

A sigla indicada nessa fala refere-se ao Plano de Ações e Metas. Trata-se de uma modalidade de incentivo para ações em DST/HIV/aids encaminhada pelo Ministério da Saúde a partir da publicação da Portaria 2.313, de 19 de dezembro de 2002. Com essa medida, a Coordenação da Política Nacional de DST e Aids estabeleceu condições para repasse de recursos para os fundos de saúde dos estados e municípios para combate e prevenção às DST/HIV/aids.

A portaria que instituiu o PAM também prevê que 10% dos recursos repassados a cada unidade federada deveriam ser destinados para o desenvolvimento de projetos das Secretarias Estaduais de Saúde em parceria com organizações não-governamentais e da sociedade civil. As/os profissionais do sexo e os HSH são identificados como público vulnerável e, assim, priorizado na política de combate e prevenção à epidemia. Nesses termos, sinaliza-se uma reconfiguração na relação entre governo e sociedade civil inclusive no que concerne à utilização de recursos para ações com essa população.

A dotação orçamentária certamente não é o único item que possibilita a implementação de políticas, contudo, sem a existência de financiamento, não há política. Considerando a escassez orçamentária para as ações indicadas no BSH, no Plano Nacional LGBT e mesmo no PNDH III, os planos e programas vinculados ao modelo de atenção focado nas DST/HIV/aids são, em geral, os que têm, até o momento, maiores chances de serem efetivados, nos âmbitos federal, estadual e municipal. Neste contexto, o modelo de atenção à saúde integral da população LGBT configura-se, ainda, como um conjunto de intenções, sem que haja condições para sua implementação a curto prazo.

Outras questões ainda desafiam a implementação de políticas de saúde para a população LGBT no Brasil, a exemplo dos entraves nas relações entre governos estaduais, municipais e federal. Há municípios onde prevalece uma homofobia e aidsfobia institucional a ponto de órgãos de saúde mal darem conta de cumprir as metas previstas no PAM. Em contraste, há determinadas



unidades da federação onde não só ocorre a articulação do órgão de saúde local ou/e da coordenação de DST/aids, mas outros órgãos públicos dialogam entre si e trabalham conjuntamente para atenção e assistência a LGBT.

É, portanto, na esfera da própria saúde que são consolidadas e efetivadas políticas que influenciam em outros níveis das vidas de LGBT no país. Uma das iniciativas nesse sentido é a Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008 do Ministério da Saúde, que institui o processo transexualizador no âmbito do SUS. Trata-se da articulação, para todo país, de uma política que engloba cirurgia, assistência e cuidados com as/os transexuais.

Dentre o reconhecimento de demandas para a população de travestis, a necessidade de assistência para utilização de hormônios e, ainda, aplicação e extração do silicone industrial constam na *Política Nacional de Saúde Integral LGBT*. O documento indica a implementação de estratégias que reduzam a mortalidade de travestis, bem como a necessidade de criação de protocolos para atendimento e acolhimento dessa população.

O modelo de saúde fundado no combate e prevenção da aids não contemplou o atendimento a mulheres lésbicas, bissexuais e mulheres que fazem sexo com mulheres – ao menos na mesma medida das iniciativas voltadas para os homens. Isso ocorreu, antes de qualquer coisa, porque a epidemia, em suas origens e até hoje, alcançou em escala pouco significativa o universo das mulheres que não tenham práticas heterossexuais ou não sejam usuárias de drogas endovenosas. A partir de 2008, quando as ações específicas no combate à feminização da aids acabaram por se consolidar em planos nacionais e estaduais, as mulheres não heterossexuais também passaram a ser contempladas em suas especificidades.

No que tange a ações e programas para gays e homens que fazem sexo com homens, um/a ativista é incisiva/o ao dizer que “não há sentido algum de falar de saúde do homem gay além da questão das DST”. A colocação da/o ativista ressalta que a assistência à saúde de HSH tem sido restrita às ações previstas na política de combate e prevenção relacionadas à aids e doenças sexualmente transmissíveis. As demais especificidades e eventuais demandas na área de saúde que impliquem políticas para homens, inclusive heterossexuais, não recebem a intensa, duradoura e constante atenção se estiverem fora das DST/HIV/aids.

Considerações finais

Os desafios para a implementação de políticas de saúde em âmbito geral no Brasil são complexos e sua superação depende de uma série de fatores. Existem problemas estruturais no país,



o que torna imperativo registrar que, a curto prazo, as ações na área da saúde nunca serão suficientes para os segmentos que não ocupam posições dominantes em termos econômicos, sociais, políticos e culturais, o que demanda a constante construção, renovação, planejamento, implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas. Registramos, em síntese, pontos fundamentais que possibilitam a promoção de iniciativas para a população LGBT no âmbito da saúde:

- 1) Uma política de Estado intersetorial e permanente, em contraposição a políticas de governo, sujeitas às instabilidades da conjuntura política;
- 2) Relações e diálogos entre as esferas de atuação do governo federal, estaduais, distrital e municipais;
- 3) Conjunto de marcos legais e jurídicos que subsidiem as políticas executadas pelo Poder Executivo;
- 4) Planos, programas e diretrizes gerais que correspondam a acordos entre as partes que formulam e executam as ações e os segmentos beneficiários das políticas em questão;
- 5) Dotação orçamentária prevista em lei, que assegure, inclusive, parcerias entre governo e sociedade civil;
- 6) Condições para diálogo e interação entre gestoras/es e ativistas em espaços como os conselhos de saúde e outros de controle social;
- 7) Existência de órgãos, departamentos, setores, coordenações, enfim, estrutura para trabalho com ações voltadas para a saúde da população LGBT;
- 8) Produção e disponibilização de equipamentos, insumos e materiais;
- 9) Constante capacitação de trabalhadoras/es e gestoras/es da área de saúde;
- 10) E, acima de tudo, tratamento não homofóbico e respeitoso que permita uma assistência humanizada à saúde para travestis, transexuais, lésbicas, bissexuais e gays em todo o país.

Mediante os pontos apresentados e as políticas discutidas neste texto, podemos afirmar que o que existe de mais concreto no âmbito de políticas de saúde para a população LGBT no Brasil ainda são as ações construídas em torno da aids e das doenças sexualmente transmissíveis. Ainda assim, registramos o esforço incipiente do governo federal para a construção de ações voltadas à promoção da saúde integral de LGBT, para além dos limites da epidemia.

Referências



- BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. *Anais da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT*. Brasília, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual*. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST*. Brasília, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens e Travestis*. Brasília, 2007.
- BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. *Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gay, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília, 2010.
- BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. *III Programa Nacional de Direitos Humanos*. Brasília, 2009.
- FACCHINI, Regina. *Sopa de Letrinhas? Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- HALPERIN, David. *San Foucault: para una hagiografía gay*. Córdoba: El Cuenco De Plata, 2004.
- PELÚCIO, Larissa. *Nos nervos, na carne, na pele: uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de aids*. Tese de doutorado, Universidade Federal de São Carlos, 2007.
- RUBIN, Gayle. Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. In: VANCE, Carole (Org.). *Placer y peligro: explorando la sexualidad femenina*. Madrid: Revolución Madrid, 1989. p. 113-190.