

VIOLAÇÃO DE DIREITOS DE LGBT NAS POLÍTICAS SOCIAIS

*Maurício Alencar e Silva Bodnachuk**

RESUMO

Este trabalho visa discutir as violações de Direitos Humanos impostas à população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) no interior das políticas sociais, seja em suas normativas ou na ausência delas, seja na operacionalização ou na relação dialética com os diversos contextos e realidades em que estão inseridas. Objetiva denunciar como os processos de exclusão, preconceitos e invisibilização agravam as vulnerabilidades e desigualdades que essa população específica é exposta. A análise crítica desta problemática busca possibilidades de enfrentamentos para a situação da prestação dos serviços públicos em atenção à população LGBT, tendo em vista a garantia de direitos.

PALAVRAS-CHAVE: Violação de Direitos; LGBT; Políticas Sociais.

ABSTRACT

This paper aims to discuss the human rights violations imposed on lesbian, gay, bisexual, travestis and transgender (LGBT) populations, within their policies, whether in their normative or in their absence, or in the operationalization or in the dialectical relationship with the various contexts and realities in which they are inserted. It aims to denounce how the processes of exclusion, prejudice and invisibilization aggravate the vulnerabilities and inequalities that this specific population is exposed. The critical analysis of this problematic looks for possibilities of confrontations for the situation of the provision of the public services in attention to the LGBT population, in view of the amount of rights.

KEY-WORDES: Violation of Rights; LGBT; Social politics.

I INTRODUÇÃO

Este trabalho visa discutir as violações de direitos impostas à população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) no interior das políticas sociais, seja em suas normativas ou na ausência delas, seja na operacionalização ou na relação dialética com os diversos contextos e realidades em que estão inseridas. Trazendo consigo uma temática que é pauta das discussões contemporâneas envolvendo Questões de Gênero, Sexualidades, Direitos Humanos e Sociais, bem como reflete a preocupação com a efetiva universalização das políticas de Seguridade Social, aqui destacadas a Saúde e a Assistência Social.

Também objetiva denunciar como os processos de exclusão, preconceitos e invisibilização agravam as vulnerabilidades e desigualdades que essa população específica é exposta.

Ao se discutir questões sobre sexualidade, diversidade sexual e identidade de gênero, esbarramos em outros temas tão profundos e delicados que são praticamente indissociáveis, mas, que em linhas gerais são quase sempre desassociados do tema sexualidade, como família, religião, política e cidadania, por exemplo. Uma contradição, já que a sexualidade é parte do comportamento humano e influencia as relações estabelecidas durante o percurso da vida de um individuo e das coletividades.

Seja nas relações familiares onde os preconceitos e as discriminações podem provocar a exclusão/marginalização de um membro LGBT; Na forma como algumas religiões estigmatizam e/ou condenam as sexualidades, podendo interferir psicologicamente no desenvolvimento do comportamento sexual das pessoas; Assim como no âmbito da política e da cidadania onde questões da sexualidade influenciam a elaboração de políticas públicas, a organização de movimentos sociais, a crescente participação de políticos LGBT ou simpatizantes nas três esferas do poder político-administrativo do país; a impossibilidade de gozar plenamente dos direitos civis e os significantes avanços nas conquistas jurídicas e legais direcionadas a população LGBT.

O modelo patriarcal e nuclear de família, por exemplo, é um modelo que não corresponde mais a realidade do século XXI, onde cada vez mais a configuração dos grupos familiares se diversifica e encontra novos significados. Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social – MDS (2006), não existe família enquanto modelo idealizado, e sim famílias resultantes de uma pluralidade de arranjos estabelecidos pelos integrantes dessas famílias.

Vale pontuar que o conceito de família trabalhado no âmbito da assistência social engloba uma pluralidade de formas e tipos de união, alcançando também as famílias homoafetivas. Dentro desta perspectiva, visando à proteção social daquelas e daqueles que se encontram em situação de risco e violação. (MDS, 2017)

A análise crítica desta problemática busca possibilidades de enfrentamentos para a situação da prestação dos serviços públicos em atenção à população LGBT, tendo em vista a garantia dos Direitos Humanos.

É importante ressaltar que as políticas sociais fazem parte da vida de homens e mulheres em toda sua diversidade e singularidade, e que por tanto as questões da sexualidade, a orientação sexual e a identidade de gênero estão intrinsecamente ligadas ao exercício da cidadania e ao acesso aos serviços públicos por LGBT, que são historicamente marcados pelo preconceito e discriminação que sofreram no início da epidemia da AIDS, e que sofrem com o avanço do conservadorismo e marginalização do comportamento homoafetivo.

Nessa concepção a efetiva universalização da Seguridade Social decorre do acesso de indivíduos e coletividades aos bens e serviços públicos oferecidos pelas políticas sociais. Os preconceitos e a discriminação podem interferir no acesso e na prestação dos serviços públicos. Isto ocorre quando um/a LGBT, principalmente travestis e transexuais não buscam esses serviços com receio de serem constrangidas/os e/ou terem seus direitos básicos violados devido a sua condição, ou quando são intencionalmente discriminados/as por agentes públicos.

Desta forma faz-se necessário promover a discussão destes temas, levando em consideração que os fatores biopsicossociais exercem influências positivas e negativas no processo de desenvolvimento / emancipação do sujeito.

II DESENVOLVIMENTO

2.1 Orientação Sexual e Identidade de Gênero como Fatores Determinantes Socioculturais da Saúde.

Ao abordar os temas orientação sexual e identidade de gênero é necessário definir dois conceitos, sexo e sexualidade; Sexo tem dois significados, refere-se ao gênero, considerando um indivíduo do sexo masculino ou feminino, e também é à parte física da relação sexual, penetração vaginal, anal, sexo oral,

masturbação e etc. Já a sexualidade transcende os limites do ato sexual, inclui sentimentos, fantasias, desejos, sensações e interpretações. (BALEIRO, 1999).

A sexualidade está associada ao prazer e à vida de todas as pessoas e envolve muito mais do que sexo, porque acontece no encontro entre o biológico, o afetivo e o social. Segundo Baleiro (1999), a sexualidade é construída a partir dos primeiros contatos corporais e das primeiras experiências afetivas da criança.

Por tanto, durante toda a infância, a sexualidade tem um papel importante em despertar a curiosidade e o desejo de aprender, começando pelo conhecimento do próprio corpo. Já durante a puberdade, com o aumento da produção de hormônios, a sexualidade começa a ter o sentido erótico da vida adulta.

Dunley (1999), afirma que as pessoas vivem a sua sexualidade de diversas formas, uma vez que todas as sociedades criam normas morais, religiosas ou científicas para os comportamentos sexuais. Como as pessoas aprendem e convivem com essas normas desde a infância, encaram-nas como “naturais”.

A sociedade concebe a sexualidade com um modelo bem definido de comportamento sexual, a heterossexualidade, que determina a relação entre homem e mulher como padrão aceitável de expressão dos desejos sexuais e da afetividade. Como afirmado anteriormente à sexualidade humana transcende os limites do ato sexual, incluindo sentimentos, fantasias, desejos, sensações e interpretações, transcendendo também a barreira imposta pelo modelo heterossexual, estendendo-se à homoafetividade (afetividade entre pessoas do mesmo sexo) e as identidades sexuais do homossexual (gay), da lésbica, da/o bissexual, da travesti e da/o transexual.

Um dos aspectos da sexualidade humana é a orientação sexual. Ela diz respeito à atração que se sente por outros indivíduos. Também envolve questões sentimentais, e não somente sexuais. Assim, se a pessoa se relaciona afetiva e sexualmente com indivíduos do sexo oposto, ela é considerada heterossexual; Se a atração é por aqueles/as do mesmo sexo, sua orientação é homossexual (ou homoafetiva). Há também pessoas que se interessam por indivíduos de ambos os sexos: são as/os bissexuais; e outras/os que não se interessam sexualmente por nenhum dos sexos, são as/os assexuadas/os.

Outro aspecto da sexualidade humana é a identidade de gênero, que seria a forma como o indivíduo se percebe em relação ao gênero que possui. Por exemplo, quando uma pessoa de determinado gênero sente, pensa e se enxerga como sendo do sexo oposto, independentemente de sua orientação sexual, ela é transexual. Ou seja, transexual é o indivíduo cuja identidade sexual não é a mesma que seu sexo biológico; sendo normalmente aquele/a que recorre a cirurgias de redesignação de sexo. (PRADO; MACHADO, 2008).

Há também as travestis:

(...) pessoas que nascem do sexo masculino, mas tem uma identidade de gênero oposta ao seu sexo biológico, assumindo papéis de gênero diferentes daquele imposto pela sociedade. Muitas travestis modificam seus corpos por meio de hormonoterapias, aplicações de silicone e/ou cirurgias plásticas, porém, vale ressaltar que isso não é regra para todas. Diferentemente das transexuais, as travestis não desejam realizar a cirurgia de redesignação sexual (mudança de órgão genital). (MDS, 2017)

Toda a construção social sobre a diversidade sexual provoca reações diversas nas pessoas ao se depararem com indivíduos gays, lésbicas, travestis e transexuais. Determinados indivíduos reagem com negação, fúria e medo, outros reagem com preconceito, discriminam, sentem aversão, LGBTfobia.

Todo esse misto de sensações é explicado no fato da sociedade ser baseada num único modelo de sexualidade, a heterossexualidade que é incapaz de “curar” ou inibir a diversidade de comportamentos sexuais inerentes ao ser humano, como afirma a sexóloga e terapeuta Rinna Riesenfeld:

(...) Socialmente, promove-se a heterossexualidade como única opção válida e positiva, isto não funcionou como antídoto contra a homossexualidade, que existe desde tempos imemoriais como parte da diversidade do comportamento sexual humano. (RIESENFIELD, 2002.)

Outro equívoco em relação à sexualidade é de que a orientação sexual pode ser aprendida ou ensinada. Muitos pais cometem este erro, acham que seus

filhos aprenderam a ser homossexuais, travestis e transexuais sobre a influência de alguém, um amigo, um parente, etc. Essa ideia é comumente divulgada, mas se fosse possível aprender uma orientação sexual não existiria filhos gays de pais heterossexuais, pois o principal modelo de conduta que temos são as referencias do pai e da mãe.

A orientação sexual não é algo que se aprende (...), por que haveria um (a) filho (a) gay em uma família heterosexual e em uma cultura que promove tanto a heterosexualidade? (...) As pessoas não tem como aprender a serem homossexuais. (RIESENFIELD, 2002.)

Esses equívocos respaldam o preconceito e discriminação contra a homossexualidade que são exercidas de várias maneiras, desde a violação de direitos civis, hostilidade, violência e rejeição. Como afirma Prado e Machado (2008), a conexão entre a relação de inferiorização social e os mecanismos de naturalização das desigualdades históricas é marcante em nosso país e se constituem também como fatores condicionantes e determinantes socioculturais da saúde da população LGBT.

Segundo o modelo de Dahlgren e Whitehead (2007) os condicionantes e determinantes de saúde englobam todos os fatores da condição socioeconômica, cultural, e ambiental geral do individuo e da coletividade que interferem em sua saúde e na qualidade de vida, como as condições de vida e trabalho, educação, ambiente de trabalho, desemprego, água e esgoto, serviços sociais de saúde, habitação, redes sociais e comunitárias, estilo de vida, idade, sexo e fatores hereditários.

A evolução conceitual e prática do movimento de promoção da saúde em nível mundial indica uma ênfase cada vez maior na atuação sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde, constituindo importante apoio para a implantação das políticas e intervenções nos fatores acima mencionadas.

2.2 Serviços Públicos de Saúde em Atenção à População LGBT.

Embora constitucionalmente o acesso aos serviços públicos de saúde seja universal, na prática, dadas as condições em que são oferecidos, esses serviços

se destinam à população de baixa renda, o que, no Brasil, diferentemente de outros países mais desenvolvidos, geralmente significa o oferecimento de serviços de baixa qualidade. (ALBUQUERQUE, 2002, apud MELO, 2010).

A problemática da sobreposição da capacidade de atendimento, somada às burocracias internas, dificulta também a operacionalização da rede interligada de serviços do SUS e impermeabiliza o acesso do usuário aos demais níveis de atenção do sistema.

Melo (2010), verificou em sua pesquisa que a prática da atenção à saúde é muito adversa ao modelo teórico idealizado, no que se refere aos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Os problemas observados distanciam o SUS teórico, do SUS operacional, que é aquele encontrado no dia a dia do usuário.

Na Bahia, o destaque na saúde pública é na área da atenção básica. Segundo pesquisas do Ministério da Saúde o estado da Bahia possuía em 2007, 2.470 equipes de saúde da família, sendo o estado do nordeste brasileiro a possuir o maior número de equipes. No ranking nacional a Bahia está em terceiro lugar, atrás de São Paulo com 2.941 e de Minas Gerais com 3.537 equipes. (BAHIA, 2008).

Um dos problemas encontrados na prestação dos serviços públicos de saúde no estado da Bahia condiz com a realidade nacional, que são as iniquidades entre grupos e indivíduos. Estas iniquidades, ou seja, as desigualdades de saúde que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias, são um dos traços mais marcantes da saúde do Brasil.

O grupo populacional formado por lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, é exemplo de um grupo atingido pelas desigualdades do sistema, desde a dificuldade de acesso aos serviços, até a redução da situação de saúde dessa população à prevenção e tratamento de DST/HIV/AIDS, tanto no âmbito nacional, quanto nos âmbitos estadual e local.

Em geral a população LGBT tem acesso aos serviços públicos de saúde, o problema é que esse acesso é dificultado pelas barreiras impostas pelo preconceito e pela discriminação, e a atenção à saúde de LGBT não é encarada pela complexidade de demandas específicas que possuem.

Neste contexto o Ministério da Saúde instituiu desde 2010 a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, e vem desde então caminhado com o processo de implantação desta política, que necessita ainda de divulgação, capacitação das equipes e uma mudança profunda na forma em que os profissionais entendem a saúde pública e a atenção à saúde da população LGBT.

Em 2016 o Ministério da Saúde redefiniu o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos através da Portaria nº 158, de 04 de fevereiro. Apresentando em seu artigo 2º, § 3º o seguinte texto:

Os serviços de hemoterapia promoverão a melhoria da atenção e acolhimento aos candidatos à doação, realizando a triagem clínica com vistas à segurança do receptor, porém com isenção de manifestações de juízo de valor, **preconceito e discriminação por orientação sexual, identidade de gênero**, hábitos de vida, atividade profissional, condição socioeconômica, cor ou etnia, dentre outras, sem prejuízo à segurança do receptor. (MS, 2016)

Porém, essa redefinição não foi suficiente para alterar na prática a possibilidade das/os LGBT doarem sangue sem omitir sua condição, sem serem constrangidos e/ou humilhados. Uma vez que, a mesma portaria traz consigo uma herança conservadora e discriminatória que é utilizada para justificar a desqualificação do sangue LGBT em comparação ao sangue de pessoas heterossexuais:

Art. 64. Considerar-se-á inapto temporário por 12 (doze) meses o candidato que tenha sido exposto a qualquer uma das situações abaixo:
IV – homens que tiveram relações sexuais com outros homens e/ou as parceiras sexuais destes. (MS, 2016)

A violação de direitos da população LGBT nos serviços de saúde vai muito além do impedimento à doação de sangue. Passa pelo não reconhecimento do nome social de travestis e pessoas trans, pela invisibilidade das mulheres lésbicas e

bissexuais nos atendimentos ginecológicos, pelos olhares, comentários, negligências e omissão de socorro.

2.3 A Relação entre o SUAS e a População LGBT.

O Sistema Único de Assistência Social - SUAS é um sistema público que organiza os serviços de assistência social no Brasil. Com um modelo de gestão participativa, ele articula os esforços e os recursos dos três níveis de governo, isto é, municípios, estados e a União, para a execução e o financiamento da Política Nacional de Assistência Social - PNAS, envolvendo diretamente estruturas e marcos regulatórios nacionais, estaduais, municipais e do Distrito Federal.

Mas, nem sempre foi assim. A Assistência Social no Brasil tem sua origem histórica baseada na caridade, filantropia e na solidariedade religiosa. Até a década de 40, essa corrente perdurou. Em 1947 foi criada a Legião Brasileira de Assistência - LBA com o objetivo de atender as famílias dos pracinhas combatentes da 2ª Guerra Mundial. Inicialmente caracterizou-se por um atendimento materno-infantil. Posteriormente esta instituição foi crescendo e sua linha programática foi acompanhando as demandas do desenvolvimento econômico e social do país, bem como da população em estado de vulnerabilidade social.

A partir da luta de diversos grupos e movimentos sociais, como sindicatos, partidos políticos, trabalhadores da área, intelectuais, profissionais liberais, parcelas da igreja, organizações públicas e privadas entre outros, foi-se discutindo e construindo uma proposta de Lei Orgânica e de Política de Assistência Social em favor das pessoas em situação de vulnerabilidade e exclusão.

A Constituição Federal de 1988 é o marco legal para a compreensão das transformações e redefinições do perfil histórico da assistência social no País, que a qualifica como política de seguridade social em seu - art. 194: A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públícos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Após a apresentação, discussão e negociação de vários projetos e emendas, a LOAS foi sancionada e publicada em dezembro de 1993. Mas a história da LOAS não termina com sua promulgação. Pelo contrário, a partir deste momento começa uma grande luta para a sua implementação. Percebe-se que as ambiguidades das questões conceituais não foram esgotadas antes da promulgação da Constituição Federal e durante o processo de discussão da LOAS. Isso contribuiu, em grande parte, para dificultar o processo de validação e legitimação da política de assistência social como política claramente definida e relacionada a outras políticas setoriais.

A Regulamentação da LOAS como Garantia de Direitos Sociais inaugura uma nova era para a assistência social brasileira, consolidando-se enquanto Política Pública. Ela propõe romper com uma longa tradição cultural e política de assistencialismo e clientelismo, considerando os níveis de desigualdade que o Brasil vem acumulando nessas últimas décadas, a LOAS foca suas diretrizes no atendimento aos cidadãos em situação de vulnerabilidade e pobreza. Sabe-se que problemas provenientes dessa exclusão social jamais poderão ser enfrentados por meio de um assistencialismo meramente complementar e emergencial.

Em dezembro de 1998 foi aprovado pelo Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, a Política Nacional de Assistência Social – PNAS e a primeira Norma Operacional Básica de Descentralização, construída em parceria com Estados, Municípios e referendada em reunião ampliada do CNAS.

A PNAS define o público usuário, os princípios, objetivos e diretrizes da assistência Social, mas não cita detalhadamente nenhuma população específica como a LGBT. Segundo a PNAS:

Constitui o público usuário da Política de Assistência Social, cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social. (PNAS, 2004)

Esse conceito amplo e genérico abarca grande parte das características da população usuária da assistência, mas, ao mesmo tempo invisibiliza populações específicas que ficam a mercê de ações pontuais e de iniciativas individuais de trabalhadores/as do SUAS sensíveis às suas demandas.

O princípio da matricialidade familiar também constitui barreiras para o acesso de LGBT aos serviços, programas e benefícios da assistência social, não por sua definição no ordenamento da política, já que a PNAS diz que a família, independentemente dos formatos ou modelos que assume, é mediadora das relações entre os sujeitos e a coletividade, delimitando, continuamente os deslocamentos entre o público e o privado, bem como geradora de modalidades comunitárias de vida, por tanto, central para a proteção social; e sim pelo ideal romântico de família baseado no patriarcado.

Assim, gestores/as e trabalhadores/as do SUAS que não superaram o ideal de família nuclear e patriarcal, bem como o conceito equivocado de família estruturada/desestruturada, resistem em aceitar às famílias e o casamento civil homoafetivo, a adoção, promover a inclusão de LGBT, defender seus direitos e combater a LGBTfobia. Essa resistência denuncia que assim como a Saúde a Assistência Social também enfrenta o desafio de materializar suas normativas mais “progressistas” e promover de fato a equidade para populações vulnerabilizadas e estigmatizadas.

A Rede de Proteção Social, executada pelas trabalhadoras e trabalhadores do SUAS, com enorme capilaridade em todo território nacional, encontra-se disponível para toda cidadã ou todo cidadão que dela necessitar, operando no âmbito da garantia de direitos sociais, com especial atenção para aquelas populações que historicamente foram alocadas em espaços sociais de abjeção, seja por questões relacionadas a renda, a orientação sexual, a identidade de gênero, a cor/raça ou à etnicidade, entre outros marcadores que delegam uma enorme parcela da população brasileira a vivência de situações de violência, violações, preconceito e estigmas. Esta vivência pautada em situações de vulnerabilidade e violações aloca estas populações em posições menos favoráveis na balança social e de poder, o que amplia a possibilidade de

sofrerem violações de direito, redobrando a atenção da Política Pública de Assistência Social a esses públicos. Assim, faz-se imprescindível que a rede de atendimento incorpore ao trabalho social realizado a prevenção ao rompimento dos vínculos familiares que frequentemente acompanham a trajetória de vida da população LGBT, através do Trabalho Social com Famílias. (MDS, 2017)

Todavia, não se pode desconsiderar que a família se caracteriza como um espaço contraditório, cuja dinâmica cotidiana de convivência é marcada por conflitos e geralmente, também, por desigualdades e violações de direitos.

Outra fragilidade da assistência social é o fato dela ter sido a última área da seguridade social a ser regulamentada e ter sofrido críticas e alterações até a sua aprovação. Segundo Zucco, (1997):

“(...) seu processo de regulamentação demonstrou o movimento de afirmação e negação que permeia a assistência. Ao ser encaminhado o Projeto de Lei no. 48 de 1990, que dispunha sobre a Lei Orgânica de Assistência Social, à Câmara Federal sofreu vários embates e críticas, o que o levou a ser vetado pelo Presidente Fernando Collor de Mello, em 17 de setembro de 1990, com a alegação de vícios de inconstitucionalidade e de sustentação financeira para sua implantação.”

Yazbeck (1995) aponta que sob uma ótica neoliberal, o percentual mais conservador da sociedade considera a parcela mais pobre da população a única responsável pela sua proteção social, onde eles têm que dar conta de suas próprias necessidades, contrariando a noção de cidadão portador de direitos sociais validados na Constituição Federal de 1988.

Nessa onda neoliberal e conservadora o SUAS tem por vezes negligenciado e invisibilizado as especificidades das questões sociais enfrentadas pelos/as LGBT. Inúmeros relatos apontam o despreparo dos/as trabalhadores/as no acolhimento e atendimento de LGBT, principalmente de travestis e transexuais. Além da quase inexistência do debate sobre gênero e diversidade sexual nos grupos e serviços de convivência e a pouca efetividade nas parcerias com o Movimento Social LGBT.

Outro fenômeno alarmante que pôde ser observado em grande parte das Conferências Municipais de Assistência Social realizadas em 2017 no interior da

Bahia foi a forte influência das religiões cristãs na gestão e operacionalização do SUAS. Desde apresentações “culturais” tendenciosas, até verdadeiras missas/cultos celebradas/os nas aberturas dos eventos. Essa influência também ficou marcada na elaboração e aprovação das propostas, que quase não contemplou a população LGBT, e rejeitou a maioria das propostas que continham termos como gênero e diversidade, direitos humanos, povos tradicionais, e afins.

No âmbito do MDS foi apenas em 2017 que tivemos a elaboração de materiais específicos sobre LGBT, duas cartilhas que estão disponíveis para download no site do Ministério, e que contaram com a colaboração do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos LGBT, mas que foram pouco divulgadas e não foram disponibilizadas em versão impressa para Estados e Municípios.

Uma dessas cartilhas é intitulada “Garantia da Utilização do Nome Social para Travestis e Transexuais”, a outra é “O Dia 17 de Maio e o Papel do SUAS no Combate à LGBTfobia no Brasil”, duas importantes iniciativas, com conteúdos relevantes, mas que são invisibilizadas por pautas com maior apelo e “urgência” dentro do SUAS como o dia 18 de Maio, dia de combate ao abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes.

III CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de reconhecer as conquistas alcançadas após a promulgação da Constituição Federal de 88 no campo da seguridade social, é impossível deixar de sinalizar seus limites estruturais na ordem capitalista, e na conjuntura contemporânea de desmonte das políticas públicas após o golpe de 2016.

Praticamente todos os princípios constitucionais estão sendo desconsiderados profundamente: a universalidade dos direitos, a uniformidade e equivalência dos direitos, a diversidade de financiamento no sentido de transferir recursos do capital para o trabalho e a gestão democrática e descentralizada. Todos esses princípios estão sendo gradualmente diluídos em sucessivas contrarreformas ou medidas tidas como de natureza técnica, mas que, na verdade, têm um nítido sentido político de desestruturação da seguridade social. O princípio de seletividade e distributividade é o único que não

está sendo derruído, ao contrário, está sendo colocado em prática com bastante rigor. Os caminhos desse desmonte seguem diferentes tendências. (BOSCHETTI)

As políticas sociais precisam responder às necessidades básicas dos cidadãos, garantindo a sua reprodução social com dignidade, independente de qualquer característica que distinga indivíduos e/ou grupos sociais específicos.

Na situação da população LGBT discutida neste trabalho é preciso que uma série de ações e estratégias sejam efetivadas para responder às demandas específicas dessa população. Como garantir a inserção dos temas gênero e diversidade sexual nas escolas, colégios e universidades, firmar parcerias com lideranças e movimentos sociais, elaborar materiais de apoio, promover capacitações, normatizar práticas específicas para serviços, programas, benefícios e transferência de renda...

Em suma, é inadmissível que políticas integrantes da Seguridade Social reforcem as desigualdades e as condições de risco e vulnerabilidade, e que seus gestores e trabalhadores se tornem agentes violadores dos direitos mais básicos e essenciais de uma parcela da população utilizando como argumentos a ignorância, o preconceito ou a religião.

IV REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. A saúde sob um novo olhar. **Revista Saúde Bahia**. Salvador, Secretaria Estadual de Saúde, 2008.

BALEIRO, Maria Clarice. **Sexualidade do adolescente**: fundamentos para uma ação educativa. Salvador: Fundação Odebrecht; Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Educação; Secretaria do Estado da Saúde, 1999.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência Social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo**. 2º. ed.. Brasília: UNB, 2003.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade Social no Brasil: Conquistas e Limites a sua Efetivação**. Disponível em:

http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/seguranca_social_no_brasil_conquistas_e_limites_a_sua_efetivacao__boschetti.p df. Acesso em: 10/04/2018.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988. Diário Oficial da União, 05out.1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 11/04/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS:** histórias da reforma sanitária e do processo participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Programa Nacional de DST e AIDS. **Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DST entre Gays, HSH e Travestis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Dados da Aids no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.** Brasília, DF. 2010.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Assistência Social. Departamentos de Proteção Social Básica e Especial. **O Dia 17 de Maio e o Papel do SUAS no Combate à LGBTfobia no Brasil.** Brasília, DF. 2017.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **A Saúde no Brasil – História do Sistema Único de Saúde.** Nota Técnica nº 10/2011. Brasília, DF. 2011.

_____. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. **Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS.** Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, 8 dez. 1998. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm>. Acesso em: 11/04/2018.

_____. Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS. Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004. **Política Nacional de Assistência Social - PNAS.** Disponível em: www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/.../PNAS2004.pdf. Acesso em: 11/04/2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 158, de 04 de fevereiro de 2016.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0158_04_02_2016.html. Acesso em 11/04/2018.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de saúde no Brasil:** participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase/Tbam, 1995.

COSTA, Ronaldo Pamplona da. **Os onze sexos:** as múltiplas faces da sexualidade humana. São Paulo, Editora Gente. 1994.

DUNLEY, Gláucia (Org.) **Sexualidade e educação:** um dialogo possível? Rio de Janeiro: Gryphus, 1999.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço social na contemporaneidade:** Trabalho e Formação Profissional. São Paulo: Cortez, 1999.

LÍPER, Ricardo. **Sexo entre homens e a tradição espartana:** tudo que você queria saber e tinha medo de perguntar. Salvador: Edições RCP. 2005.

MELO, Cynthia de Freitas. **Avaliação dos Serviços Públicos de Saúde em duas Capitais Nordestinas do Brasil.** Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília, vol. 26 n. 2, p. 323 – 330, abril – junho, 2010.

PANZINI, Raquel Gehrke. **OMS e um novo conceito de saúde.** Revista Psiquiatria Clínica. 34, supl 1; 105 – 115, 2007.

PRADO, Marco Aurélio Máximo; MACHADO, Frederico Viana. **Preconceitos contra homossexualidades:** a hierarquia da invisibilidade. São Paulo: Cortez, 2008.

RIESENFIELD, Rinna. **Papai, mamãe, sou gay!** São Paulo. Summus, 2002.

ZUCCO, Luciana Patrícia. **Municipalização da Política de Assistência Social: o caso da SMDS.** Rio de Janeiro. 1997. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social da PUC-Rio.

* Especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Santa Cruz da Bahia – FSC. Trabalhador do SUAS. Email: mau_bodnachuk@hotmail.com.