

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ
GESTÃO PÚBLICA PARA O DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL

FERNANDA DE MELLO NASCIMENTO

**RECONHECIMENTO DAS SEXUALIDADES E IDENTIDADES DE GÊNERO:
CONDIÇÕES PARA POLÍTICAS DE SAÚDE**

Rio de Janeiro
2018

FERNANDA DE MELLO NASCIMENTO

**RECONHECIMENTO DAS SEXUALIDADES E IDENTIDADES DE GÊNERO:
CONDIÇÕES PARA POLÍTICAS DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Gestão Pública para o Desenvolvimento Econômico e Social do Instituto de Pesquisa Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau Bacharel em Gestão Pública.

Orientador (a): Profa. Soraya Silveira Simões.

Rio de Janeiro

2018

CIP - Catalogação na Publicação

N244r Nascimento, Fernanda de Mello
Reconhecimento das sexualidades e identidades de gênero: Condições para políticas de saúde / Fernanda de Mello Nascimento. -- Rio de Janeiro, 2018.
61 f.

Orientadora: Soraya Silveira Simões .
Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Administração e Ciências Contábeis, Faculdade de Direito, Instituto de Economia, Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, Bacharel em Gestão Pública Desenvolvimento Econômico e Social, 2018.

1. Sexualidade. 2. Gênero. 3. Política Pública de Saúde LGBT. 4. Gestor Público. I. Simões , Soraya Silveira , orient. II. Título.

FERNANDA DE MELLO NASCIMENTO

**RECONHECIMENTO DAS SEXUALIDADES E IDENTIDADES DE GÊNERO:
CONDIÇÕES PARA POLÍTICAS DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Gestão Pública para o Desenvolvimento Econômico e Social do Instituto de Pesquisa Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau Bacharel em Gestão Pública.

Orientador (a): Profa. Soraya Silveira Simões.

Aprovado em 19/12/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Soraya Silveira Simões
Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional – UFRJ

Prof. Dr. Orlando Alves dos Santos Junior
Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional – UFRJ

Salvador Campos Côrrea
Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer aos meus pais. Sem eles, nada seria possível. Todos os anos me apoiando e me incentivando a sempre estudar, não foram em vão. Obrigada por me ajudarem a trilhar esse caminho.

À Professora Dra Soraya Silveira Simões, por todo apoio na elaboração desse trabalho, não somente, como por ter me incentivado a concluir o curso com um tema tão importante para mim.

À Universidade Federal do Rio de Janeiro, por tudo que foi ensinando, dentro e fora de sala de aula. Minha vida mudou depois que ingressei nessa faculdade e só tenho a agradecer por tudo que ela me fez viver e aprender.

E a todos que fizeram parte da minha formação, direta ou indiretamente, o meu muito obrigada.

RESUMO

O presente trabalho busca explorar abordagens tanto da “construção da sexualidade”, quanto da formação de um público engajado em uma luta por reconhecimento e políticas públicas afirmativas. Há nisso uma busca que visa reparar discriminações e desigualdades. E essa luta se organizou em boa medida construindo também o campo da saúde pós-advento da aids. Apresento conceitos importantes para qualquer gestor público da área da saúde entender as singularidades do público LGBT e todo seu histórico de luta e suas mudanças, principalmente dos anos 1980 em diante. Por fim, trago as avaliações de gestores e representantes atuantes nesse campo, sobre a luta contra a discriminação e pela asseguarção de direitos igualitários, não apenas no âmbito da saúde, mas no geral: uma luta por cidadania.

Palavras-chave: Sexualidade. Gênero. Política Pública de Saúde. LGBT. Gestor Público.

ABSTRACT

The present work seeks to explore approaches to both the "construction of sexuality" and the formation of a public engaged in a struggle for recognition and affirmative public policies. There is in this a search that seeks to repair discrimination and inequalities. And this fight was organized in good measure also building the field of health after the advent of AIDS. I present important concepts for any public health manager to understand the singularities of the LGBT public and all its history of struggle and its changes, especially from the 1980s onwards. Finally, I bring the evaluations of managers and representatives working in this field, on the fight against discrimination and the assurance of egalitarian rights, not only in health, but in general: a fight for citizenship.

Keywords: Sexuality. Genre. Public Health Policy. LGBT. Public Manager.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. O PROBLEMA: UMA QUESTÃO CONCEITUAL	13
2.1 Conceitos Importantes	13
2.1.1 Gênero	13
2.1.2 Sexualidade	15
2.1.3 Transexualidade e binarismo	17
2.1.4 Orientação sexual e afetiva	19
2.1.5 Cisnormatividade e Heteronormatividade	20
2.1.6 Bissexualidade	21
3. UMA LUTA FORJADA NO CAMPO DA SAÚDE	22
3.1 Violência homofóbica no Brasil	26
3.2 HIV/AIDS	28
4. COMO SE FAZ E SE SUSTENTA UMA POLÍTICA DE SAÚDE LGBT: PERCEPÇÕES DE AGENTES DO ESTADO E DA SOCIEDADE CIVIL	35
4.1 Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro	35
4.2 Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids – ABIA	45
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
6. REFERÊNCIAS	56
APÊNDICES	

1 INTRODUÇÃO

Quando decidi começar a pensar no meu tema de monografia, desde o início queria fazer algo que fizesse sentido não apenas na minha vida como gestora pública, mas sim como mulher lésbica na sociedade em que vivo. Quando nos descobrimos homossexual, é importante compreender que não estamos sozinhos. Existem pessoas que partilham as mesmas questões e os mesmos receios, quer já tenha assumido a sua homossexualidade ou não.

Desde o início de minha formação acadêmica, tive uma relação muito forte com a questão da minha sexualidade, principalmente por ter passado por todo o processo de descobrimento quando ingressei na vida acadêmica, o que me fez sempre refletir sobre durante todo esse período.

A orientação sexual traduz a forma como se atrai romanticamente e sexualmente por outras pessoas. Algumas pessoas ficam surpreendidas quando se apaixonam por outra do mesmo sexo. Para mim, nunca foi uma dificuldade. Até por que, ser homossexual não é uma escolha. Lidar com a minha sexualidade foi um assunto particularmente fácil e me assumir também, principalmente, para mim mesma. O que, infelizmente, não é comum.

Ter certeza daquilo que quer e se sentir confortável é o primeiro passo para ter força para enfrentar todas as adversidades do mundo preconceituoso e intolerante em que vivemos. Por toda essa dificuldade que vivemos, muitas chegam no nível de estresse e ansiedade de lidar com a discriminação muito altos, que podem ter repercussões na sua saúde psicológica e levar à depressão. Ter que viver em segredo por um tempo também é muito estressante, ainda mais um segredo dessa importância.

Um dos textos lidos que mais me impactou foi o artigo “Ética e sexualidade: normatividades em perspectiva histórica”, de Eduardo Wolf. Nele, o autor buscou oferecer uma “descrição de diferentes concepções ou teorias éticas no que tange à sexualidade humana ao longo do tempo e, fundamentalmente, extrair da análise desse percurso histórico as teses filosóficas que acabaram por constituir a intrincada teia de valores, normas e práticas que determinou a condução da vida privada e social dos seres humanos ao longo dos séculos”.

Quando penso em mim, penso em amor. O pai da filosofia, Sócrates, o mestre de Platão, caracteriza o amor de uma forma diferente das formas iniciais gregas. Ele trata do amor da alma, o amor platônico, que é o que é verdadeiramente belo, e não a cultura da

busca pela beleza. Seguindo esse raciocínio, nos apaixonamos por pessoas porque todos somos iguais de alma.

Eu nunca fui uma pessoa religiosa, fiz primeira comunhão apenas por ser uma vontade dos meus pais, mas nunca foi algo que eu almejasse, e desde então eu já tinha problemas com os dogmas cristãos. Minha mãe é budista e sempre foi muito bom ver como o budismo aborda a questão do amor, como na verdade, uma parte intrínseca do ser humano que não depende apenas de corpo carnal, mas principalmente de seus sentimentos e sua luz. Logo, a moral cristã propriamente dita e comentada por São Tomás de Aquino não foi uma dificuldade para mim, como é para muitas pessoas, tratando, por exemplo, do sexo no casamento (heterossexual) para a procriação que “é o certo, o resto, pecado”, como a masturbação, a bestialidade e a sodomia.

Ainda falando da história e como o estudo dela me afetou (não apenas o estudo dela, mas também as mudanças que elas trouxeram na sociedade), a Era Vitoriana se caracteriza por um exagerado puritanismo em relação ao sexo. O moralismo vitoriano tinha certos dogmas, como a castidade como atestado do valor da mulher, uma hiperproteção das mulheres conjugada a sua condição ainda submissa, a separação de mulher “esposa” e mulher “amante”. Junto a esse moralismo todo, se tinha um quadro social peculiar, pois, houve uma intensificação da prostituição nos grandes centros urbanos, ocorrência de casos escandalosos de homossexualidade envolvendo figuras públicas, a disseminação de doenças sexualmente transmissíveis etc.

A grande mudança do assunto tratado se teve da década de 1960, caracterizada pela “revolução de costumes”, que trouxe um caráter mais consciente em torno das atitudes e práticas sexuais. Fomos embalados pelas garantias da pílula e pelos acordos sensuais da música da contracultura.

Nem mesmo todas as conquistas libertadoras da sexualidade a qual a humanidade passou em todos esses anos podem eliminar por completo os problemas que enfrentamos em nossas relações sexuais. Ainda reside uma realidade de tipo normativo que orienta o que julgamos ser certo ou errado em uma relação.

Por eu ser um tipo de lésbica considerada mais “machinho” e sempre chamada de “sapatão”, não foi um “espanto” para todos em minha volta.

E, conseqüentemente, por ser assim, já ouvi diversas coisas como "ela quer ser homem e não consegue", "sapatão assim porque nenhum homem te quer" ou "nunca pegou um homem de verdade, por isso é desse jeito".

A nossa resistência começa quando nos vestimos da forma que simplesmente, queremos e nos sentimos confortáveis. Não há um só tipo de lésbica, não há apenas um tipo de comportamento lésbico, e não há apenas um tipo de relação lésbica. Um dia, por curiosidade, pesquisei a origem da palavra Lésbica.

Lésbicas sempre existiram, desde que o mundo é mundo. O próprio termo é derivado dos poemas de Safo—uma importante poetisa grega, que nasceu na Ilha de Lesbos centenas de anos antes de Cristo, e se dedicou a ensinar arte às suas alunas. Mesmo nessa época, o “tribadismo” (modalidade de prática do lesbianismo) era visto como prática imoral, vergonhosa. Ser mulher e amar uma igual já era um ato abominável. E continuamos sendo repudiadas, em pleno século XXI. Somos silenciadas todos os dias.

Ser lésbica é um reconhecimento, um despertar, um redespertar da paixão das mulheres pelas mulheres. A palavra lésbica carrega consigo todo um histórico de resistência e rebeldia contra o sistema patriarcal em que vivemos, portanto não há nada mais revolucionário do que se declarar lésbica.

Nunca tive dúvida de quem eu era e o que sempre me perguntei era meu papel na sociedade como quem eu sou. Se sou o que sou, como posso ajudar a outras pessoas a se sentirem bem ou positivamente reconhecidas como são, também?

No capítulo 1, construo o problema abordado nesse TCC a partir de conceitos que foram sendo cunhados para considerar gênero uma questão crucial da contemporaneidade, questão que surge e se politiza em sociedades tão diferentes e diversificadas quanto as que habitam o território brasileiro. Podemos tanto historicizar o surgimento desses conceitos quanto considerá-los como incidentes nas políticas públicas e nos movimentos sociais os mais variados.

No capítulo 2, retomo alguns aspectos das sexualidades e dos modos como foram historicamente tratadas, no Brasil, em leis civis e penais, na literatura, em crônicas do cotidiano e em políticas públicas.

Chegamos, assim, ao terceiro capítulo, onde pretendo fazer aparecer percepções de ativistas de organizações não-governamentais, movimentos sociais e órgãos de saúde sobre o reconhecimento das sexualidades e da pertinência de considerar questões de gênero na formulação de políticas públicas. Não à toa, todos os entrevistados atuam no campo da saúde, seja engajados no movimento de aids ou em movimentos identitários, como o LGBT.

2 O PROBLEMA: UMA QUESTÃO CONCEITUAL

2.1 CONCEITOS IMPORTANTES

Nos tempos atuais, parece que estamos vivendo em uma sociedade cada vez mais, por um lado, “liberal”, no sentido de tentar respeitar as diferenças e por outro, cada vez mais “conservadora”, querendo reprimir os que são “diferentes” do que consideram o padrão de família tradicional brasileira. A prova disso é o resultado das últimas eleições presidenciais do Brasil.

O mais importante para se entender uma política pública e conseguir formulá-la de forma mais abrangente e eficiente possível, é entender a singularidade de seu público-alvo. De nada adianta pensar em uma política pública se não consegue entender a real

necessidade dessa população que se quer atingir. Por isso, é importante entender, da melhor forma possível, a comunidade por um todo. Vamos a elas:

Nos tempos atuais, parece que estamos vivendo em uma sociedade cada vez mais, por um lado, “liberal”, no sentido de tentar respeitar as diferenças, e, por outro, cada vez mais “conservadora”, querendo reprimir os que são “diferentes” do que consideram o padrão de família tradicional brasileira. A prova disso é o resultado das últimas eleições presidenciais do Brasil.

O mais importante para se entender uma política pública e conseguir formulá-la de forma mais abrangente e eficiente possível, é entender a singularidade de seu público-alvo. De nada adianta pensar em uma política pública se não conseguimos entender a real necessidade da população que se quer atingir, os contextos onde surgimos como sujeitos e as variadas opressões e violências sociais e programáticas contra as quais precisamos lutar. Por isso, é importante entender, da melhor forma possível, a comunidade por um todo e dissecar alguns conceitos que nos permitem ver melhor a estruturação de um campo de ação política de agendas governamentais mas também, e sobretudo, dos sujeitos.

Os conceitos que seguem são os que proponho ver de perto. A partir deles, movimentos identitários, em particular associados às identidades de gênero, puderam se desenvolver e afirmar seus discursos pela valorização da vida digna e pela cidadania. Vamos a eles:

2.1.1 Gênero

A sociedade diferencia as pessoas de acordo com seu sexo identificado no nascimento. Isso acaba criando uma expectativa acerca do comportamento das pessoas, de como elas devem se portar, o que devem fazer, o que podem gostar etc, ou seja, orientam a construção da nossa identidade e nossas interações sociais. Desde que nascemos somos ensinados a se encaixar em um certo tipo de modelo. Ser homem ou ser mulher, ser feminino ou masculino, ser menino ou menina: tudo voltado a seu sexo biológico.

A questão que se dá acerca disso é se existe, biologicamente, alguma razão para essas escolhas. Por que mulher usa maquiagem e gosta de vestido? Por que homens supostamente não podem? De onde, quando e por que começaram essas escolhas? São questões que não estão ligadas à nossa condição física, logo, são culturalmente construídas. Não existe estudo que baseie essa relação.

Uma antropóloga americana chamada Margaret Mead fez um estudo em povos de Nova-Guiné, nos anos 30, tentando entender essa diferença entre homens e mulheres. A

conclusão tirada do estudo é de que em várias culturas é diferente a forma como os homens e mulheres se portam. Entender o feminino e o masculino se difere em cada sociedade. Logo, nosso pensamento é definido pela nossa cultura.

Para sermos mulheres, por exemplos, não precisamos necessariamente gostar de usar maquiagem e vestido. A escritora e ativista francesa Simone de Beauvoir lançou em seu livro, aos 41 anos em 1949, "O segundo sexo" a ideia de "*On ne naît pas femme, on le devient*", em português, "nós não nascemos mulheres, nós nos tornamos mulheres". Ela antecipa, naquela época, a discussão da palavra "gênero" para definir a construção social de uma diferença orientada em função da biologia, por oposição a "sexo", que designaria somente a parte biológica.

O termo "gênero" é muito utilizado por várias teorias que buscam demonstrar a desigualdade entre os sexos. Em estudos antropológicos feitos em momentos históricos diferentes, é clara a atribuição de tarefas e obrigações de acordo com seu sexo biológico. Como por exemplo, a mulher ter filhos e cuidar da casa, o homem ir para a rua trazer sustento para a casa.

Muitos pensadores do tema tentaram usar a ciência para desqualificar o feminino, usando como respostas a menor massa muscular e tamanho cerebral para explicar a "inaptidão" de mulheres para tarefas físicas e intelectuais, o que na sociedade são consideradas de maior valor social, condenando as mulheres ao trabalho do lar.

Na campanha "a campanha Livres & Iguais", da ONU, se define identidade de gênero como "*se refere à experiência de uma pessoa com o seu próprio gênero. Pessoas transgênero possuem uma identidade de gênero que é diferente do sexo que lhes foi designado no momento de seu nascimento*".

O chamado "sexo biológico" é o que diz respeito ao órgão sexual que possuímos em nosso corpo. Já a identidade de gênero diz respeito a como nos sentimos e queremos nos impor na sociedade.

Algumas vezes, o sexo biológico (sempre é nos atraído a ele no nosso nascimento) não corresponde com a nossa sensação de pertencimento na sociedade. A noção de identidade nós construímos e são bastante diferentes em cada um.

Essas pessoas que transitam sem necessariamente se identificarem com seu sexo biológico são chamadas de transgêneras, ou pessoas trans. Mas também podemos ter pessoas que estão fora desse parâmetro e não se identifica com homem ou mulher, por exemplo.

Cisgêneros e transsexuais se identificam com sexos construídos pela sociedade e são considerados binários. Já o não-binário (ou *genderqueer*) não se identifica com nenhum dos dois: ele não considera que existem apenas homens ou mulheres. Já o agênero não se considera nem homem e nem mulher. O bigênero, os dois ao mesmo tempo. O gênero fluido se identifica com os dois sexos, mas variando.

2.1.2 Sexualidade

Interligada à questão do gênero, a sexualidade é da mesma forma ligada ao ser feminino e ser masculino, ou seja, à nossa existência biológica. Nascemos ouvindo que “somos meninas então gostamos de meninos” e vice-versa. Fundamentamos desejos na dimensão do corpo tal como classificado pela ciência biológica. Essa tentativa de “verdade” tem uma história, e Michel Foucault foi um de seus mais proeminentes investigadores.

Aprendemos que é um instinto natural ou uma manifestação biológica natural para garantir a sobrevivência da espécie. Por isso, ser macho ou fêmea induziria ser “homem” ou “mulher”. Determinaria nossos desejos e os tornaria exclusivos. Será?

Em um país com fortes traços patriarcais, como o Brasil, que já foi majoritariamente católico e hoje se apresenta como um país evangélico – cujos agentes dessa vertente religiosa têm ganhado cada vez mais cadeiras nas câmaras, assembleias legislativas e, agora, no executivo – a sexualidade tem sido tratada, por muitos, como a “arma de Deus” para garantir a procriação, sendo natural que homens e mulheres se juntem para tal fim. É uma força interior que se desenvolve em algum momento da vida. A sociedade “deve” aceitar e, se for o contrário de uma determinação biológica binária macho-fêmea, reprimir e censurar. Podemos, assim, nos perguntar: mas onde está, então, a sexualidade?

A nossa sexualidade está no âmbito político. Está na lei a partir do momento que a lei regula as relações conjugais e define modelos de famílias e das práticas sexuais que são permitidas ou proibidas. Está no cartório civil quando define se duas pessoas podem ou não se casar de acordo com seu gênero.

A principal fonte de conhecimento da sexualidade, num passado não muito “passado”, vinha da igreja. Em “A origem da família, da propriedade privada e do Estado”, F. Engels lembrava que até aquele momento (meados do século XIX), a história da família havia sido contada exclusivamente pela Igreja. A família, à luz do cristianismo, era considerada à luz de um modelo heteronormativo, voltado para a reprodução biológica. A religião tentava definir a sexualidade, o que pode ser moral e o que é imoral, do natural e do antinatural,

definindo assim o casamento e a família. Independente da nossa religião, ela sempre influenciou em algum ponto o nosso pensamento sobre a sexualidade.

Hoje em dia, contudo, há muitos tensionamentos à essa perspectiva. O Estado laico já foi experimentado e a biologia e a psicologia são muito usadas para acionar novos discursos sobre a sexualidade. São, hoje, áreas que legitimadas para falar sobre a sexualidade. De certo modo podemos até mesmo dizer que trocamos os dogmas da Igreja pelas teses científicas que, de acordo com os princípios do próprio campo, não só podem como devem ser refutadas. Usamos a ciência para investigar tudo o que envolve a sexualidade e definir e explicar os atos sexuais. É importante para definir o que é saudável e o que não é, saudável ou até patológico, para ajudar na correta formulação das leis e abordagens.

A sexualidade é também contemplada no mundo capitalista, pois está no mercado, para fazer escoar bens de consumo voltados a um determinado “público”. Está na indústria pornográfica, está na família “branca, hétero, classe média” que o mercado vende como a família “perfeita” e “como deve ser”. A sexualidade está nos meios de comunicação, a partir do momento que na novela só vemos beijo entre homem e mulher e quase sempre casais homossexuais não são apresentados da mesma forma, com a mesma, digamos, passionalidade. O “beijo gay” sempre é uma polêmica e muito contestado quando (raramente) acontece. Está na indústria farmacêutica quando se tem o viagra e outros remédios para melhorar a performance sexual ou nas campanhas de emagrecimento para ter um corpo “sensual”.

A sexualidade é "uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental" (OMS, 1992).

Por tudo isso, a sexualidade é uma produção social e por isso, é diferente em sociedade e momentos históricos. Como usamos nosso corpo e as experiências que temos não é definido apenas pelo lado biológico e psicológico, mas também com a cultura que estamos inseridos. Logo, significa que a forma como vivemos hoje as relações, o prazer e o corpo não é a única e o que parece imutável pode estar se transformando e reinventar em qualquer tempo e qualquer espaço.

Não temos apenas a homossexualidade, bissexualidade e heterossexualidade. Temos outras sexualidades, como a pansexualidade (se sente atraído por todos os tipos de

gêneros sexuais) e assexuais (pessoas que não têm ou têm muito pouco interesse em atividade sexual humana).

2.1.3 Transexualidade e binarismo

A identidade de gênero é como se traduz a autopercepção que o indivíduo tem de si na sua identificação social. Logo, não significa que será o mesmo que lhe foi designado em seu nascimento de acordo com seu órgão genital. Quando é diferente, se designa uma pessoa trans.

Identidade de gênero e orientação sexual são áreas totalmente distintas. Isso quer dizer que pessoas trans (tanto quanto cis) podem ser homo/bi/pan/assexuais.

Nesse processo de identidade de gênero, grande parte das pessoas trans assumem um novo nome social para substituir o de batismo em suas relações sociais, por exemplo, como uma forma de legitimar e afirmar sua identidade.

Quando alguém não respeita uma pessoa trans usando o nome com o qual ela se identifica e que reflete sua identidade de gênero, está negando o reconhecimento de sua própria identidade. A ausência desse reconhecimento é um dos fatores que contribui para tornar pessoas trans mais vulneráveis a situações de violência e discriminação.

Desde 2009 é garantido, pela Portaria nº 1.820/2009 à pessoas trans a identificação pelo nome com o qual se reconhecem, o que a legislação chama de nome social, no Sistema Único de Saúde. Desde 2012 o cartão do SUS pode ser impresso somente com o nome social.

Em março de 2018 o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu autorizar pessoas transgêneras a alterarem o nome no registro civil, sem a necessidade de laudo médico ou intervenção cirúrgica, apenas atestando uma autodeclaração.

Enquanto para gays, lésbicas e bissexuais o ponto é a sexualidade, para pessoas trans, a questão central é a identidade de gênero, o que torna o movimento para direitos de LGBT muito amplo e não homogêneo.

O maior foco da luta pelos direitos de pessoas transgêneras é voltado para a área da saúde, além também da educação e emprego.

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 2.836/2011, reafirma o direito das pessoas LGBT à saúde integral, humanizada e de qualidade no

Sistema Único de Saúde (SUS), tanto na rede de atenção básica como nos serviços especializados.

Com a sua identidade de gênero, muitas pessoas dão início a um processo de transição. Com os avanços tecnológicos na medicina, temos muitos processos que permitem pessoas trans transformarem o seu corpo como desejarem para alcançar a imagem que querem. Porém, não é algo que define uma pessoa trans. Elas podem ou não transformarem seus corpos mesmo não tendo interesse em intervenções cirúrgicas ou tratamentos hormonais. O processo de transição, na maior parte dos casos, segue a perspectiva cisnormativa, convertendo-se em busca de um ideal feminino ou masculino.

Para pessoas trans que desejam fazer modificações corporais, há uma diversidade de técnicas para tal fim, podendo-se destacar:

- Hormonioterapia – consiste basicamente na aplicação de hormônios em homens e mulheres trans para alterar características fenotípicas e mudar o corpo. Essas mudanças podem ser a alteração da voz, quantidade de crescimento de pêlos, distribuição de gordura no corpo etc. A falta de acompanhamento médico pode acarretar diversos problemas graves à saúde, que é o que muitas vezes acontece com pessoas trans que não tem esse auxílio.
- Intervenção cirúrgica – pode-se citar mastectomia ou implante de silicone ou cirurgias de redesignação sexual.

O Processo transexualizador no SUS - O Processo Transexualizador foi instituído pelo SUS em 2008 (Portarias nº 1.707 e nº 457 de agosto de 2008) e ampliado pela Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Ele garante o atendimento integral de saúde a pessoas trans que desejam acessar tecnologias de modificação corporal. A atenção Especializada a pessoas trans inclui as seguintes modalidades: Ambulatorial (acompanhamento clínico, hormonioterapia e se for o caso, operatório) e Hospitalar (realização e acompanhamento de cirurgias).

Uma questão importante é ser abordada é que as cirurgias de redesignação sexual são esterilizantes. É importante a ciência de pessoas trans que queiram se submeter a cirurgia sobre esse aspecto e que de alguma forma consigam ter seus direitos reprodutivos respeitados.

2.1.4 Orientação sexual e afetiva

Desde muito novos a nossa orientação sexual nos é imposta dentro de um padrão. Isso não quer dizer que devemos aceitar e sermos passivos na construção das nossas vontades, desejos e como queremos construir nossa sexualidade, e fazemos isso de acordo com o local e momento histórico em que estamos inseridos.

A Associação para o Planejamento da Família (APF) foi fundada em 1967 e tem como missão ajudar as pessoas a fazerem escolhas livres e conscientes na sua vida sexual e reprodutiva, além de promover a parentalidade positiva. A APF define que a orientação sexual:

“Refere-se ao que cada pessoa pensa e sente sobre si própria e sobre a sua afetividade e sexualidade e por quem se sente atraído afetiva e sexualmente. Uma pessoa é considerada: heterossexual se se sente, sobretudo atraída por pessoas de género diferente; homossexual se se sente sobretudo atraída por pessoas do mesmo género e bissexual se se sente atraída por pessoas de ambos os géneros.”

Orientação sexual e afetiva é como construímos nossos desejos, como nos atraímos a alguém e como nos relacionamos com ele. Existem múltiplas formas de se relacionar com pessoas. Embora, como definido pela AFP as orientações sexuais mais comuns são definidas em homo, hétero e bissexual, a discussão é muito mais complexa e envolve muito mais do que sexo ou/e gênero e existem diversas outras formas de viver a nossa sexualidade.

2.1.5 Cisnormatividade e Heteronormatividade

A cisnormatividade é como a nossa sociedade é construída. Todos temos que viver em uma sociedade cisnormativa. Do mesmo jeito que pessoas cis, as pessoas trans vivem uma experiência e uma vida própria dentro dessa sociedade cisnormativa.

A palavra cisnormativa é definida como a lógica que a sociedade cria para como devemos nos comportar, sempre de acordo com o sexo que lhe foi atribuído no nascimento, se identificando como homem ou mulher. Se tem pênis, deve-se ser homem e se tem vagina, deve-se ser mulher. E estar nesses rótulos significa um conjunto de coisas pré-definidas pela cultura. Somos organizados e impelidos para sermos cisgêneros e discriminados se não nos encaixarmos às expectativas sociais.

Com essa cultura cisnormativa, se legitima também a heterossexualidade como norma. A lição que temos desde crianças é que a heterossexualidade é o natural. A prova disso é a produção cultural ser em grande massa voltada para o público heteronormativo. A pornografia também se encaixa nesse padrão.

No Brasil e em grande parte dos países do mundo, não há uma lei que estabeleça que devemos seguir a heterossexualidade. O que existe é uma forte pressão social para que a sigamos, o que é chamado como heteronormatividade e o que está fora disso, é discriminado.

Não só na parte sexual, mas também em outras formas de se portar na sociedade. Aprendemos que homem não pode ser sensível e sentimental e devem ser viris e desejar sempre uma mulher. Já as mulheres são sentimentais, devem cuidar do seu marido e do seu corpo, além de serem destinadas à maternidade, se sentindo completa apenas quando a atinge.

Várias pessoas fogem desse padrão, sofrendo todo tipo de violência, invisibilidade, discriminação, estigmatização etc.

A cultura cisnormativa estabelece diversos obstáculos na nossa identidade de gênero e a cultura heteronormativa, na nossa orientação sexual.

2.1.6 Bissexualidade

A primeira coisa que vem a cabeça quando se pensa em bissexualidade é o que a sociedade sempre nos impõe de que “bissexual é indeciso, mal resolvido, que não se aceitam ou heterossexuais indecisos”. Ambiguidade. Ambivalência, Paradoxo. Grandes equívocos e preconceito.

Existe a dificuldade de se entender a bissexualidade principalmente porque a sexualidade é tratada como algo dicotômico. A questão principal disso é que a sociedade obriga a gente a ter que se encaixar em algum padrão e a verdade é que não precisamos definir “nosso lado”. Uma pessoa pode se sentir atraído por qualquer gênero e isso não quer dizer que precisa estar com os dois ao mesmo tempo, só significa que a pessoa é capaz e sente afeto por homem ou mulher.

3 UMA LUTA FORJADA NO CAMPO DA SAÚDE

Em seu livro “História da Sexualidade”, em especial o Volume I, que tem como subtítulo “A vontade de saber”, Foucault (1988) destaca:

“Pelo menos até Freud, o discurso sobre o sexo — o dos cientistas e dos teóricos — não teria feito mais do que ocultar continuamente o que dele se falava. Poder-se-iam considerar todas as coisas ditas, precauções meticulosas e análises detalhadas, como procedimentos destinados a esquivar a verdade insuportável e excessivamente perigosa sobre o sexo. E o simples fato de se ter pretendido falar dele do ponto de vista purificado e neutro da ciência já é, em si mesmo, significativo. De fato, era uma ciência feita de esquivas já que, na incapacidade ou recusa em falar do próprio sexo, referia-se sobretudo às suas aberrações, perversões, extravagâncias excepcionais, anulações patológicas, exasperações mórbidas. Era, também, uma ciência essencialmente subordinada aos imperativos de uma moral, cujas classificações reiterou sob a forma de normas médicas. A pretexto de dizer a verdade, em todo lado provocava medos; atribuía às menores oscilações da sexualidade uma dinastia imaginária de males fadados a repercutirem sobre as gerações; afirmou perigosos à sociedade inteira os hábitos furtivos dos tímidos e as pequenas e mais solitárias manias; no final dos prazeres insólitos colocou nada menos do que a morte: a dos indivíduos, a das gerações, a da espécie.”

Com esse trecho fica claro o perigo da falta de diálogo sobre a sexualidade humana. Isso, com toda certeza, se espelha em todo preconceito que a comunidade LGBT enfrenta. Se não há diálogo, não há entendimento. Com isso, apenas se tem o desrespeito.

O movimento pelos direitos LGBT no Brasil começou em espaços sociais, como bares e clubes, nos anos 70 (em meio a ditadura militar). Foi o início da organização do movimento. Esses espaços eram chamados de “guetos”. (Blog Memórias da ditadura, LGBT, 2018)

O primeiro grupo homossexual no Brasil (basicamente apenas homens) foi o Somos, fundado em 1978, em São Paulo. Em 1979, um número maior de lésbicas se junta ao grupo após um debate no Departamento de Ciências Sociais da USP. Elas fundam uma subdivisão do grupo, a Lésbicas Feministas. A letra L é incluída na sigla geral do movimento em 1993, quando militantes votaram para que o Sétimo Encontro Brasileiro de Homossexuais passasse a se chamar Encontro Brasileiro de Homossexuais e Lésbicas.

Em 2008, a Conferência Nacional GLBT decide, após um polêmico debate, posicionar a letra L à frente do G. O movimento passa a ser “LGBT”, para maior visibilidade às lésbicas.

O primeiro jornal de temática homossexual que se tornou nacional foi “O Lampião da Esquina”, de 1978. A ideia central era sair do gueto. O “Lampião” fazia oposição à ditadura e servia para denunciar abusos contra LGBTs, como a prisão arbitrária de lésbicas devido a sua orientação sexual em 1980, em São Paulo, no que foi apelidado de “Operação Sapatão” —algo que continuou a ocorrer com transexuais e travestis após a redemocratização. Em 1979 tivemos a primeira participação de lésbicas, que escreveram um artigo. Em 1981, elas criam um novo jornal, depois transformado em boletim: “Chanacomchana”, vendido no Ferro’s Bar, frequentado por lésbicas no centro de São Paulo. Sua venda não era aprovada pelos donos, e as militantes chegam a ser expulsas. No dia 19 de agosto de 1983, participantes do Galf (Grupo Ação Lésbica-Feminista, fundado em 1981), com apoio de outras feministas e de gays, driblam o porteiro do Ferro’s, fazem um ato político e conseguem reverter a proibição.

A grande mudança do movimento veio com o advento da AIDS/HIV que afetou com mais força homossexuais homens, bissexuais, travestis e transexuais na década de 80. Homossexuais ganharam um novo estigma e a pauta muda. Militantes do Estado de São Paulo, especialmente, deixaram os grupos estabelecidos. Muitos passaram a atuar em projetos de combate à Aids. Grupos como o GGB (Grupo Gay da Bahia), fundado em 1980 em Salvador, e Triângulo Rosa, fundado em 1985 no Rio, tomam a dianteira do movimento.

A crise serviu para aumentar a visibilidade dessa população. Tivemos verbas estatais e grupos nacionais e internacionais que financiavam e financiam até hoje a resposta a essa epidemia.

No Brasil, desde a reabertura política depois da ditadura militar, com fim em 1984, vem ganhando espaço no campo de públicas o debate para iniciativas voltadas para o reconhecimento e principalmente o enfrentamento de desigualdades produzidas a partir do modo como nossa sociedade regula as relações de gênero-sexualidade, muito presente no campo de estudo da saúde.

De início, a luta era basicamente no campo da saúde devido ao advento da AIDS/HIV. Nos anos 1990, começamos a alcançar novas perspectivas, principalmente em razão da Constituição Federal de 1988 e pelo Ciclo Social da ONU e a partir daí foram criadas estruturas no Estado dedicadas a esse debate.

O I Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH I), de 1996 (Decreto nº 1.904, de 13 de maio de 1996) foi elaborado a partir de uma ampla consulta à sociedade, através de debates e seminários. A ideia é de que esse Programa serviria de guia para pautar as ações governamentais e da sociedade em prol de um país mais justo para todos.

No texto do Programa está estruturado: *“Direitos humanos são os direitos fundamentais de todas as pessoas, sejam elas mulheres, negros, homossexuais, índios, idosos, pessoas portadoras de deficiências, populações de fronteiras, estrangeiros e emigrantes, refugiados, portadores de HIV positivo, crianças e adolescentes, policiais, presos, despossuídos e os que têm acesso a riqueza. Todos, enquanto pessoas, devem ser respeitados e sua integridade física protegida e assegurada.”*

Com isso, vemos uma primeira discussão no âmbito governamental de formular políticas públicas para LGBT, assegurando suas singularidades, seus direitos e o respeito à eles. Além disso, deixa claro que o esforço dos Governos federais, estaduais, municipais, das autoridades judiciárias, legislativas e da própria sociedade como um todo ainda não foram capazes de diminuir o desrespeito diário aos direitos humanos no Brasil.

Em suma, o Programa Nacional de Direitos Humanos, elaborado pelo Ministério da Justiça, tem por objetivo priorizar e apresentar propostas concretas que busquem minimizar os problemas que vivemos, com medidas de curto, médio e longo prazo para cada aspecto social identificado pelo Programa.

Em 1997 foi criada a Secretaria Nacional de Direitos Humanos (SNDH) com o objetivo de coordenar, gerenciar e acompanhar a execução do Programa Nacional de Direitos Humanos, promover a cooperação com os Organismos Internacionais, e coordenar a escolha e entrega do Prêmio Nacional de Direitos Humanos. Podemos ver uma mudança estrutural muito importante nesse período, focando mais na questão da Mulher, Criança e Adolescente e pessoas com deficiência, ainda não tendo tanto o debate da Homofobia, de início. Todavia, temos outros programas, planos e ações que se inclui, por exemplo, o Brasil sem Homofobia.

O Programa Nacional de Direitos Humanos II (PNDH II), de 2002, serviu como um balanço dos progressos alcançados desde sua primeira implantação em 1996. A partir de 2002, foi implantado com recursos orçamentários previstos no PPA (Plano Plurianual) de 2000-2003 e na Lei Orçamentária Anual (LOA). Ele incorpora ações específicas na garantia do direito à educação, à saúde, à previdência e assistência social, ao trabalho, à moradia, a um meio ambiente saudável, à alimentação, à cultura e ao lazer, assim como propostas

voltadas para a educação e sensibilização de toda a sociedade brasileira com vistas à construção e consolidação de uma cultura de respeito aos direitos humanos.

Nele, conseguimos encontrar tópicos como “garantia do direito à livre expressão”; e “garantia do direito à igualdade”, dedicados especificamente a “Gays, Lésbicas, Travestis, Transexuais e Bissexuais – GLTTB”. Orientação sexual também aparece em outros tópicos do documento, como em tópicos sobre adoção, mercado de trabalho e políticas de enfrentamento ao HIV. O documento já propunha também o apoio à regulamentação de uma “lei de redesignação de sexo e mudança de registro civil para transexuais”. Inclusive, nesse Programa contém uma seção com quinze ações a serem adotadas pelo governo do Brasil para combater à discriminação por orientação sexual.

Em 2004, temos a criação do “Brasil Sem Homofobia (BSH)”. O programa começou mobilizando em conjunto instituições públicas e privadas em diferentes campos. Dentre as ações, podemos destacar: criação dos Centros de Referência em Direitos Humanos de Combate à Homofobia; realização de duas Conferências Nacionais LGBT; estabelecimento do Dia Nacional de Combate à Homofobia (17 de maio); formulação da Política Nacional da Saúde LGBT; parecer da Advocacia-Geral da União favorável ao reconhecimento da união estável homoafetiva para o pagamento de benefícios previdenciários; resolução acerca do tratamento a pessoas LGBT em situação de privação de liberdade; inclusão de denúncias de violência contra LGBT no Disque Direitos Humanos; estabelecimento da obrigatoriedade do cadastro de violência homofóbica e transfóbica no Sistema Único de Saúde.

Na cartilha oficial do Programa, se explica que o tema da discriminação com base na orientação sexual foi pela primeira vez debatido em um foro das Nações Unidas, durante a Conferência Mundial de Beijing (1995), pela Delegação da Suécia. Porém, a objeção por delegações islâmicas impossibilitou a adoção do tema. O Brasil tem, na Conferência Regional das Américas, realizada em Santiago, no Chile, em 2000 a primeira chance de mostrar suas articulações feitas nos anos anteriores acerca do tema tratado, se preparando para a Conferência de Durban, em 2001, na África do Sul. As propostas levadas pelo governo brasileiro para essa última Conferência (discutiu o tema da discriminação sobre a orientação sexual) foram apoiadas por várias delegações do continente europeu, porém, não foi incorporada ao texto final da Declaração de Plano de Ação da Conferência de Durban.

Podemos notar uma estrutura mais diferente, no âmbito das políticas voltadas para o público LGBT, a partir do PNDH III, instituído pelo Decreto nº 7.037, de 21 de dezembro de 2009, e atualizado pelo Decreto nº 7.177, de 12 de maio de 2010. A versão recente do

Programa ampliou o conjunto de ações voltadas a pessoas LGBT, tornando a promoção dos seus direitos uma política mais direta.

Apêndice J - Quadro comparativo do PNDH 2 e do PNDH 3, por ações programáticas voltadas à população LGBT, por área temática.

Área	Ações programáticas	
	PNDH 2	PNDH 3
Legislativo	<ul style="list-style-type: none"> • Propor PEC para incluir a garantia do direito à livre orientação sexual e a proibição da discriminação por orientação sexual. • Apoiar a regulamentação da PCR e a regulamentação da lei de redesignação de sexo e mudança de registro civil para transexuais. • Propor o aperfeiçoamento da legislação penal no que se refere à discriminação e à violência motivadas por orientação sexual. • Excluir o termo 'pederastia' do Código Penal Militar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar projeto de lei que disponha sobre a união civil entre pessoas do mesmo sexo.

QUADRO RETIRADO DO SITE: https://www.sertao.ufg.br/up/16/o/pplgbt-Apendice_J.pdf

3.1 VIOLÊNCIA HOMOFÓBICA NO BRASIL

O Brasil, apesar de ser visto como um país “liberal”, ainda é um dos países que mais mata pessoas LGBT no mundo e possui uma posição muito frágil em relação à superação dela. Em uma pesquisa feita por Gustavo Venturi, Doutor em Ciência Política e mestre em Sociologia pela USP, intitulada *Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil – Intolerância e Respeito às Diferenças Sexuais*, quase a totalidade dos entrevistados respondeu afirmativamente que acreditam que existe preconceito contra travestis (93%), transexuais (91%), gays (92%) e lésbicas (92%) e bissexuais (90%). Quando perguntados se são preconceituosos, apenas 29% admitiu ter preconceito contra travestis, 28% contra transexuais, 27% contra lésbicas e bissexuais e 26% contra gays.

Nesse tipo de pesquisa, é normal pessoas mentirem ou omitirem o que realmente sentem e como lidam com isso externamente por ser algo, para muitos, socialmente condenável.

A Associação Internacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersex (ILGA) enquadra o Brasil entre os países que garante direitos ligados à orientação sexual. Porém, podemos estatisticamente ver que isso infelizmente não reflete no dia a dia da população LGBT. Em 2012, por exemplo, foram registrados pelo poder público, 3.084 denúncias de 9.982 violações relacionadas a pessoas LGBT, envolvendo 4.851 vítimas e 4.784 suspeitos.

O Grupo Gay da Bahia (GGB) coleta estatísticas sobre assassinatos de homossexuais e transgêneros no Brasil há 38 anos e registrou um aumento de 30% nos

homicídios em 2017 em relação a 2016. O levantamento do GGB é feito com base em notícias publicadas na imprensa, na internet e informações pessoais compartilhada com o grupo.

A causa das mortes registradas em 2017 segue a mesma tendência dos anos anteriores, predominando o uso de armas de fogo (30,8%), seguida por armas brancas cortantes, como facas (25,2%). Segundo agências internacionais de direitos humanos, matam-se mais homossexuais no Brasil do que nos 13 países do Oriente e África onde há pena de morte contra os LGBTs. A cada quatro homicídios o criminoso foi identificado em menos de 25% das vezes. Além disso, menos de 10% das ocorrências resultaram em abertura de processo e punição dos assassinos.

A cada 19 horas um LGBT é assassinado ou se suicida vítima de homofobia no país. Em 2017 foram registrados 445 mortes enquanto em 2000 foram 130 mortes. O estado que mais sofreu com esse panorama foi São Paulo (59 casos), seguido de Minas Gerais (43), Bahia (35 casos) e Ceará (30 casos). A maior incidência é entre pessoas de 18 a 25 anos. Das 445 vítimas de homotransfobia registradas em 2017, 194 eram gays (43,6%), 191 trans (42,9%), 43 lésbicas (9,7%), 5 bissexuais (1,1%) e 12 heterossexuais (2,7%).

A grande prova de que o Brasil ainda é um país extremamente homofóbico, além dos dados todos destacados, é a atual conjuntura política. Vivemos em meio a um cenário em que um homem fascista, racista, homofóbico, misógino e xenofóbico ganha as eleições para presidente e instaura um caos na democracia e na luta pelos direitos humanos no Brasil.

A partir do processo de reabertura democrática, no campo de públicas se vem ganhando espaço a discussão sobre o reconhecimento e enfrentamento de desigualdades produzidas nas relações de gênero-sexualidade. Nos anos 80 basicamente se restringiam a área da saúde em consequência da epidemia de HIV/AIDS, mas no anos 90 começaram a alcançar diferentes campos. Houve criação de estruturas no Estado dedicadas especificamente a elas, como a área técnica LGBT da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

3.2 HIV E AIDS

Como de início em seu livro “Devassos no Paraíso”, João Silvério Trevisan destaca

“Em vários setores já se cita a Aids como resultado de um descompasso entre a natureza e os costumes, pois sempre que “o homem invade o nicho ecológico, contrai novas doenças”, conforme

palavras do Dr. Ricardo Veronesi, professor de medicina da USP, segundo tal interpretação, a prática homossexual estaria rompendo um equilíbrio natural, de modo que agora a natureza se vingará, atingindo a humanidade com uma nova pandemia (sic) através da “mutação de um vírus novo” que, no caso específico, provoca a Aids.” (1986, página 17)

De início podemos destacar que HIV é uma sigla para “vírus da imunodeficiência humana”. É o vírus que pode levar à síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Ao contrário de outros vírus, o corpo humano não consegue se livrar do HIV. Isso significa que uma vez que você contrai o HIV, você viverá com o vírus para sempre. Sem o tratamento antirretroviral, o HIV afeta e destrói células específicas do sistema imunológico e torna o organismo incapaz de lutar contra infecções e doenças (por isso doenças como tuberculose são comuns nesses casos). Quando isso acontece, a infecção por HIV leva à AIDS.

A Aids sempre foi associada ao público LGBT como o principal “precursor” da doença. Essa associação e a falta de conhecimento sobre o assunto foi um dos grandes motivos para o avanço da doença. De acordo com o Manual sobre Profissionais do Sexo, publicado pela Coordenação Nacional de DST/Aids, de 2002, com a epidemia do HIV espalhada pelo mundo e caracterizada pela transmissão sexual, foi deflagrado um esforço de pesquisa que pudesse fornecer um maior conhecimento sobre os comportamentos sexuais associados à transmissão do HIV, mas essas pesquisas eram mais voltadas para a produção de dados quantitativos, com um enfoque nos determinantes individuais do comportamento sexual e das tão desejadas mudanças nessa área.

As primeiras notícias sobre a epidemia de AIDS chegaram ao Brasil, no início dos anos 80. A política brasileira de HIV/aids resultou de esforços pioneiros de um amplo espectro de diferentes grupos e movimentos sociais. De início, quando se pesquisa essas notícias, o que vemos é o enfoque na ligação direta à sexualidade e sua associação com a homossexualidade (masculina, de início), gerando reações de preconceito e discriminação social e sexual desde o início da existência da doença.

Essa concepção ligada aos “grupos de risco” (homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis e prostitutas) permaneceu inalterada até o ano de 1986. Nesse ano, boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde passaram a mostrar uma significativa mudança no perfil da epidemia, expressa pela quantidade crescente de casos de aids notificados em mulheres. Apesar da inclusão da mulher nos dados de vigilância epidemiológica da AIDS no Brasil datar da segunda metade dos anos 80, a discussão sobre a transmissão heterossexual do HIV só adquiriu maior dimensão a partir da divulgação

mundial, em 1991, de que o jogador de basquete americano Magic Johnson havia sido infectado por meio de relações heterossexuais.

Nos anos 80, no Brasil, as notícias sobre AIDS causavam pânico e discriminação entre a população. Os primeiros casos de aids no Brasil foram inicialmente reportados em 1982 (logo, era o período conturbado devido a volta do regime democrático brasileiro), e até a metade dessa década incidiam nos principais centros urbanos da Região Sudeste, sendo São Paulo o primeiro estado a se destacar casos de contaminação do vírus. Por isso, em 1983, é criado o 1º Programa de Aids na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e lançado o primeiro documento do Ministério da Saúde com informações sobre a AIDS.

Ainda em São Paulo, em 1985 é criada a primeira ONG, o GAPA, Grupo de Apoio à Prevenção da Aids - GAPA e já são 11 o número de estados com programas de AIDS. No ano seguinte, no Rio de Janeiro, surge a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids e a criação da CNAIDS – Comissão Nacional de Aids do Ministério da Saúde – e a AIDS passa a ter notificação compulsória.

Durante essa transição, liberdades individuais antes reprimidas foram restauradas, diversos movimentos sociais se reorganizaram e outros emergiram. No momento em que o HIV se disseminava, o sistema de saúde passava por um processo de reforma. Tivemos o Movimento Sanitarista, que congregava profissionais de saúde progressistas.

Este movimento resultou na nova configuração da saúde, garantida pela Constituição de 1988: o Sistema Único de Saúde (SUS). Grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas. Este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Nota-se que a emergência do campo HIV/aids e sua institucionalização ocorreram de forma conjunta com o campo de emergência do SUS, sendo os dois no mesmo período e de forma coevolutiva. Em 1991, o SUS começa a distribuir o AZT (antirretroviral para o combate ao HIV).

Ao longo da epidemia no Brasil, até os dias de hoje, cerca de 70% dos casos de aids foram decorrentes da infecção por relações sexuais sem preservativo.

De acordo com a UNAIDS, podemos destacar, em 2017, as seguintes estatísticas:

36,9 milhões [31,1 milhões–43,9 milhões] de pessoas em todo o mundo viviam com HIV em 2017

21,7 milhões [19,1 milhões–22,6 milhões] de pessoas tiveram acesso à terapia antirretroviral em 2017

1,8 milhão [1,4 milhão–2,4 milhões] de novas infecções pelo HIV em 2017

940.000 [670.000–1,3 milhão] de pessoas morreram por causas relacionadas à AIDS em 2017

77,3 milhões [59,9 milhões–100 milhões] de pessoas foram infectadas pelo HIV desde o início da epidemia

35,4 milhões [25 milhões–49,9 milhões] de pessoas morreram por causas relacionadas à AIDS desde o início da epidemia.

Pessoas vivendo com HIV

Em 2017, havia 36,9 milhões [31,1 milhões–43,9 milhões] de pessoas vivendo com HIV

35,1 milhões [29,6 milhões–41,7 milhões] de adultos

1,8 milhão [1,3 milhão–2,4 milhões] de crianças (menores de 15 anos)

75% [55–92%] de todas as pessoas vivendo com HIV conheciam seu estado sorológico positivo em 2017 (foram testadas para HIV)

Pessoas vivendo com HIV com acesso à terapia antirretroviral

Em 2017, 21,7 milhões [19,1 milhões–22,6 milhões] de pessoas vivendo com HIV tinham acesso à terapia antirretroviral, um aumento de 2,3 milhões em comparação com 2016 e de 8 milhões [7,1 milhões–8,3 milhões] em comparação com 2010

Em 2017, 59% [44%–73%] de todas as pessoas vivendo com HIV tiveram acesso ao tratamento

59% [44%–73%] dos adultos com 15 ou mais anos vivendo com HIV tinham acesso ao tratamento, assim como 52% [37%–70%] das crianças de 0 a 14 anos

Em 2017, 80% [61%–>95%] das mulheres grávidas vivendo com HIV tinham acesso a medicamentos antirretrovirais para prevenir a transmissão do HIV para seus bebês

Novas infecções por HIV

O número de novas infecções por HIV caiu 47% desde o pico em 1996

Em 2017, houve 1,8 milhão [1,4 milhão–2,4 milhões] de novas infecções por HIV, em comparação com 3,4 milhões [2,6 milhões–4,4 milhões] em 1996

Desde 2010, as novas infecções por HIV entre adultos caíram cerca de 16%, de 1,9 milhão [1,5 milhão–2,5 milhões] para 1,6 milhão [1,3 milhão–2,1 milhões] em 2017

Desde 2010, as novas infecções por HIV entre crianças diminuíram 35%, de 270.000 [170.000–400.000] em 2010 para 180.000 [110.000–260.000] em 2017

Mortes relacionadas à AIDS

As mortes relacionadas à AIDS caíram mais de 51% desde o pico em 2004

Em 2017, 940.000 [670.000–1,3 milhão] pessoas morreram por doenças relacionadas à AIDS em todo o mundo, em comparação com 1,9 milhão [1,4 milhão–2,7 milhões] em 2004 e 1,4 milhão [1 milhão–2 milhões] em 2010

Mulheres

Todas as semanas, cerca de 7.000 mulheres jovens entre 15 e 24 anos são infectadas pelo HIV

Na África Subsaariana, três a cada quatro novas infecções são entre meninas com idade entre 15 e 19 anos. Mulheres jovens entre 15 e 24 anos têm o dobro de probabilidade de estarem vivendo com HIV do que homens

Mais de um terço (35%) das mulheres em todo o mundo sofreram violência física e/ou sexual em algum momento de suas vidas

Em algumas regiões, as mulheres que sofrem violência são 1,5 vez mais suscetíveis a se infectarem pelo HIV

Populações-chave

Populações-chave e seus parceiros sexuais representam:

40% das novas infecções pelo HIV em todo o mundo

95% das novas infecções pelo HIV no Leste Europeu e Ásia Central e no Oriente Médio e Norte da África

16% das novas infecções pelo HIV na África Oriental e Austral

O risco de infecção pelo HIV é 27 vezes maior entre homens que fazem sexo com homens; 23 vezes maior entre pessoas que usam drogas injetáveis; 13 vezes maior entre profissionais do sexo; 12 vezes maior entre mulheres trans

HIV/Tuberculose (TB)

A tuberculose continua a ser a principal causa de morte entre pessoas vivendo com HIV

A tuberculose é responsável por cerca de uma a cada três mortes por causas relacionadas à AIDS

Em 2016, 10,4 milhões de pessoas desenvolveram tuberculose, incluindo 1,2 milhão de pessoas vivendo com HIV

Pessoas vivendo com HIV sem sintomas de TB precisam de terapia preventiva contra TB, que contribui para diminuir o risco de desenvolver TB e reduz as taxas de mortalidade por TB/HIV em cerca de 40%

América Latina

1,8 milhão [1,5 milhão–2,3 milhões] de pessoas vivendo com HIV na América Latina em 2017

1,1 milhão [992.000–1,2 milhão] de pessoas tiveram acesso à terapia antirretroviral na América Latina em 2017

100.000 [77.000–130.000] novas infecções pelo HIV na América Latina em 2017

Esses resultados nos mostram que a luta contra a epidemia da AIDS/HIV está trazendo resultados nos últimos anos, mas ainda, com números alarmantes, principalmente em regiões de risco, como a África Subsaariana.

Apesar da redução de algumas porcentagens dos dados, o número de novas infecções por HIV está aumentando em cerca de 50 países e as novas infecções caíram apenas 18% nos últimos sete anos, de 2,2 milhões em 2010 para 1,8 milhão em 2017. Embora seja quase metade do número de novas infecções em comparação com o pico registrado em 1996 (3,4 milhões), o declínio não é rápido o suficiente para alcançar a meta de menos de 500.000 pessoas até 2020, de acordo com a Instituição mencionada.

Devido a todos esses pontos abordados, conclui-se que as políticas de saúde são um ponto fundamental na luta contra a LGBTfobia no Brasil. Todos os dias, homossexuais sofrem alguma discriminação, seja com piadas ou situações vexaminosas em locais públicos, seja por ter uma oportunidade de trabalho negada pelo fato de ser homossexual. Mais graves ainda são os índices de agressões físicas, espancamentos e assassinatos, que geralmente são acompanhados de negligência e impunidade policial e judicial. Tudo isso pode ser traduzido em termos de vulnerabilidades, conceito com o qual o Ministério da Saúde passou a operar para o trabalho de prevenção das DST/Aids, e que inclui o entorno dos sujeitos como elementos a serem considerados. Entre estes, a violência

programática/institucional, já mencionada anteriormente, e outras formas de violências cotidianas, como as descritas aqui.

Políticas de reconhecimento são, portanto, a tônica de um trabalho no campo da saúde, mas não só: são fundamentais para que o *cuidado de si*, como nos sugere Michel Foucault, possa ser efetivado por pessoas que, até então, não eram consideradas sujeitos de direitos e, por conseguinte, de estima social (HONNETH, 2003). A luta porDevido a todos esses pontos abordados, conclui-se que as políticas de saúde são um ponto fundamental na luta contra a LGBTfobia no Brasil. Todos os dias, homossexuais sofrem alguma discriminação, seja com piadas ou situações vexaminosas em locais públicos, seja por ter uma oportunidade de trabalho negada pelo fato de ser homossexual. Mais graves ainda são os índices de agressões físicas, espancamentos e assassinatos, que geralmente são acompanhados de negligência e impunidade policial e judicial. Tudo isso pode ser traduzido em termos de vulnerabilidades, conceito com o qual o Ministério da Saúde passou a operar para o trabalho de prevenção das DST/Aids, e que inclui o entorno dos sujeitos como elementos a serem considerados. Entre estes, a violência programática/institucional, já mencionada anteriormente, e outras formas de violências cotidianas, como as descritas aqui.

Políticas de reconhecimento são, portanto, a tônica de um trabalho no campo da saúde, mas não só: são fundamentais para que o *cuidado de si*, como nos sugere Michel Foucault, possa ser efetivado por pessoas que, até então, não eram consideradas sujeitos de direitos e, por conseguinte, de estima social (HONNETH, 2003). A luta por reconhecimento é, assim, uma luta intersseccional que envolve muitas dimensões existenciais e que visa dignidade, respeito, auto-estima e cidadania.

4 COMO SE FAZ E SE SUSTENTA UMA POLÍTICA DE SAÚDE LGBT: PERCEPÇÕES DE AGENTES DO ESTADO E DA SOCIEDADE CIVIL

Como abordado anteriormente, como Gestores, temos que entender o nosso público. Busquei, então, entrevistar gestores da área da saúde tanto na área governamental, do Estado do Rio de Janeiro, quanto representantes da sociedade civil, que trabalham e lutam junto a sociedade, com a finalidade de entender as particularidades de cada um, seus envolvimento com a temática e suas perspectivas sobre o movimento LGBT e as reivindicações identitárias em jogo.

4.1 Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

A primeira visita técnica foi no dia 24 de julho de 2018, à Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, precisamente na Área Técnica LGBT, com uma conversa com: André Feijó (Secretaria de Saúde: Área Técnica LGBT, da atenção básica; Comitê; Presidente do Conselho); Zélia e Ângela (Secretaria de Saúde: Área técnica LGBT, da atenção básica; Comitê) e Cristina, que chegou um pouco depois na sala de reunião (Área técnica Saúde da Mulher; Comitê; Suplente do André no Conselho).

De início, pedi ao André para explicar como funcionava o Comitê. Ele explicou que a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, do Governo Federal, de 2011 prevê a criação de comitês de saúde da população LGBT nos estados e municípios quando possível e tínhamos uma Câmara Técnica. O Comitê era proposto pela Portaria, e a Câmara Técnica depois mudou para Comitê. O Comitê tem umas formalidades maiores, a Resolução foi publicada pelo Secretário da época, a composição. Então, tem pessoas do movimento social e de outros órgãos do estado, da UERJ, do IEDE (Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia) que é da secretaria de saúde também e é aberta à participação de quem quiser contribuir. Ela se reúne desde então mensalmente, na última terça-feira de cada mês na secretaria. E é um órgão consultivo do secretário, então podemos fazer e encaminhar propostas.

Perguntei então sobre o Conselho e o André respondeu que o Conselho é um órgão do Governo Estadual e foi criado antes, em 2007. Ele tem representações de vários órgãos públicos, como secretarias do governo do estado, tem movimento social, paritariamente e têm instituições de ensino, pessoas experts no assunto, tem um peso paritário com o movimento social. Ele não é na secretaria de saúde. Ele funciona no prédio da Central, é na Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos, agora é Secretaria Estadual de Políticas para Mulher, Idoso e LGBT.

Ao ser perguntado sobre os projetos desenvolvidos a resposta foi que inicialmente começou realizando encontros regionais, aonde levavam o Comitê para fazer palestras nos municípios, mas não é uma área que tenha muita facilidade, muito interesse por parte dos órgãos públicos.

Perguntei se o maior problema era o orçamento e a resposta me surpreendeu, porque de acordo com o André, não é nem questão de orçamento, mas sim que as pessoas não querem saber muito da existência. Ele continua dizendo que esses encontros foram importantes para a gente levar discussões, conseguir conhecer gente interessada e tudo mais. O impacto disso também que ele esperava conseguir era mais do que conseguiu. Realizaram encontros regionais e dois estaduais, depois com a época de crise financeira do estado, esses encontros diminuíram, praticamente deixaram de existir e eles têm realizado ou atividades de web conferência ou algumas reuniões ampliadas, que eles chamam, para discutir algum tema ligado, como a Portaria sobre o Processo Transexualizador, de 2007. Mas em 2013 mudou, então a partir disso vem se discutindo várias questões relacionadas ao papel do estado como órgão que também, com essa crise econômica, você não conseguiu fazer tudo aquilo que se propôs a fazer, mas você conseguiu alguns avanços.

Ao falarmos da parte mais prática, o André explicou que temos o IEDE (Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia) que já foi habilitado pelo Ministério da Saúde para fazer hormonioterapia. Explicou que:

“O Processo Transexualizador tem duas etapas: o ambulatorial, que é com hormonioterapia para qual o IEDE está habilitado e tem o processo cirúrgico. O cirúrgico você tem desde a Portaria anterior a habilitação do Pedro Ernesto, que também está em crise, tem tido problemas. E hoje tem dia tem tido interesse o Gaffrée (Hospital Universitário Gaffrée e Guinle) em fazer também essa cirurgia, mas ainda tem um processo para passar para habilitar isso. O Pedro Ernesto com a crise da UERJ ele diminuiu bastante a frequência. Nós estamos hoje com o nosso ambulatório. O Pedro Ernesto também faz hormonioterapia, mas também é uma coisa menos... ele é habilitado desde antes para fazer a cirurgia, então ele também faz a hormonioterapia. E hoje está se discutindo, há um interesse do Gaffrée de fazer, então eles estão conversando para ver como oferecer e qual vai ser o processo.”

Entramos então no tópico sobre os homens trans. Foi dito que os homens trans é um grupo que apareceu recentemente no movimento e é o grupo que tem mais dificuldade de inserção em todos os lugares. O Movimento Social dos Homens Trans não costuma aparecer tanto nas reuniões, mas se apresenta. André destaca que:

“toda vivência de uma pessoa que passa por um processo e chega ao ponto de se propor a apresentar e falar já é uma vitória. Porque o mais comum de se ver é a pessoa estar sempre escondida.”

No governo da Dilma quando ainda tinham reuniões em Brasília do Conselho Nacional o André comparecia e disse que conheceu gente de todos os estados, mas sempre homens trans era o menor. De acordo com a análise dele, os homens trans preferem, inclusive, não participar da saúde da população LGBT, das políticas. E sim, da saúde do homem. O que nos interessa é que eles sejam acolhidos em algum lugar.

Continuei perguntando mais da parte prática e o André complementou que participam também de reuniões com ONGs e grupos. Eles tem uma política na secretaria e no comitê que o importante é a relação deles com os movimentos sociais. Quando possível, vão à essas reuniões e atividades que eles participem.

Para ele isso é muito importante porque torna transparentes as ações. Você não tem conflito com os movimentos sociais LGBT com a saúde. Conseguem por essa política e aproximação encaminhar algumas questões.

Chegamos a conclusão que a maior dificuldade da formulação de políticas públicas é que tem gestores que não querem enfrentar a questão. A dificuldade a gente conhece, todos nós temos dificuldades na vida e nós temos que nos propor a vencer. Afinal de contas, somos servidores públicos para servir ao público, como diz o nome. Não adianta eu ter um preconceito e eu não querer vencê-lo para atender a população porque ela é diferente de mim. Isso se dá em qualquer população em situação de vulnerabilidade, como são chamadas. Como população de rua, não adianta você não trabalhar a sua relação com que você tem com essa população porque tem muita gente de classe média que nem olha para a população de rua. É uma população que precisa de atenção e saúde.

Destacamos que as pessoas não são iguais umas as outras. A população não se reduz a isso. Por exemplo, uma mulher trans temos que entender que ela não é exatamente e nem pode ser igual uma mulher cis e suas especificidades são diferentes.

Zélia depois dessa análise adicionou o comentário que:

“Mas fisiologicamente... a gente tem que ver o lado, vamos dizer, psicológico dela, o lado da necessidade fisiológica.. porque está lá. Ou a genética feminina ou da masculina. Precisa de uma mamografia, precisa de um papa Nicolau.”

André destaca que é um ponto importante porque é muito mais amplo do que isso. Vai começar a ter homens que engravidam. E você não pode ter nenhum preconceito em relação a homens que engravidam. Zélia complementa também que eles já vão enfrentar muito isso fora da saúde. Eles vão enfrentar na família, na vizinhança e imagina se nós funcionários de saúde também?

Quando Cristina chega na sala de reunião, mudamos um pouco o tema.

André diz que Cristina, no Conselho, é sua suplente e é do Comitê, ou seja, é da Saúde da Mulher e tem uma outra visão, que também pode contribuir.

Então expliquei a ela que quando eu estava escolhendo meu tema de monografia, primeiro eu queria fazer uma coisa totalmente diferente do que fiz durante a graduação e eu parei para pensar que eu deveria fazer sobre um tema que tivesse a ver comigo durante a minha graduação inteira. Ainda não tinha centrado um tema, pois estava abordando algumas questões, mas que eu queria falar sobre política LGBT. Mas eu queria abordar muito a questão da mulher lésbica. Da política pública voltada para a mulher lésbica, que é uma área que me interessa muito. Então meu interesse era entender o trabalho deles como gestores da área de saúde.

Cristina conta sua trajetória e observações:

“Eu tenho que falar que, na verdade, na minha trajetória profissional, eu voltei para a saúde. Eu sou originariamente da saúde, mas eu passei 16 anos afastada, cedida à secretaria de assistência social e direitos humanos, trabalhando com mulheres na situação de violência. Trabalho na ponta mesmo, atendendo diretamente a mulheres individualmente e em grupos. Cerca de um ano que eu voltei para a secretaria de saúde e logo que eu voltei, eu me inseri nas discussões e no setor de saúde da mulher, que é o PAISMCA. O PAISMCA não comporta só as discussões de saúde da mulher, mas também de criança e adolescente. Então, um dos meus primeiros movimentos de reinserção na saúde foi me aproximar do Comitê LGBT e conseqüentemente depois da aproximação o André me convidou

para ser suplente dele no Conselho Estadual LGBT e eu penso que as questões de saúde LGBT estão incipientes no âmbito da saúde. Em especial, na saúde do estado, que é o que mais estou próxima. Já ouvi demandas de pessoas no Comitê que, não sei se o André já falou, o comitê não é só formado por profissionais da saúde, é formado por movimento social, outras instituições que atendem, não só pela secretaria de saúde. Tem o pessoal do IEDE, da UERJ etc. Em um esforço de pensar e melhorar a vida nesse aspecto de política pública. Mas já ouvi questionamentos em relação a especificidade de alguns grupos dentro da nomenclatura LGBT. Inclusive, estou fazendo mestrado e minha formação é psicologia, e estou fazendo mestrado em psicologia social e meu projeto de pesquisa tinha a ver com transexuais e suas trajetórias no mundo do trabalho. Mas, lendo e conversando com a minha orientadora eu estou migrando um pouco de assunto que esse é um assunto que me interessa também, essa questão da saúde da mulher lésbica, que é um tema que agora o PAISMCA e a saúde da mulher está assimilando. Essa coordenadora do PAISMCA está relativamente há pouco tempo no cargo, e ela também tem uma visão bastante ampliada das questões de saúde e das especificidades. E ela está apoiando os esforços nesse sentido. Logo que eu cheguei, eu me inseri num grupo de adolescente e logo fui demandada. O grupo que trabalhei de adolescentes foi demandado pelo município de Itaboraí sobre as questões de gênero e sexualidade. Aí acabei indo para fazer uma oficina, uma palestra para os profissionais do município, que até me surpreendeu o tanto de participação e interesse no tema. Duas turmas de 40 pessoas super interessadas no tema e sedentas de informação, sedentas de reflexão sobre isso. Até porque a população LGBT, especial os transgêneros, têm chegado com mais frequência, eu diria até com mais participativos, mais sedentos... de certa forma mais empoderados no sentido de reconhecer seus direitos e necessidades. Então, isso impacta nas políticas. Eu acho que ao mesmo tempo em que expõe a fragilidade da política de saúde, também nos coloca questões para serem superadas, para serem debatidas. Isso é muito positivo. Acaba influenciando não só o campo da saúde, mas também o campo social de uma maneira geral.”

André destaca:

“Uma vez eu tinha falado principalmente dessa nova PAISMCA hoje atuando também nessa área e eu acho que você vê isso, o empoderamento da população, principalmente trans, não só, mas como todo LGBT está mais empoderado socialmente. Traz a discussão e traz aqui para dentro. Hoje em dia, você consegue ter aqui dentro, mesmo que ainda tenha área de resistência, as pessoas conhecem, é visível e você consegue avançar em alguns aspectos, óbvio, como ela diz, é incipiente. Claro, ela chegou recentemente, mas quem acompanha desde 2009, como eu que tinha reunião comigo e uma menina daqui, depois começou a aparecer mais gente, então assim, há um avanço. É incipiente e essa visão dela é muito importante porque ela traz o novo. Ela veio de fora. Ela não estava aqui dentro. Então, ela está atuando. Eu sempre digo que ela ter ido pro PAISMCA, eu gostaria que ela tivesse vindo para cá, mas ela levou para o PAISMCA essa visão. Quer dizer, não é centrar toda área técnica num lugar só, é você conseguir agregar em outras áreas pessoas que tenham essa política. A área técnica de qualquer população chamada de vulnerabilidade deve agregar pessoas de outras áreas que também atuem visando atendimento dessa população.”

Começamos a debater a parte histórica da luta e Cristina começa dizendo que basicamente foi nos anos 80 que a saúde se deu conta que existia LGBT. Foi a partir dos anos 80 com o advento da AIDS (como apontado anteriormente).

Para ela, a partir daí a saúde começou a olhar para essa parte da população. Até porque ali naquele tempo tinha uma necessidade também de apontar e fazer um círculo em volta da população de risco. Então, privilegiadamente, escolheram aquela época os grupos LGBT e as mulheres que trabalham com o sexo. Então, dois grupos que já eram marginalizados.

Mas é importante ver que tudo tem seus prós e seus contras. Para ela, a partir dos anos 80 é que a saúde se dá conta efetivamente que esse grupo existe, pro bem e pro mal. E isso deu um impulso bem significativo no desdobramento que a gente vê hoje ainda incipiente mas já muito avançado, se você fizer uma perspectiva histórica de que essas questões hoje são abertamente discutidas. O que não era.

André considera que essa questão da AIDS que foi abordada empoderou o grupo dos gays e se formos ver a trajetória, os gays são os mais empoderados hoje, depois a mulher lésbica e trans. São mais visíveis. Por fim, os homens trans. São menos.

Cristina analisa que já existe na Era do governo do PT um grande avanço das políticas de saúde, das políticas públicas para as minorias, em especial também na área de saúde. É onde conseguimos consultando a internet acessar alguns manuais de orientação em relação ao atendimento da população LGBT. Mas isso foi construído em um determinado período. E que não foi aplicado. Veio uma série de normativas e indicações, propostas efetivamente, muito pouco aplicadas. Para ela:

“Agora, apesar do momento político nada favorável, ainda existem profissionais empenhados na implantação e ampliação das políticas públicas... a princípio o movimento se chamava GLS, porque era Gay Lésbicas e Simpatizantes. Dentro do grupo, das letrinhas, houve, acho que por volta dos anos 90, houve uma disputa e uma reivindicação no grupo de mulheres lésbicas de visibilidade, que ainda está acontecendo. Mas acho que foi o primeiro passo ali do grupo de reivindicar esse protagonismo, essa visibilidade maior. Ai trocaram as iniciais. Ai botaram “L” na frente. Isso efetivamente não aparece, né? Na vida. Mas está lá apontado nas discussões de como se automeia o movimento. Tem disputa interna também né... todo mundo é gay, é negro, é mulher, é homem.. está todo mundo nesse caldo cultural que diz que há séculos existe uma hierarquia entre homens e mulheres. Isso acaba se refletindo também nas minorias. Tanto dentro do movimento negro, os homens negros terem mais privilégios, muito entre aspas e mulheres negras”.

Fazendo um recorte maior, Cristina fala da questão racial. Diz que mulheres negras são a base da pirâmide, as últimas das últimas. Mulher negra e lésbica então está debaixo da pirâmide, não está nem dentro do quadrante. E isso acaba também se repetindo dentro do Movimento LGBT.

Entrando nesse assunto, peço para ela com a experiência no campo dizer os projetos que abordam a questão das mulheres lésbicas.

Dentro desse um ano que voltou para a área da saúde, ela diz que tem se inserido nas pautas e nos espaços de discussão. Ela diz que um dos seus intentos é colocar políticas, rever as políticas já construídas em relação à população LGBT e colocar em pauta, em discussão, avançar e implementar.

André destaca que trouxeram e se aproximaram dentro da visão do PAISMCA na nossa área da saúde da população LGBT e ela agora está começando a desenvolver, tendo

estratégias para a atuação dessa área. O que o Comitê vinha trabalhando basicamente e principalmente, isso inclusive pela participação da população no Comitê, é a questão da população T. É a mais engajada no Comitê. O que para ele, é muito interessante.

Ele acrescenta:

“Eu sempre digo assim, estamos vivendo um momento de bastante conservadorismo e numa sociedade de retrocesso, mas você não vai mais conseguir nunca mais... ou você mata todo mundo ou você não vai conseguir que todo mundo volte para dentro do armário. Já não há mais armário suficiente. A população está aí hoje, não tem como ignorar a existência. Por mais que você não queira, você vai fazer o que? Ignorar a existência? Hoje as pessoas não acham mais legal apanhar e ficar calada. Não acha mais legal não botar no facebook. Você não vai conseguir fazer com que isso desapareça. A não ser que você consiga parar com isso. O conservadorismo que está hoje avançando não vai conseguir tirar simplesmente por tirar. Ou consegue-se acabar com isso, ou você não vai mais conseguir sumir com a população”.

Antes dos anos 1980, em especial, sobretudo considerando o período de ditadura civil-militar, a população LGBT vivia muito à margem. No mundo subterrâneo. Paralelo. Eles fingiam que não existiam e a sociedade não percebia. Parecia que era paz. A paz existia. Mas a partir do momento que os LGBT começaram a se colocar, começaram a sair do armário, em especial com essa questão da transexualidade, que torna a discussão ainda mais complexa, o que você vê na sociedade de hoje de violência, também é um movimento de resistência daquele outro grupo em agregar e deixar essas minorias tomarem espaço. Mas o fato é que não há avanço sem resistência. De ambos os lados. A resistência podemos verificar de ambos os lados. Tanto o lado conservador, quanto o lado progressista.

André concorda, mas observa de forma diferente. Destaca que isso é um movimento que permitiu chegar a isso e ainda tem muito que avançar, mas existe toda uma tradição e uma luta que quando você vê aquele filme Divinas divas, que elas falam que os anos 60 elas corriam da polícia e dos delegados de costumes. Hoje em dia você consegue, a população consegue viver menos, não estou falando sem, mas mais abertamente. É uma luta.

Cristina entra em um ponto interessante entre Movimento Feminista x Movimento LGBT, colocando o seguinte argumento:

“Tem uma coisa que ainda não aconteceu porque os avanços do movimento LGBT são mais recentes do que os avanços que o movimento feminista fez mas assim, de proximidade com essas discussões o que eu sempre percebo e digo pros grupos que eu trabalho é que os direitos não são dados, eles são conquistados. E eles também não são mantidos. Uma vez conquistado o direito, isso não significa que ele vá valer por todo o tempo e que ninguém mais vai questionar isso. Então, são movimentos que demandas da população das minorias e a população em geral, e de quem é a favor dos avanços, trabalho. Trabalho, manutenção e discussão. Não está garantido. A palavra é essa, não está garantido. O direito uma vez conquistado não significa que está eternamente garantido. Então, apesar de ter dificuldade desse retrocesso acontecer, eu acho que você tem razão nesse sentido, é meio impossível fingir que essa população toda não existe. Agora ficou impossível. Mas por outro lado, as resistências do mundo tradicional, da sociedade tradicional, elas estão aí para todo mundo ver. Então, é um campo de disputa. É sempre um campo de disputa”.

A entrevista foi antes do resultado final das eleições do ano de 2018, mas com a previsão do que estava por vir, levantamos esse tópico. André diz que não discorda com a Cristina, só que acha que a não ser que chegue um louco que resolva exterminar toda população LGBT, isso é claro uma figura... mas não consegue regredir direitos. Ele cita, como exemplo, deputados que falam em “acabar com casamento homoafetivo” e pergunta:

O que você vai fazer com uma população, eu não sei os números, mas não é uma população pequena que está nessa situação que já construíram direitos juntos. Você vai fazer o que? Acabou? Não vale mais nada?

O censo de 2010 incluiu um novo questionário padrão a pergunta de cônjuge podendo ser mulher ou homem. Tinha 60 mil casais homoafetivos no Brasil. Sabendo-se que é muito mais.

André acha que temos que ser um pouco otimistas.

Cristina faz outra análise com o Movimento Feminista. Ela destaca:

“Você vê isso até no campo da saúde reprodutiva feminina. Essa questão do aborto, tem discussões no parlamento que ficam tentando o tempo inteiro ameaçando tirar os direitos dos abortos legais, não sei se você sabe quais são os casos do aborto legal: estupro, má formação e quando há risco de morte para a mulher. E até essas três possibilidades legais estão sendo ameaçadas, estão sendo discutidas o tempo inteiro, de retornar, de ter que fazer Boletim de Ocorrência do estupro, que hoje em dia ainda não precisa e espero que não vá mudar.”

Concluo dizendo que isso é exatamente o que aprendi na minha graduação. Esse é o dever do Gestor Público. Não deixar o que eu penso que para minha vida é o certo ser a verdade sobre o que discuto nas políticas públicas. Essa é a discussão do Estado laico. E quando você começa a discutir a saúde da população LGBT, a história de luta etc você vê que isso não é uma luta isolada na sociedade, faz parte de um momento de liberalização da sociedade muito mais amplo.

4.2 Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids - ABIA

A segunda conversa foi com Salvador Campos Côrrea, da ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS), da Coordenação Área treinamento e capacitação, no dia 27 de julho de 2018.

Solicitei de início para que ele me explicasse um pouco de como foi a fundação da ABIA e o que havia naquele contexto.

Salvador começou explicando que a ABIA fez 31 anos esse ano. A ABIA foi fundada em 1987, de 86 para 87. Destaca:

“Desde o início da epidemia de AIDS no Brasil ela surge com intuito de mobilizar a sociedade para criar uma resposta à epidemia que naquele momento estava matando muitas pessoas de forma muito abrupta, e ninguém sabia ao certo como controlar, o que fazer. Quando a ABIA surgiu, ela surgiu como iniciativa do Betinho, o Herbert de Souza que resolveu chamar ativistas, resolveu chamar pessoas de várias profissões, jornalistas, sociólogos para poder pensar o que fazer. O que, como sociedade civil, poderia ser feito. O Betinho resolveu fazer isso por uma questão pessoal, ele descobriu o diagnóstico dele para HIV e ele se

mobilizou com isso, e a primeira grande luta da ABIA tem muito a ver com a forma de transmissão do vírus. Com a forma que o Betinho contraiu o vírus. Foi através de transfusão de sangue. Hemofílico. Uma das principais lutas da ABIA nesse período foi o controle do sangue. A necessidade de que o governo controlasse o sangue. Fizesse os exames porque antes disso era tudo muito caótico. As pessoas traficavam sangues, era uma coisa totalmente louca e descontrolada. Teve toda uma mudança nesse processo com a participação da ABIA. Desde o início de sua fundação, a ABIA vem trabalhando com os grupos e as populações que são mais afetadas com a epidemia. Como jovens gays, ou como o Ministério gosta de falar “HSH”, pessoas trans, travestis, transexuais, trabalhadores sexuais, ou prostitutas como a Gabriela Leite preferia falar. A gente vem trabalhando desde esse início com prevenção, com uma área muito forte para que amplie o acesso à prevenção. Até hoje a gente faz isso. E também tratamentos, a qualidade da assistência. A ABIA é uma organização que a gente chama de uma ONG de advocacy, ou seja, ela luta por defesa e garantia de direitos. Ela não oferta serviços. Ela não é uma ONG de assistência. A gente luta para que o governo incorpore os serviços para que todo mundo tenha acesso de forma pública, gratuita e universal. Essa é a luta da ABIA desde o início. Ela surge com esse propósito. Nunca ocupar o lugar do Estado, mas de alguma forma mobilizar a sociedade para que ela entenda a saúde como um direito e a garantia constitucional para que o Estado possa ofertar essas políticas. Centralizando sempre a resposta à AIDS e os Direitos Humanos. A ABIA sempre centralizou a resposta à AIDS nos Direitos Humanos, das pessoas que vivem com HIV e dos grupos mais afetados pela epidemia. Então nossos projetos estão sempre buscando valorizar esse direito. E aí tem tudo a ver com a população LGBT.”

Comentei que a ABIA serve para cobrar do governo que ele faça as políticas públicas etc. Por isso, questionei como, na prática, eles fazem isso.

Salvador respondeu que fazem muitas palestras, muitos eventos, seminários e congressos. A ABIA produz isso, ela faz isso como uma forma de unir várias vozes para a luta contra a AIDS.

A intenção da Instituição é unir outros movimentos sociais ligados à temática da HIV/AIDS, como o Movimento LGBT, o Movimento de Prostitutas, Movimento Negro, outras pessoas como profissionais de saúde, gestores, pessoas do governo que também pensam e buscam reflexões sobre isso e também a Academia. A ABIA sempre teve muito próximo à Academia. As universidades, os pesquisadores que se interessam pelo tema. Então os eventos, os seminário que a ABIA faz são geralmente seminário que juntam todos esse grupos e também claro, os usuários e as pessoas vivendo com HIV e os grupos mais afetados pela epidemia.

Para ele, são eventos sempre muito ricos e amplos, com vários olhares. É um espaço para você somar várias vozes e vários olhares sobre o tema. Além de eventos, Salvador explica que a ABIA oferece oficinas, faz oficinas, treinamentos, capacitações de diversos espaços.

Salvador destaca que:

“A ABIA atua hoje em quatro grandes campos, que são: o Observatório de Sexualidade e Política, que é coordenado pela Sônia Correa e funciona aqui dentro da ABIA o escritório e também tem o escritório na Universidade de Columbia que é co-coordenado, onde fica o Richard Parker que é também nosso diretor-presidente, fica lá e aqui. Uma das atuações fortes do Observatório de Sexualidade e Política é produção de conhecimento, pesquisas, muitas pesquisas no campo da sexualidade política, congregando pesquisadores e ativistas de todo o mundo, principalmente do CONE SUL, países do CONE SUL e é um observatório que traz muitas informações e reflexões sobre sexualidade e como ela é vista. E tentando trazer reflexões em como acabar e romper com o conservadorismo que avança em vários campos sociais. Atualmente, esse observatório está fazendo uma pesquisa no campo da utilização da expressão, ou ideologia de gênero, que ouvimos muitos conservadores políticos falando de ideologia de gênero, não se pode falar sobre isso na escola. E isso acaba trazendo uma série de barreiras para a garantia de direitos da população LGBT. Aí o observatório hoje está fazendo uma pesquisa específica com relação a isso com vários países da América Latina. Essa é uma área de atuação, que é a sexualidade. Outra área de atuação da ABIA é o GTPI, que é o Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual. É um

grupo formado por mais de 80 organizações e ele é coordenado pela ABIA e o objetivo desse grupo é questionar as patentes dos medicamentos antirretrovirais. Por quê? A gente sabe hoje que as indústrias farmacêuticas lucram de forma muito abusiva e isso acaba impedindo a incorporação de inovação no SUS, ou seja, acaba que só quem pode pagar por um remédio caro consegue ter acesso. E a gente entende que isso acaba sendo uma contradição de uma cláusula pétrea na Constituição Federal que é a garantia à vida. Direito a vida é uma garantia da Constituição Federal. Você impede as pessoas de terem acesso ao que as mantém vivos, você está violando a Constituição Federal. E esse grupo conseguiu vários avanços de quebrar patentes de vários medicamentos para incorporar no SUS. A luta é constante contra essas patentes. Teve a licença compulsória que não é bem uma quebra de patente, mas é como se você conseguisse utilizar para um fim específico a incorporação de medicamentos. Não pagar a patente daquele medicamento por um bem maior que é a saúde da população. Esse grupo trabalha também em várias áreas, trabalha no campo jurídico com processos contra as indústrias, trabalha no campo legislativo fazendo incidência política participando de consultas públicas e exigindo consultas públicas sobre vários medicamentos antirretrovirais. Esse grupo foi um grupo muito importante para a incorporação da PrEP (Profilaxia Pré-Exposição ao HIV) no SUS, o uso de medicamentos como forma de prevenção ao HIV, então a gente conseguiu através de muita luta reduzir o custo para incorporação desse medicamento e agora também vai trabalhar com medicamentos de câncer e já trabalha com medicamentos de hepatite. Então é um grupo muito importante para que a gente possa ter acesso à medicamentos. Essa é uma segunda área de atuação da ABIA. A terceira área de atuação da ABIA é o projeto Diversidade Sexual e Direito Entre Jovens, que trabalha diretamente com a população LGBT, inclusive ontem teve um seminário. É um projeto que traz ações muito inovadoras que servem como projetos experimentais que possam depois até ser reproduzidos pelo governo, por serviços e trabalha muito com rodas de conversa, com oficinas para mobilizar as comunidades (LGBT principalmente) acerca das questões de HIV/AIDS, de

prevenção e tratamento. Um último projeto, que é um projeto “guarda-chuva”, que é o Observatório Nacional de Políticas de AIDS, o ONPA. Esse Observatório, na verdade, produz uma série de artigos e informações, de textos e boletins, cartilhas acerca da resposta à epidemia de AIDS, com temas afins à epidemia de AIDS. Como a prevenção combinada, criminalização da transmissão do HIV, as questões relativas dos direitos humanos dos grupos e populações que são mais afetadas pela epidemia, as questões intergeracionais que acabam afetando hoje o próprio movimento de AIDS. A gente tem desafios para poder integrar o movimento. Então esse Observatório tem a proposta de estar nesse lugar da integração do movimento, de fornecer subsídios pro movimento social de AIDS, que seja na verdade um incentivo, um estímulo para que o movimento se fortaleça através da democratização da informação, que é um dos princípios da ABIA desde sua fundação. O Betinho criou a ABIA sempre buscando democratizar o acesso à informação. Então, esse Observatório não só produz essas informações que eu te falei, como também replicar de parceiros informações relacionados ao HIV/AIDS. E é um projeto que engloba praticamente toda a ABIA, a gente chama de projeto “guarda-chuva” por isso.”

Dito isso, perguntei como funciona o financiamento da ABIA, já que não é governamental.

Salvador então explica que cada uma dessas áreas citadas tem um financiamento específico. A maior parte dos recursos da ABIA vem de agências e entidades internacionais e uma outra parte desses recursos vem do governo federal (uma parte do Ministério da Saúde, única parte do Brasil). Todo o restante da ABIA são recursos internacionais.

A ABIA tem um princípio de não ter como financiador mais de 50% de recursos do governo. Sempre vai ser menos de 50%. Para a ABIA não se entende como recurso de governo, mas entende como recurso público. Para ele, isso é importante até para que consigam sempre ter essa autonomia de criticar e de ter independência política acerca de tudo.

Perguntei quais mudanças ele considera significativas nesse tempo em que ele está na ABIA (são 5 anos).

Ele destaca o veto do PL 198/2015¹, que era uma lei que criminalizava a transmissão do HIV de forma a transformá-la em crime hediondo. Para ele, é uma situação muito grave. Muitas pessoas inocentes iriam ser presas, acusadas de terem transmitido o vírus.

Hoje em dia não se tem como provar quem transmitiu para quem. Mesmo os exames mais avançados de genotipagem não conseguem mostrar, comprovar exatamente que foi fulano ou foi ciclano que passou. Logo, é uma lei totalmente contraproducente, que os países que têm essa lei não diminuiram a epidemia.

Para ele, pelo ao contrário, criminalizar as pessoas que vivem com HIV é ampliar a discriminação e o estigma dessa população, que já é enorme. Esse foi um importante avanço. E foi uma pressão muito forte que eles fizeram junto com o movimento social mais amplo.

Um outro grande avanço destacado por Salvador foi a incorporação da PrEP como forma de prevenção. Ele conta:

“A ABIA, junto com o movimento social, conseguiu esse avanço, fazer com que o governo incorporasse a PrEP e também fazer com que o governo incorporasse a perspectiva de prevenção combinada, que é o que nós do movimento social estamos tentando já alguns anos, a gente conseguiu fazer com que isso hoje seja uma política pública. É importantíssimo porque a prevenção combinada retira o centro da prevenção na camisinha. Você continua incentivando, reforçando e dando informações sobre a importância do uso da camisinha, mas você devolve para a pessoa o direito de usar a forma de prevenção que melhor cabe na sua vida. Seja ela camisinha, seja PEP, seja PrEP, prevenções nos níveis comportamentais, aconselhamento, acolhimento, tem métodos e várias formas de prevenção hoje, que a mais segura sem dúvida é a camisinha, mas ela não pode ser tida como um caminho único, porque essa opção que o Brasil fez no passado fez com que as pessoas continuassem se infectando, porque muitas vezes a gente estigmatizava. Por exemplo, o governo federal chegou, há algum tempo atrás, lançar uma nota condenando o comportamento dos barebackers e a gente entende que não é função do governo federal condenar comportamento de alguém ou qualquer grupo que seja da

sociedade. A função do governo federal é oferecer formas de prevenção independente e que atenda às necessidades diversas da população. Os barebackers, por exemplo, podem conseguir, alguns que quiserem, por optarem e que acharem que podem, usar a PrEP como forma de prevenção, usar a PEP, enfim... é só um exemplo, a ideia é que a gente conseguiu hoje ter com política pública a prevenção combinada, que é ofertar um leque de prevenção, respeitando a singularidade das pessoas, devolvendo para as pessoas o direito de se prevenir. Isso foi um outro ganho. A incorporação do dolutegravir que é um medicamento de ponta, que já era usado lá fora e que tem menos efeitos colaterais, menos impactos no rim. É um medicamento para tratamento de HIV. A gente não conseguiu incorporar pelo SUS, foi uma luta do movimento social e hoje ele está incorporado e é o medicamento utilizado na primeira linha. Você quando recebe o diagnóstico já entra com ele. O efeito colateral é bem menor a longo prazo também. Então a gente sempre consegue uma vitória. Essas foram algumas nesse período, certamente tem outras e eu não consigo me lembrar de imediato. Mas, certamente, essas conquistas são frutos de nossa força como movimento social e que a ABIA faz parte. A ABIA liderou durante muitas dessa lutas, mas foi junto com o movimento social mais amplo.”

No estudo para minha monografia, nas entrevistas, tentei ver de forma mais pessoal o dever dessas pessoas como Gestores. Então, perguntei o que ele espera que ainda mude nos próximos anos.

Salvador analisa que esse é um desafio constante. Para ele:

“A gente aspira muito que todas as pessoas tenham acesso ao antirretroviral, tenha direito a prevenção, todas as pessoas tenham suas vulnerabilidades crescidas, diminuídas ou zeradas, que não exista mais discriminação ou estigma, mas a gente sabe que está muito na perspectiva de um horizonte distante, ou ilusório, não condiz com o que a gente vive hoje aqui na nossa realidade. Mas assim, a curto prazo, tudo isso a gente continua desejando até a hora que isso acontecer. Mas, sem sombra de dúvidas, a gente precisa retornar com força ações das escolas de prevenção, não só escolas, mas em espaços sociais de

uma forma geral. A gente tem tantas questões que acabam impedindo isso e o HIV acaba sendo visto como algo menos importante numa comunidade em que as pessoas estão preocupadas em morrerem por invasão de forças policiais, a prevenção acaba não sendo primário, acaba não sendo a prioridade. Eu vi isso numa ação que a gente fez recentemente em uma comunidade, foi com agentes comunitários de saúde. Então, a gente tem tantas outras coisas e a gente precisa de fato incorporar a prevenção e a resposta à AIDS de volta para a sociedade. Isso tem que voltar a ser uma preocupação. O Brasil está crescendo muito em termos de novas infecções, a gente está descontrolando, perdendo controle da epidemia novamente. Esse ano, a própria ONU assumiu isso. Depois de anos, a ONU realmente assume agora que tem uma piora grande na resposta à epidemia e a gente precisa de fato mobilizar a sociedade, para poder melhorar. A gente tem grandes problemas no campo dos serviços de saúde e por mais esforços que as pessoas tenham, a gente vive em um momento e um contexto político que quebra e desqualifica o SUS de uma forma geral. Até as mudanças em termos de financiamento está gerando algum impacto e ainda vai piorar esses impactos em função disso. A gente tem um SUS ameaçado, um SUS privatizado. Então, defender a AIDS hoje não é só defender as políticas de HIV, é defender o próprio SUS. A gente precisa retomar isso. Existem muitas questões. É difícil responder essa pergunta. Não gosto de focar em problemas, mas a gente tem muito desafio para tentar melhorar o cenário de HIV e AIDS. Uma pesquisa em São Paulo recentemente disse que ¼ da população gay de São Paulo está com HIV e não sabe. É um número absurdo 25%. É claro, essa pesquisa precisa ser entendida com mais calma e ser olhado para isso, porque era uma pesquisa com um grupo específico e tal, mas é um dado importante independente disso. É grave. Estamos em um momento grave em relação ao HIV.”

Comentei, então, que acho que isso está sendo muito pouco falado. Que eu, por exemplo, na minha vida acadêmica, não escutei falar muito de AIDS. Não é um tema muito abordado na graduação em Gestão Pública, assim como a própria gestão da saúde, de modo mais amplo.

Analisamos juntos que eu, que vou ser Gestora Pública, praticamente não ouvi, logo, mesmo estando em um ambiente, numa universidade pública com pessoas que são ativistas, não significa que exista o diálogo e preparo das pessoas para lidarem com o problema da AIDS. Imagina em outros espaços? Que não estão próximos aos grandes centros. Não se fala – ou se fala pouco – de HIV.

Ele conta que vai para as oficinas e as dúvidas que aparecem são dúvidas do início da epidemia. Do tipo: “*pega beijando na boca?*”. Essas coisas ainda acontecem. A gente vive em um gueto e quando vamos para a realidade,

“que está além do nosso mundo de militância, que está além do nosso mundo acadêmico, que você bota o pé no chão, vai para as comunidades, vai para essas oficinas, você, vê que a nossa população precisa realmente muito de acesso a informação”.

Ele acrescenta:

“A gente não conseguiu mais ofertar da mesma forma. Algumas pessoas até falam “não, a informação chega para todo mundo, todo mundo sabe que camisinha previne”, mas as pessoas não sabem nem usar a camisinha. É uma situação louca isso. Tem uma situação muito grave no país com relação ao HIV e é um descaso total. Você joga para as pessoas a responsabilidade: “ah ele contraiu porque ele não quis se prevenir, problema é dele”. E Não é. É um problema social. É um problema nosso como sociedade, do governo, um problema de gestão, dos serviços, é um problema de todo mundo. A gente precisa realmente voltar a sensibilizar as pessoas para isso. Tem uma pesquisa que está saindo agora que é de São Paulo, não foi publicado ainda, mas posso compartilhar quando sair, que diz que o HIV mata 11/12 vezes mais do que a violência homofóbica. E a principal pauta do Movimento LGBT é a violência homofóbica. Existem questões de saúde gritantes como o HIV e de alguma forma por um histórico delicado que se teve, de associação, câncer gay, peste gay, de muita discriminação e muito estigma, de alguma forma isso afastou a pauta da AIDS do Movimento LGBT e também precisa retornar. É uma pauta que realmente merece muita atenção e a gente precisa de alguma forma conseguir incidir sobre a importância de pautar a AIDS. Não só fora, mas dentro dos próprios movimentos sociais.”

Para encerrar, peço para ele destacar as pautas atuais da ABIA.

Ele conta que tem uma parte da equipe da ABIA que estava no Congresso Internacional de AIDS, que aconteceu em Amsterdã, em 2018. Lutando justamente com a questão das patentes. Fizeram manifestações nos *stands* das indústrias farmacêuticas, gritando para a redução dos custos, trazendo à tona e dando visibilidade a essa pauta, a essa agenda em prol da quebra das patentes, da importância da redução dos custos para a incorporação de medicamentos para ampliar o acesso e a oferta para as pessoas que precisam.

Conta que um dia antes da entrevista (26 de julho de 2018) teve um evento sobre ativismo cultural integrando o que foi protagonizado por jovens ativistas e teve transmissão online. Ele encerra destacando que a questão da sexualidade, principalmente relacionada à ideologia de gênero, tem sido pautada pela Sônia Côrrea (Co-coordenadora do Observatório de Sexualidade e Política).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho procurou demonstrar a importância do estudo do surgimento de um público para entender a elaboração e avaliação de uma política pública. O público LGBT foi historicamente marginalizado em vários países, e aqui no Brasil, conjugado com outras formas de violência associadas também à classe e raça. Todavia, nos últimos anos, observa-se uma corrente de força muito grande para mudar esse quadro.

Diversos atores sociais estão cada dia mais engajados e em busca do mesmo ideal: respeito a todos. Ou, a observância dos Direitos Humanos. Nesse aspecto, há outros

movimentos tão importantes quanto o aqui abordado, que ajudam no mesmo propósito, como o Movimento Feminista e o Movimento Negro.

Tendo em vista a grandiosidade do Movimento LGBT, é importante separar seus atores e estudá-los caso a caso, para, por fim, colocar ações afirmativas coerentes e eficientes para cada um.

Por isso, o trabalho, de início, foi elaborado respeitando essas singularidades e assegurando conceitualmente cada uma. Para, depois, se entender o que cada um espera. Depois, se fez uma análise histórica da luta, separando por épocas e diferentes formas de luta, como a luta dos homens gays e a união das mulheres lésbicas ao movimento.

Com esse panorama histórico brasileiro, foi apresentado um dos pontos mais importantes do movimento: o advento do HIV/AIDS. O estigma do “câncer gay” foi criado. Para entender, buscou-se dados e o histórico do combate a doença que depois de muita luta foi demonstrada que poderia acontecer com qualquer pessoa, de qualquer sexualidade e por diversas formas de contágio.

Por fim, a entrevista com agentes públicos e da sociedade civil serviu para sintetizar o trabalho e mostrar o que, na prática, está sendo feito e a quem essas políticas estão afetando diretamente. Como estão sendo feitas e se estamos conseguindo respeitar o vasto mundo da sexualidade, as diferenças de gênero etc.

6 REFERÊNCIAS

BEAUVOIR, Simone, **O Segundo Sexo: Fatos e Mitos**, tradução de Sérgio Milliet, Vol.1, 3ª Edição, Ed. Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República/Ministério da Saúde. **Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: Ano de 2012**. Brasília, 2013. Disponível em <http://www.sdh.gov.br/assuntos/lgbt/pdf/relatorio-violencia-homofobica-ano-2012>. Acesso em 20 de agosto de 2018.

BRASIL SEM HOMOFOBIA. **Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual**. 2004, Ministério da

Saúde/Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf. Acesso em 12 de agosto de 2018.

E. BRUNETTO, Dayana. **Nome social de travestis e transexuais na escola básica: política pública afirmativa ou capricho?** Anais do IX Congresso Nacional de Educação EDUCERE. III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia PUCPR, 2009.

CARRARA Sérgio et al. **Política, Direitos, Violência e Homossexualidade. Pesquisa 5ª Parada da Diversidade - Pernambuco 2006.** Rio de Janeiro, CEPESC, 2007. Disponível em: http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/paradapernambuco_2006.PDF. Acesso em 06 de agosto de 2018.

_____. **Política, Direitos, Violência e Homossexualidade Pesquisa 9ª Parada do Orgulho GLBT - São Paulo.** Rio de Janeiro, CEPESC, 2006; Disponível em <http://www.pagu.unicamp.br/sites/www.ifch.unicamp.br.pagu/files/julio05.pdf>. Acesso 06 de agosto de 2018.

CARROL, Angus e ITABORAHY, Lucas Paoli. **State-Sponsored Homophobia: A World Survey of Laws: criminalisation, protection and recognition of same-sex love.** ILGA, 2015.

Comissão de Direitos Humanos da USP .**II Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH) – 2002.** Universidade de São Paulo – USP, Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. Disponível em <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Direitos-Humanos-no-Brasil/ii-programa-nacional-de-direitos-humanos-pndh-2002.html>. Acesso em 8 de setembro de 2018.

CONNELL, Raewyn W. **Gender: In World Perspectives.** Polity, Cambridge, 2009.

Coordenação Nacional de DST e Aids. Secretaria de Política de Saúde. Ministério da Saúde. **Profissionais Do Sexo – Documento Referencial para ações de prevenção das DST e da AIDS,** Série Manuais nº 47, 2002. Disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/campanhas/2002/38289/documento_referencial_p s.pdf. Acesso em 10 de novembro de 2018.

FÁBIO, André Cabette. **A trajetória e as conquistas do movimento LGBT brasileiro.** Disponível em <https://www.nexojournal.com.br/explicado/2017/06/17/A-trajet%C3%B3ria-e-as-conquistas-do-movimento-LGBT-brasileiro>. Acesso em 20 de outubro de 2018.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber;** tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e JA Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

HONNETH, Axel. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais.** São Paulo: Ed. 34, 2003.

JORNAL O GLOBO: <https://oglobo.globo.com/sociedade/assassinatos-de-lgbt-crescem-30-entre-2016-2017-segundo-relatorio-22295785> Acesso em 10 de novembro de 2018.

LIONÇO Tatiana. **Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses e desafios.** Disponível em <https://scielosp.org/pdf/physis/2009.v19n1/43-63/pt>. Acesso em 20 de agosto de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria MS nº 457**, de 19 de agosto de 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria MS nº 1820**, de 13 de agosto de 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria MS nº 2.836**, de 1º de dezembro de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Processo Transexualizador no SUS.** Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades/processo-transexualizador-no-sus>. Acesso em 24 de novembro de 2018.

O Papel da Secretaria Especial dos Direitos Humanos – SEDH. Módulo I - Direitos Humanos Disponível em <http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/dh/cc/1/papel.htm> Acesso em 8 de setembro de 2018.

POMPEU, Ana. **STF autoriza pessoa trans a mudar nome mesmo sem cirurgia ou decisão judicial.** Disponível em <https://www.conjur.com.br/2018-mar-01/stf-autoriza-trans-mudar-nome-cirurgia-ou-decisao-judicial>. Acesso em 20 de agosto de 2018.

SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Programa Nacional de Direitos Humanos – 3.** Disponível em <http://www.pndh3.sdh.gov.br/public/downloads/PNDH-3.pdf>. Acesso em 10 de agosto de 2018.

Ser-tão – Núcleo de Estudos em Gênero e Sexualidade. Faculdade de Ciências Sociais, UFG. **Políticas públicas para população LGBT no Brasil: um mapeamento crítico preliminar** Disponível em https://www.sertao.ufg.br/up/16/o/pplgbt-Apendice_J.pdf. Acesso em 20 de agosto de 2018.

TRANSGENDER EUROPE. **Comparative research data on 190 countries worldwide.** Disponível em: <http://transrespect.org>. Acesso em 06 de agosto de 2018.

TREVISAN, João Silvério. **Devassos no paraíso.** 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000

UNITED NATIONS FREE & EQUAL: NOTA INFORMATIVA: **PESSOAS TRANSGÊNEROS.** Disponível em: https://unfe.org/system/unfe-91-Portugese_TransFact_FINAL.pdf?platform=hootsuite. Acesso em 20 de agosto de 2018.

United Nations Programme on HIV/AIDS BRASIL. **Estatísticas.** Disponível em <https://unaids.org.br/estatisticas/>. Acesso em 10 de novembro de 2018.

VENTURI, Gustavo; BOKANY, Vilma. **Diversidade sexual e homofobia no Brasil.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2011.

_____. **Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil -Intolerância e respeito às diferenças sexuais.** Disponível em

<https://fpabramo.org.br/2010/02/13/diversidade-sexual-e-homofobia-no-brasil-intolerancia-e-respeito-as-diferencas-sexuais/>. Acesso em 10 de setembro de 2018.

WOLF, Eduardo. **Ética e sexualidade: normatividades em perspectiva histórica**. In: Manual de ética: questões de ética teórica e aplicada. João Carlos Brum Torres (org.). Petrópolis, RJ: Vozes, Caxias do Sul, RS: Universidade de Caxias do Sul, Rio de Janeiro: BNDES, 2014.

APÊNDICES

Imagens de Campanhas da ABIA, em 27 de julho de 2018.

O que é ser lésbica no Brasil?



Enfrentar segundo a segundo as tantas faces da violência, cobrindo meu corpo de amor, me colorindo de sonhos e armando de esperanças. - *Priscila Garcia*

É viver intensamente o maravilhoso e gostoso amor com a mulher amada e desejada. - *Claudia Machado*

É ser uma "amazona", lutando diariamente contra a tirania dos fundamentalistas homofóbicos que tanto tentam nos oprimir.

É ser Maria, Ana, Francisca, Joaquina e tantas outras mulheres de luta que não se deixaram se abater pelo machismo, pela intolerância e pela hipocrisia. - *Paula Theodoro*

A força desse filme documental está nas falas, nas vozes dessas mulheres - lindas, fortes, poderosas, honestas, guerreiras, mães, filhas, tias, avós, amantes, parceiras...

Elas mostram para todos nós, o que é ser lésbica no Brasil.

Ensinam-nos a enfrentar a discriminação e os desafios que precisam encarar para construir vidas dignas e corajosas em uma sociedade recheada de estigmas e intolerâncias.

Filme e Direção: Vagner de Almeida
NTSC DVD

www.vagnerdealmeida.com

Produção: Prazeres e Paixões

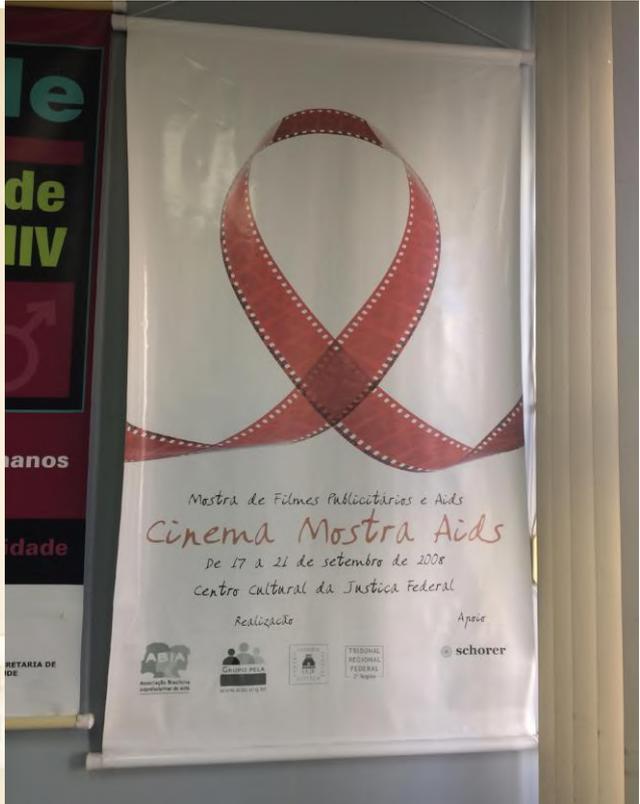
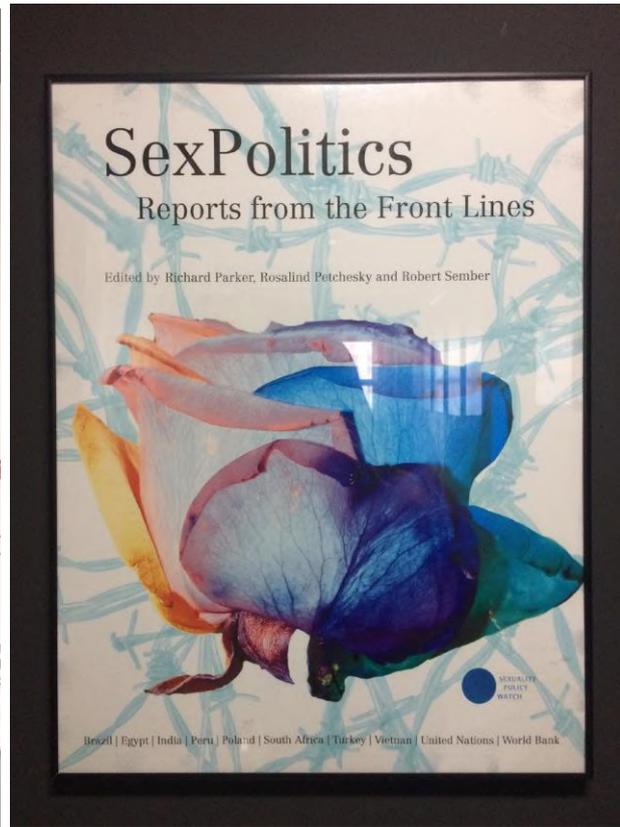


Sou Mulher, Sou Brasileira, Sou Lésbica



Filme e Direção: Vagner de Almeida
Mulheres que fazem a diferença no Brasil





Rede Paulista de Mulheres Vivendo com HIV/AIDS

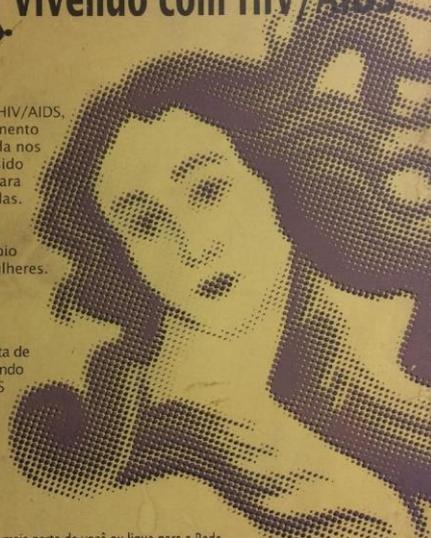


Mulher com HIV/AIDS, sair do isolamento e buscar ajuda nos grupos tem sido muito bom para as nossas vidas. Neles encontramos carinho e apoio de outras mulheres.

A Rede Paulista de Mulheres Vivendo com HIV/AIDS existe para unir e apoiar mulheres soropositivas em todas as suas decisões.

Procure o Grupo mais perto de você ou ligue para a Rede

Rede Paulista de Mulheres Vivendo Com HIV/AIDS
GIV - Grupo de Incentivo à Vida
 Rua Capitão Cavalcanti, 145 - Vila Mariana - São Paulo - SP
 Tel. (011) 572-1206 - Fax (011) 549-5775 - De 2ª a 6ª, das 9h00 às 14h00
Projeto financiado pelo PN/DST/AIDS do Ministério da Saúde



NÃO IMPORTA COM QUEM



valorize a prevenção

PROJETO DIVERSIDADE SEXUAL, SAÚDE E DIREITOS ENTRE JOVENS

ABIA
Associação Brasileira de Imunização

APOIO
MAC AIDS FUND

NEGÃO VIVO USA PRESERVATIVO



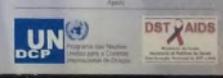
CENTRO BAIANO ANTI-AIDS
 Rua do Sodré, 45 (Dois de Julho) Fone: 243:4902
 APOIO: Secretaria Estadual de Saúde da Bahia



**ACEITE A
DIVERSIDADE**

ABIA
Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
+55 21 2223 1040 - www.abiaids.org.br

Projeto
Juventude & Diversidade Sexual



Agência