



GT 4: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SEGURIDADE SOCIAL

O DIREITO À SAÚDE NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBT

Dilermando Aparecido Borges Martins (UEPG); Email: dilerborges@hotmail.com
Lislei Teresinha Preuss (UEPG); Email: lispreuss@terra.com.br

TEMÁTICA: ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

RESUMO: O presente trabalho tem por objetivo realizar uma aproximação teórica entre o conceito de saúde e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, como uma política pública no contexto da seguridade social. Sua construção se deu através de uma pesquisa bibliográfica, em uma revisão de literatura, cujos objetivos específicos são conceituar a seguridade social e a saúde brasileira, a partir da Constituição Federal de 1988, além de apresentar a Política de Saúde LGBT, destacando os pontos que ambas possuem em comum. Como resultado, é possível afirmar que tal política se aproxima das principais características da saúde brasileira, tais como a universalidade, equidade e integralidade.

Palavras chave: políticas públicas; seguridade social; saúde; LGBT.

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) surge no Brasil em um cenário de atenção voltada às políticas públicas para a comunidade LGBT como um todo, pensando em uma atenção integral e equitativa proposta pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Pensar em saúde de modo amplo significa pensar em todas as etapas que culminaram nesta concepção, que perpassa a Reforma Sanitária brasileira, no direito à saúde trazido pela Constituição Federal de 1988 – no contexto da seguridade social –, além do processo histórico de políticas públicas de saúde voltadas para a comunidade LGBT.

O direito à saúde foi assim consolidado na Constituição Federal de 1988 como fruto da Reforma Sanitária, formulando um novo conceito ampliado de saúde. Esta concepção baseou-se em uma luta política por um processo de redemocratização do Estado brasileiro, que vivia em um contexto de ditadura militar.

É na Reforma Sanitária que se reformulam as bases teóricas para o entendimento da saúde como um direito amplo, em uma verdadeira transformação institucional, posto que ela possibilitou a garantia constitucional do direito à saúde universal, além de construir institucionalmente o Sistema Único de Saúde (FLEURY, 2009).

Neste sentido, o presente trabalho tem como principal objetivo uma aproximação teórica, a partir da pesquisa bibliográfica, entre a concepção de saúde e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, como uma política pública no contexto da seguridade social. Para que se faça tal aproximação, é necessário



especificamente abordar o conceito de seguridade social, modelo de proteção social adotado pela Constituição Federal de 1988. A partir disto, será trabalhado o SUS como um dos norteadores da saúde pública brasileira e como um dos responsáveis pela política de saúde LGBT. Por fim, neste contexto, é possível fazer uma análise de referida política, elencando seu processo histórico e apresentando suas principais características, afim de realizar a aproximação que este trabalho propõe.

Recorre-se à revisão de literatura, de caráter histórico e crítico, como ferramenta adequada para possibilitar respostas aos anseios da pesquisa.

2. SEGURIDADE SOCIAL E O DIREITO À SAÚDE

O direito à saúde está assentado na Carta Magna a partir do modelo de seguridade social, adotado como referência de política social brasileira a partir de 1988. Trata-se de uma visão sistêmica da política social, em um conjunto integrado de ações, de dever do Estado e de direito do cidadão.

Nesta tipologia, busca-se a universalização da cidadania, rompendo com a ideia de que somente determinados setores produtivos poderiam ser objeto da proteção social, conforme predizia o modelo de seguro. Assim, surgem alguns mecanismos que se voltam para o lado da solidariedade e da redistribuição, levando em conta o princípio de justiça social (FLEURY, 2009).

De acordo com Vianna (2002, p. 173), adotar a seguridade social como modelo

Significa que a sociedade se solidariza com o indivíduo quando o mercado o coloca em dificuldades. Ou seja, significa que o risco a que qualquer um, em princípio, está sujeito – de não conseguir prover seu próprio sustento e cair na miséria –, deixa de ser problema meramente individual e passa a constituir uma responsabilidade social, pública. Por isso, a Seguridade Social, em países avançados, fica, de uma forma ou de outra, nas mãos do Estado.

O modelo de seguridade social se preocupa mais com o indivíduo e busca a equidade, numa perspectiva de justiça social, de modo a atender a todos indistintamente. Este modelo está perfeitamente conectado com os princípios estabelecidos pela Constituição Federal de 1988, além de ter profunda relação com os direitos fundamentais e a dignidade da pessoa humana, preceitos básicos da lei maior brasileira.

O artigo 194 da Constituição legitima a seguridade social como o modelo de ordem social brasileira, que assim dispõe: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988). Isto significa que são três os pilares que sustentam a seguridade social no Brasil: a assistência social, a previdência e a saúde, que merece uma atenção pormenorizada considerando a temática aqui discutida.

O direito à saúde brasileiro pretende ser um direito que se entende a todos com um caráter amplo e universal. A própria legislação, através da Constituição, visando garantir este direito, abarca em seu artigo 196 a saúde como um direito de todos, garantindo um acesso universal e igualitário para aqueles que dela



**II Simpósio Internacional Interdisciplinar em Ciências Sociais Aplicadas
22 a 24 de novembro de 2017**

precisarem, contemplados especialmente por políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1988).

De acordo com Paim (2009, p. 46):

O acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação, tal como previsto pela Carta Magna, permite, portanto, desenvolver uma atenção integral à saúde. Em vez de se limitar a uma assistência médica curativa, o direito à saúde no Brasil estende-se à prevenção de doenças, ao controle de riscos e à promoção da saúde. Assim, as ações e serviços de saúde são de relevância pública.

Ou seja, a saúde possui um conceito amplo, que vai muito além de uma mera assistência médica curativa, levando em consideração outros aspectos da vida que podem influenciar na condição de saúde da população. Para que houvesse uma garantia deste direito, a Constituição Federal trouxe também em seus artigos a criação de um sistema de saúde estruturado, com características próprias e capaz de levar adiante este novo conceito de saúde.

O Sistema Único de Saúde/SUS foi estabelecido no artigo 198 da Constituição, que assim predispõe:

Art. 198: As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988).

Desta norma decorre que o SUS é um sistema público de saúde, formado por órgãos federais, estaduais e municipais, cada um com suas competências definidas. Neste sistema, é possível a participação da administração indireta, como as autarquias, fundações e empresas públicas. Há que se falar, também, na participação da iniciativa privada de modo complementar (PAIM, 2009). É por isto que este sistema forma uma rede, dadas às possibilidades de participação nos variados setores de saúde pública.

As características do SUS são fundamentais para compreender de que modo a saúde brasileira está organizada hoje. O sistema é descentralizado por definir as competências de cada ente da federação; integral, por entender a saúde decorrente de um processo dependente de fatores biológicos, históricos, psicológicos e sociais; por fim, a participação e controle social vem por reconhecer o indivíduo como cidadão, conferindo a ele direito de participar politicamente nas decisões relativas à saúde, podendo defender seus interesses (KLEBA, 2005).

A partir disso é que se defende uma concepção abarcada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, que entende a saúde como resultante de condições de alimentação, habitação, educação, renda, trabalho, transporte, dentre vários outros fatores. De acordo com o relatório:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986, p. 4).



O relatório traz, também, a necessidade do Estado criar uma política de saúde adequada e integrada às demais políticas econômicas e sociais, posto que estas caminham juntas para a melhora da qualidade de vida. Isto significa investir em políticas como forma de garantir este acesso universal e igualitário, sem qualquer tipo de distinção. É deste conceito, portanto, que surgem as políticas públicas de saúde.

3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A COMUNIDADE LGBT

A partir desta concepção de saúde entendida de modo amplo como universal, integral e equitativa, é que se podem formular políticas públicas para os mais variados setores da sociedade. Políticas públicas vão muito além de um mero plano, mas consistem em objetivos do governo a serem cumpridos em um determinado espaço de tempo, com participação de agentes públicos e privados (BUCCI, 1997). Para Di Giovanni (2009, p. 4) não são simples intervenções do Estado em determinada situação problemática, mas sim uma “forma contemporânea de exercício do poder nas sociedades democráticas, resultante de uma complexa interação entre o Estado e a sociedade [...]”

Desta maneira, surgem as políticas públicas voltadas para a comunidade LGBT, como uma responsabilidade do Estado para esta população específica. Partindo do contexto histórico de luta por direitos LGBT, alguns marcos tornam-se relevantes para o contexto em que elas se inserem. No ano de 2004, com forte participação da sociedade civil, criou-se o Programa Brasil Sem Homofobia, com o objetivo de assegurar políticas, programas e ações voltados para a comunidade LGBT e para a prevenção à discriminação. Já no ano de 2007, realizou-se a 13ª Conferência Nacional de Saúde, em que algumas demandas da comunidade LGBT foram levadas em consideração. Em 2008, foi realizada a I Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, em que o Ministério da Saúde ficou responsável pelos princípios da Política de Saúde LGBT.

Eis que surge a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, que foi instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, através do Ministério da Saúde. Conforme explicitada em sua apresentação:

Nesse processo estão sendo implantadas ações para evitar a discriminação contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos espaços e no atendimento dos serviços públicos de saúde. Este deve ser um compromisso ético-político para todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), de seus gestores, conselheiros, de técnicos e de trabalhadores de saúde (BRASIL, 2013, p. 6).

A Política está estruturada em 8 artigos, que vão explicar de que modo ela funciona. De modo geral, possui como objetivo promover a saúde integral da população LGBT, afim de eliminar a discriminação e o preconceito institucional, para reduzir desigualdades e transformar o SUS em um sistema universal, integral e equitativo, conforme preceitua seu artigo 1º. Os objetivos específicos são os mais variados, trazidos no artigo 2º, distribuídos em vinte e três incisos, dos quais destacam-se: a ampliação de acesso da população LGBT aos serviços de



atendimento do SUS (II); qualificar o rede de atendimento do SUS para dar melhor atenção a população LGBT (III); coleta de dados e análise acerca da saúde LGBT (IV); criar estratégias para diminuir a mortalidade de travestis (IX); cuidado e saúde de adolescentes e idosos LGBT (X); oferecer atenção integral às DST's no âmbito do SUS (XI); eliminar os preconceitos nos serviços de saúde (XVI); garantia do uso do nome social aos usuários do SUS (XVII) (BRASIL, 2013).

O artigo 3º da Portaria vai elencar as diretrizes que norteiam a execução da Política, em que se pode citar o respeito aos direitos humanos, promoção da cidadania, eliminação das homofobias, acesso à informação, além da produção de conhecimento científico – o que é possibilitado neste momento, inclusive, na produção deste trabalho (BRASIL, 2013).

Os artigos 4º, 5º e 6º definem, respectivamente, as competências da União – através do Ministério da Saúde –, dos Estados e dos Municípios para que a Política seja implementada, que vão desde ações voltadas para divulgação, promoção e monitoramento até práticas educativas aos profissionais de saúde de municípios.

Esta estrutura da Política demonstra uma articulação com o sistema de saúde descentralizado, ao definir competências, além de se aproximar com o conceito amplo de saúde, que vai envolver todas as questões que visam a melhora da qualidade de vida de todos os seres humanos, indistintamente. Com a criação de uma política pública voltada para a população LGBT é que se nota a preocupação da saúde brasileira como um direito universal e equitativo.

A Política de saúde LGBT considera a determinação social como importante fator no processo saúde-doença, que pode afetar o bem estar desta população. A determinação social compreende que a exclusão social é responsável por interferir em aspectos da vida como a falta de acesso à moradia, alimentação, cultura, lazer, educação e saúde, que é atingida também pelas formas de discriminação (BRASIL, 2013).

A principal característica de tal política é a integralidade, também trazida no texto constitucional, que é marcante ao tratar das diversidades que compõem os problemas da comunidade LGBT. Isto porque a integralidade vai levar em consideração os fatores sociais, psicológicos e históricos como fundamentais para compreender o problema da saúde de determinados grupos. No caso da população LGBT, ressalta-se que a prostituição é um fator determinante para os problemas de saúde, especialmente por ser um espaço para este grupo – em especial travestis – exercer sua feminilidade, rejeitada em outros espaços sociais, mas que levam também ao uso de drogas, silicone industrial, hormônios e outros medicamentos sem a devida atenção médica. Estes espaços são propensos a aumentar os riscos de se contrair DST/Aids, além de elevar a violência, o que afeta diretamente a saúde destas pessoas (BRASIL, 2013).

Ainda, são colocados como pontos importantes para justificar a atenção à saúde LGBT os problemas de depressão, crises de ansiedade e sensação de pânico entre travestis e transexuais, afetando sua saúde mental e levando, inclusive, ao suicídio. A violência sofrida em relação ao desrespeito pelo uso do nome social também é fator primordial, o que é prejudicial à saúde daqueles que diretamente sofrem com isto (BRASIL, 2013).



A partir destas justificativas, o que se nota na Política de Saúde LGBT são as diversas características trazidas pelo Sistema Único de Saúde e pela concepção abarcada tanto pela Constituição Federal quanto pela Conferência Nacional de Saúde, demonstrando que esta é uma política pública de grande relevância no contexto da saúde brasileira. Isto significa dizer que são os pilares da saúde que permitem a criação de políticas públicas voltadas para a comunidade LGBT, garantindo assim um direito à saúde ainda mais efetivo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A seguridade social como modelo adotado pela Constituição Federal brasileira permite que a saúde seja levada em consideração como uma ação social em prol de toda a população brasileira. Esta ação social é legitimada a partir das características do próprio sistema de saúde, ao se comprometer com a universalidade, integralidade e equidade.

Com a adoção da concepção de saúde como uma qualidade de vida garantida a todos indistintamente, considerando inclusive o desenvolvimento humano em sua individualidade, é que se podem formular políticas voltadas para a comunidade LGBT, que é uma população vulnerável e que necessita de atenção do Estado. Ao pensar a saúde como um processo que envolvem questões biológicas, sociais e psicológicas, o Estado amplia sua proposta e permite que políticas públicas sejam formuladas para que o direito à saúde seja garantido, levando em consideração todos os aspectos que o compõem.

Percebe-se, portanto, que a política de saúde LGBT está assentada no contexto em que se insere a saúde brasileira, sendo uma política pública de fundamental importância. Os seus marcos teóricos estão calcados nos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, especialmente por considerar a integralidade o reflexo de diversos fatores que influenciam no processo de saúde-doença do indivíduo. O acesso universal como base do sistema de saúde, instituído pela Constituição Federal de 1988, é quem permite que lésbicas, gays, travestis e demais membros da comunidade LGBT possam de fato recorrer a um atendimento condizente com as suas necessidades. Isto garante, assim, que o direito à saúde seja de fato universal e equitativo, como ele se dispõe a ser desde as mudanças trazidas pela Reforma Sanitária.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: 1. ed, 1. reimp, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Disponível em < http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em 21 ago 2017.



II Simpósio Internacional Interdisciplinar em Ciências Sociais Aplicadas
22 a 24 de novembro de 2017

BUCCI, Maria Paula Dallari. Políticas Públicas de Direito Administrativo. In: **Revista de Informação Legislativa**. Brasília, v. 34, n. 133, jan.-mar./1977.

DI GIOVANNI, Geraldo. As estruturas elementares das políticas públicas. In: **Núcleo de estudos em políticas públicas – NEPP**. 2009. Disponível em <<https://observatorio03.files.wordpress.com/2010/06/elementos-das-politicas-publicas.pdf>>. Acesso em 2 Ago 2017.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 743-752, jun. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 ago 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010>.

KLEBA, Maria Elisabeth. **Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil**. Chapecó: Argos, 2005. 476 p.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148 p. (Coleção Temas em Saúde).

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. O silencioso desmonte da Seguridade Social no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira (organizadoras). **Política Social e Democracia**. 2. Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.