

5

O Tripé da Seguridade Social: a construção de políticas públicas para as travestis e transexuais

A idéia de igualdade de oportunidades pressupõe a idéia de desigualdade de condições.

(Daniel Bertaux, 1979)

Ao se discutir a trajetória de vida dos sujeitos, quis me aprofundar nos segmentos das políticas públicas: Assistência e Saúde e a relação dessas políticas com os sujeitos.

Na verdade, a discussão sobre o acesso às políticas públicas foi ponto crucial para construção desse trabalho, bem como sua relação com o segmento das travestis e transexuais.

Dessa forma, neste capítulo, proponho-me a discutir a relação dessas políticas públicas, a questão da cidadania e a repercussão na vida das travestis e transexuais.

Viver, ser feliz, ter uma casa, participar dos movimentos políticos e sociais da comunidade e do país, ter assistência médica, educação, lazer, são direitos de cada brasileiro e apenas quando são postos em prática é que existe a cidadania. A cidadania é histórica, uma invenção humana em constante dinâmica de construção e reconstrução.

Para Covre (2002):

O tema cidadania passou a ser ventilado no mundo contemporâneo, inclusive no Brasil. Ele aparece na fala de quem detém o poder público (políticos e capitalistas), na produção intelectual e nos meios de comunicação (rádio, jornal e televisão), e também junto às camadas mais desprivilegiadas da população (p. 01).

O termo, portanto, ficou muito banalizado, vulgarizou-se já que sua defesa não significa mecanicamente seu exercício. É um grande esforço reconhecer que o processo que encaminha o processo da conquista da cidadania, perpassa pela

percepção de que a mesma é negada em sua importância na dura realidade em que persiste parte considerável da sociedade brasileira.

Paradoxalmente, os direitos dos cidadãos proclamados nas cartas e leis nacionais e internacionais não são condizentes com a prática. O que vemos é uma miséria banalizada: pessoas passando fome, torturadas, guerras étnicas, raciais e direitos sendo violados.

Na opinião da autora ainda, cidadania é o próprio direito à vida no sentido pleno. Trata-se de um direito que precisa ser construído coletivamente, não só em termos de atendimento às necessidades básicas, mas de acesso a todos os níveis de existência, incluindo o mais abrangente, o(s) homem(s).

A cidadania, enquanto parte do discurso da modernidade, emerge juntamente com a lógica do Estado Moderno, vinculada ao jusnaturalismo envolto num contexto libertário. A Declaração dos Direitos dos Homens e do cidadão (1789) é o marco da concepção liberal individualista e do reconhecimento dos direitos a partir de um novo referencial: o ser humano.

Para Bobbio (1992, p. 01), “os súditos se tornam cidadãos quando lhes são reconhecidos alguns direitos fundamentais”. Assim, é com a derrubada da monarquia absoluta e, conseqüentemente, do feudalismo, com base na teoria contratualista, que emerge a sociedade civil moderna, formada por indivíduos livres, os cidadãos. Os pressupostos que vão sedimentar o conceito liberal da cidadania são, segundo Ferreira (1993:31), “o direito natural a liberdade de pensamento e de religião e a igualdade perante a lei”,

Desta forma, os direitos fundamentais que Bobbio se refere, e que originam a cidadania seriam os “direitos formais de liberdade” e que resultariam nos direitos civis de hoje.

Marshall (1967, p. 63-64) afirma que a cidadania é um processo em desenvolvimento, que tem origem historicamente com o surgimento dos direitos civis. Assim a cidadania civil surge no decorrer do século XVIII sob forma de direitos de liberdade, mais precisamente, a liberdade de ir e vir, de pensamento, de religião, de reunião, pessoal e econômica. Esses direitos visam a garantir o espaço do indivíduo frente ao poder coercitivo do Estado, desde que o indivíduo não viole os direitos dos outros.

Segundo o autor, a cidadania é construída basicamente por três elementos: direitos civis – liberdade individual e igualdade perante a lei (Inglaterra século XVIII); direitos políticos – direito de votar e ser votado (Inglaterra século XIX); direitos sociais – serviços e benefícios sociais (Inglaterra século XX) – “Padrão razoável de bem-estar econômico de seguridade”.

No Brasil, os chamados direitos da cidadania ganham força após a Constituição Federal de 1988, promulgada em 5 de Outubro. Nela, as garantias se traduzem como direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. Ela assegura também um conjunto expressivo de direitos coletivos ou sociais, como direito à saúde, ao trabalho, à moradia e ao lazer.

Conhecida como “Constituição Cidadã, a Constituição de 1988, inova com a proposta de descentralização política-administrativa e de participação da sociedade civil no controle social e no que tange à elaboração e execução das políticas públicas de cunho social. Introduziu um novo conceito: o de seguridade social, formado pelo tripé: Saúde (para todos), Previdência Social (quem contribui) e Assistência Social (a quem dela necessitar).

Como define na Constituição Federal de 1988, “A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à Saúde, à Previdência Social e à Assistência Social (art.194, CF)”.

Os princípios e objetivos da Seguridade Social são: universalidade de cobertura; atendimento; equidade, uniformidade e equivalência urbanas e rurais; seletividade e distributividade; irredutibilidade dos valores de benefícios; diversidade da base de financiamento; gestão democrática descentralizada e participativa. Quanto ao financiamento, toda a sociedade direta ou indiretamente, juntamente com os recursos federais, estaduais e municipais, mas as contribuições sociais, empregadores, trabalhadores estão incluídos nesse processo.

Essa lei suprema do Brasil acenou um novo modelo de política pautado na justiça social, universalidade, uniformidade dos benefícios, seletividade e distributividade da proteção, equidade e por fim o caráter democrático e descentralizado da gestão com a participação da sociedade civil nas decisões (Vianna, 1998).

Em diversos estados e municípios do Brasil, esses direitos assegurados pela Constituição Federal de 1988, não foram implementados, uma vez que o direito não deve restringir-se ao caráter formal, mas materializar-se em conquistas e no exercício da cidadania plena.

Na realidade, há uma distância entre declarar os direitos e efetivá-los, como afirma Vieira ao dizer:

Há uma distância entre as declarações de direito e a sua real efetivação, pois ainda em cada esquina do mundo, ouve-se um sujeito de boa vontade desfiar a celebrada lista de direitos, que começa no direito à vida e à dignidade moral da pessoa e termina nos direitos econômicos e sociais (2004, p. 33).

Conceitualmente, as políticas públicas são "linhas de ação coletiva que concretizam direitos sociais declarados e garantidos por lei", ou seja, são respostas do Estado às demandas que emergem da sociedade, sendo a expressão do compromisso público de atuação em uma determinada área em longo prazo (Pereira, 1994, p. 12).

Para Pereira (1994, p. 01), a política social se refere a um "programa de ação que visa, mediante esforço organizado, atender necessidades sociais cuja resolução ultrapassa a iniciativa privada, individual e espontânea, e requer decisão coletiva regida e amparada por leis impessoais e objetivas garantidoras de direitos".

Para Demo (2002), as políticas sociais precisam ser estratégicas para contemplar todos os componentes sociais, políticos, econômicos e culturais inerentes a ela, pois precisam alcançar seu objetivo principal que é o de emancipação da sociedade. Devem ter a inserção no mercado e a constituição da qualidade política como ferramentas capazes de exercer controle democrático efetivo.

As políticas sociais constituem-se como estratégias governamentais, a fim de atender às contradições advindas da relação capital e trabalho. As questões sociais, portanto pressionam pela implementação das políticas sociais e fundam a regulação da sociedade civil pelo Estado, ainda que sob contradição.

O Estado, por sua vez, se movimenta expressando os interesses das classes fundamentais da sociedade. Portanto, ele é fundado no momento em que havia

necessidade do princípio organizador dos interesses (classes fundamentais – trabalhadores x empresários), mas a expressão dominante é da classe hegemônica capitalista.

Behring (2006) afirma que “em geral, é reconhecido que a existência de políticas sociais é um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa, ou seja, do específico modo capitalista de produzir e reproduzir-se”. As determinações das políticas sociais relacionam-se, assim, às condições sociais, históricas, estruturais, relação de força presentes na realidade. São, portanto, determinações econômicas, políticas e sociais, que se implicam a implantação das políticas sociais.

Para Boschetti & Behring (2007) as políticas sociais devem ser entendidas a partir da compreensão de sua inserção na lógica do capital, enquanto “expressão contraditória da realidade”. Considerando também uma “dimensão cultural” que está relacionada à política, “considerando que os sujeitos sociais são portadores de valores e do *ethos* de seu tempo”.

A política social tem a ver com a cidadania, que só se materializa plenamente quando ocorre uma pressão da sociedade para que o Estado assuma a responsabilidade pelas políticas e as necessidades sociais.

Oliveira (1995) afirma que o Estado brasileiro contemporâneo é neoliberal e que esse Estado é desperdiçador, é o “bode expiatório” da má distribuição de renda, da situação drástica da saúde, da educação e de todas as políticas públicas.

O movimento LGBT tem desempenhado um papel fundamental para garantir a visibilidade do segmento que representa e realizou nas últimas décadas uma crescente pressão para que o Estado garanta direitos iguais, através de mudanças de leis que discriminam e do desenvolvimento de políticas públicas que criem condições para o exercício pleno da cidadania.

Além de todo o conjunto de legislações específicas relacionadas às questões de orientação sexual e identidade de gênero, o movimento LGBT tem lutado pela garantia da implementação de políticas públicas dirigidas à garantia dos direitos, ao exercício da cidadania e à proibição e punição das diferentes formas de discriminação.

No nível federal, o primeiro passo foi a implantação específica de políticas de saúde voltadas para a população LGBT. Criado há duas décadas, o Programa

Nacional de Doenças Sexualmente transmissíveis e AIDS, do Ministério da Saúde, proporcionou a inclusão desse movimento na agenda do Estado brasileiro. Ressaltamos que o Programa não apenas incluiu a diversidade sexual e identidade de gênero enquanto problemática para a área de saúde. O programa avançou também na perspectiva dos direitos humanos de pessoas vivendo com HIV/AIDS, segundo a Política Nacional de Saúde Integrada de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

Outro marco importante de avanço a construção de direitos foi à inclusão da temática no Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH). Na primeira versão do Programa, no título Proteção do Direito à Vida, constava-se a preocupação e a necessidade de atuação do Estado no combate à violência contra os homossexuais. Entretanto na segunda versão do PNDH, o tema é incorporado mais amplamente. Em 2002, o Programa incorpora questões relativas à:

- Formulação de políticas de promoção social e econômica da população LGBT;

- Capacitação de servidores públicos sobre a temática;
- Criação de instâncias especializadas no atendimento a esse grupo;
- Garantia do direito à memória;
- Orientação das suas famílias;
- Sensibilização de profissionais da mídia sobre o tema.

Como um grande passo para combater o cenário de todas as formas de preconceito e discriminação, concebido no âmbito do Conselho Nacional de Combate à Discriminação (órgão da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República), com parceria com a sociedade civil que movem ações que possibilitam ampliar o exercício da cidadania, o Governo Federal lançou em 2004, o Programa *Brasil sem Homofobia*, um conjunto de ações de Direitos Humanos, programas específicos e desenvolvimento de atividades de prevenção e combate a práticas e comportamentos homofóbicos.

Suas metas tratam de adequar à legislação e da articulação dos diversos órgãos do governo com vistas à garantia dos direitos à Segurança, Educação,

Saúde, Trabalho e Cultura, bem como a inclusão da diversidade sexual e identidade de gênero nas políticas setoriais relacionadas à juventude, mulheres e negros.

Analisando toda a explicitação da Constituição Federal de 1988, surge uma indagação: como a cidadão (ã) com identidade de gênero, travesti e transexual, acessa as políticas públicas dentro da Saúde e Assistência Social?

Os problemas enfrentados pelas travestis e transexuais em qualquer área, como Saúde, Assistência Social, Educação e Trabalho, têm como fundamento o preconceito e a intolerância às diversidades, principalmente a uma diversidade tão desafiadora como é a dos travestis e transexuais, que divergem totalmente do padrão pré-estabelecido do que seria homem ou mulher.

A década de 1980 foi importante e crucial na luta da cidadania no Brasil e muitos dos direitos defendidos pelos movimentos sociais consolidaram-se na Constituição Federal de 1988, garantindo a dignidade da pessoa humana, muitas vezes através de leis e decretos complementares posteriores, no âmbito federal, estadual e municipal.

Em diversos estados e municípios esses direitos adquiridos ainda não são completamente assegurados, atitudes preconceituosas, nesse caso em particular, homofóbicas e discriminatórias com relação à identidade de gênero, foram registradas nas histórias relatadas pelas entrevistadas, em setores que operacionalizam as políticas de Saúde e Assistência Social, como vemos no relato de Giselle:

[...] nós travestis, somos muito discriminadas, a verdade é essa, muito... então, essa questão da parte política, pública ou coisa assim, instituições, sabe? As pessoas não estão nem aí com a hora do Brasil.. Chega uma travesti lá no posto de saúde, vai fazer uma coisa... Quando ela chega na porta, já começam os risinhos, as gracinhas, e isso eu vou te falar uma coisa: não são os outros pacientes não, são os profissionais que deveriam dar o respeito...

A Constituição de 1988 procurou garantir a Saúde como um direito de todos e dever do estado. Mas o que assistimos na mídia é uma crise no sistema de Saúde, filas frequentes de pacientes nos serviços de saúde; péssimos atendimentos; escassez de recursos materiais, financeiros, humanos e a não

repassse desses recursos para os órgãos responsáveis e etc. Mas o que assistimos na mídia é um retrato fiel dessa realidade.

Do ponto de vista da Assistência Social, o problema se coloca quando, ao se constituir como política social por meio da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, introduz uma complementação designado à Assistência Social para quem dela necessita. Reproduz assim, uma contradição cujas conseqüências repercutirão no acesso à mesma.

Essa necessidade vai ser pautada por uma avaliação de pobreza e a pobreza vai ser avaliada a partir da lógica do merecimento, como por exemplo, selecionar os elegíveis a partir do “esforço que os pobres estão fazendo para sair dessa situação”.

5.1.

A política de Saúde: direito de todos e dever do Estado

A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Art.196, CF).

Essa política se constitui como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal.

A Saúde deve ser organizada de forma descentralizada, passando do federal para o estadual e depois para o municipal. O atendimento deve ser integral, com a prioridade para as atividades preventivas sem descuidos das assistenciais.

A partir da Constituição de 1988 a Saúde se torna universal e está assentada em três modelos: previdencialista-assistencialista, perpassou a política de Saúde Pública: (o atendimento era voltado para quem contribuía, predomínio de relações clientelistas, fisiologistas); privatista (vinculada ao mercado para os trabalhadores que adquiriam planos privados de Saúde; universalista, contida na Constituição Federal de 1988, são políticas universais.

A conquista dos direitos sociais (Saúde e Previdência Social) tem sido resultante do poder de luta, de organização e de reivindicação dos trabalhadores brasileiros.

A falta de clareza e de uma definição em relação à política de Saúde, a história da saúde permeia e se confunde com a história da Previdência social no Brasil em determinados períodos.

A história da política de Saúde na década de 1980 cooperou com grandes mudanças no cenário político e social desde abertura da democracia, como por exemplo, as eleições de 1986 e a promulgação da Constituição de 1988, assumindo uma dimensão política.

Segundo Simionato (1997), após a Constituição de 1988, essa política passa a ser uma questão pública e passa por transformações, tais como: alteração do conceito de saúde como um processo de convergência de políticas públicas, econômicas e sociais; a instituição de Saúde como direito de cidadania e dever do estado (universalidade); a estratégia do SUS como um reordenamento setorial (saúde individual e coletiva); a constituição de um novo modelo de atenção à saúde; a descentralização das ações para as esferas estaduais e municipais e a democratização do poder social (Conselho de Saúde).

Mendes (1994), pontua que o fato marcante nos anos 80 dessa política foi a VII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, introduzindo no cenário da discussão da Saúde a sociedade, sendo ápice do projeto de Reforma Sanitária, rompendo com o modelo curativo e constituindo o SUS.

5.2.

A política de Saúde para as travestis e transexuais: para além da AIDS

Para compreendermos o processo saúde-doença, não podemos percebê-lo como dissociado da exclusão social decorrente do desemprego, bem como das dificuldades de acessos a condições essenciais à vida, como moradia, alimentação digna, educação, lazer, cultura etc, que interferem de forma direta na qualidade de vida e na saúde. Reconhecemos também que todas as formas de preconceito, discriminação como a homofobia, é considerada para determinantes de doenças e constrangimentos.

O combate a todos esses sentimentos de ódio, aversão, intolerância e discriminação é uma estratégia fundamental e estruturante para a garantia do acesso aos serviços e de qualidade. E, também, é uma política de enfrentamento das iniquidades destes grupos, requerendo iniciativas de estratégias eficazes, entre as quais destaca-se a capacitação dos profissionais de saúde, questão fundamental para que o cuidado seja condizente com suas reais necessidades em saúde, superando a estrita associação da saúde dessas populações à epidemia de HIV/AIDS.

O Ministério da Saúde - MS vem galgando alguns anos ações de atenção à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), que vão além do enfrentamento da epidemia da AIDS.

Em 2010, o Ministério da Saúde apresentou um Plano Nacional de Saúde para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Sua formulação foi sustentada pelas diretrizes do Programa Brasil Sem Homofobia, que foi coordenado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR) e que atualmente compõe o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH III).

Durante a década de 1980, o órgão federal apoiou projetos nas áreas da prevenção das DST/AIDS, disponibilizou assessoria jurídica e fortalecimento de redes; desenvolveu campanhas de comunicação e ações para visibilidade da população LGBT como estratégia de promoção da saúde e promoveu a participação do movimento de defesa dos direitos LGBT. Esta estratégia fortaleceu a participação desse segmento na luta pela saúde.

Na década de 1990, as travestis e transexuais participaram do desenvolvimento de ações específicas no Programa DST/AIDS, da execução de projetos de prevenção DST/AIDS para as travestis, da realização dos ENTLAIDS (Encontro Nacional de Travestis e Liberados que trabalham na prevenção das DST/AIDS) a partir de 1993; da inclusão formal de transexuais e suas demandas na agenda comum; bem como da articulação do Plano Nacional DST/AIDS, objetivando formação de rede de organizações não-governamentais e ações estratégicas para o atendimento de demandas específicas de travestis e transexuais quanto à prevenção e assistência das DST e AIDS.

A partir de 2000 para as travestis ocorreu também o estabelecimento jurídico da Articulação Nacional de Travestis, Transexuais e Transgêneros

(ANTRA); a elaboração e implementação do Projeto TULIPA (Travestis Unidas na Luta Incansável pela Prevenção da AIDS); o lançamento da campanha *Travesti e Respeito* e a elaboração e implementação de Projetos de Redução de Danos para o uso de silicone injetável.

Em novembro de 2005, as transexuais tiveram grandes mudanças, entre as mais importantes: a realização do 1º Encontro Nacional de Transexuais (Novembro/2005); a formação da primeira rede de articulação nacional de transexuais: o Coletivo Nacional das Transexuais; o assento no Comitê em Saúde da População LGBT e em dezembro de 2006 houve a proposta de confecção de material, com abordagens específicas das questões de vulnerabilidades para as transexuais.

Essas ações, programas voltados para a pessoa com identidade de gênero resultaram em avanços: travestis e transexuais mais participativos na discussão da vulnerabilidade às DST/HIV/AIDS; travestis e transexuais tecnicamente mais capacitados e engajados na elaboração e execução de projetos de prevenção e assistência das DST/AIDS voltados aos seus pares, bem como em ações de redução de danos para uso de silicone injetável; realizando cada vez mais ações educativas voltadas aos seus pares, parceiros institucionais e profissionais da rede pública de Saúde, sobre identidade de gênero e demandas diversas; atuação em parceria e estratégica dos Programas DST/AIDS na articulação intersetorial e protagonismo social destes segmentos.

Desde 2007, em âmbito institucional, o órgão federal vem trabalhando na construção do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, com ações voltadas para as mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais e, também, o Plano Nacional de Enfrentamento de epidemia da AIDS e das DST, entre os gays, bissexuais e as travestis.

Com a abertura da perspectiva de integrar a atenção à saúde desse segmento social, há um reconhecimento público de que a orientação sexual e a identidade de gênero constituem situações específicas e complexas, na vulnerabilidade à saúde e não apenas por questões de práticas sexuais e sociais, mas pelos agravamentos de processos discriminatórios, estigmas e exclusão social, violando seus direitos entre os quais o direito à saúde, dignidade, autonomia e a liberdade.

No Ministério da Saúde, foi criado o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT (Portaria nº 2.227, do Gabinete do Ministro em 14 de Outubro de 2004), coordenado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), esse Comitê constitui-se em espaço de articulação, debate de demandas de representantes do movimento, envolvendo todas as áreas do Ministério com o intuito de promover a inserção das especificidades na política de saúde desse segmento e ações do SUS.

Muitos foram os avanços referentes a essas estratégias de trabalho. Um deles foi a realização do Seminário Nacional de Saúde da População LGBT na Construção do SUS em agosto de 2007, parceria do governo e movimentos sociais avaliaram as iniciativas adotadas, como a inclusão de demandas das lésbicas nas políticas de saúde da mulher e o processo transexualizador¹, a fase de inclusão dos procedimentos rotineiros do SUS, mantendo-se a visão crítica sobre a medicalização das transexualidades.

Embora a epidemia da Aids tenha provocado no sistema de saúde um foco nas travestis e transexuais, dando visibilidade a esse grupo, na atualidade os problemas de saúde destas pessoas já são vistos como bem mais complexos e suas demandas como mais numerosas.

Segundo Pelúcio (2007) as travestis enfrentam questões além da AIDS: uso de silicone e suas possíveis conseqüências indesejadas; câncer de próstata; violência e suas conseqüências físicas e psicológicas; depressão; uso sistemático de drogas e suas conseqüências e o uso dos hormônios femininos minimizando efeitos indesejados.

Por exemplo, no caso das travestis que são profissionais do sexo, não associa apenas a sobrevivência financeira, mas também a possibilidade de pertencimento social, que é negado em outros espaços. Como explicita Benedetti (2000), é na rua que as travestis exercitam o feminino, a afetividade, as relações sociais, mas é também o espaço de consumo em geral, inclusive de drogas, silicone industrial, hormônios e outros medicamentos. A rua e a prostituição

¹ Transtorno transexualizador são procedimentos de modificação corporal solicitados pelo sujeito que vivencia a transexualidade, incluindo a cirurgia de transgenitalização, são condicionados a avaliação médico-psicológica para confirmação do estado psicológico e das evidências de sofrimento clinicamente significativos ou prejuízo em áreas importantes da vida do indivíduo.

acarretam também maiores risco de contrair DST/AIDS e mais violência, o que torna esse grupo ainda mais vulnerável.

Nos estudos de Peres (2008), o autor supõe que sintomas como depressão, crises de ansiedade e sensações de pânico parecem freqüentes entre as travestis. Tudo isso é uma alerta para a necessidade de mais estudos sobre a saúde do grupo, focando também na saúde mental.

Também relacionado nos estudos de Peres, outro aspecto importante são mortes de travestis devido à aplicação do silicone industrial, utilizado para promover as mudanças para a feminização do corpo. Mesmo não tendo estudos específicos sobre o assunto, a dimensão do problema justifica a necessidade de definir e praticar protocolos clínicos para os serviços do SUS.

O serviço de Saúde não é responsável por trabalhar com a transexualidade feminina, mas sim, é responsável por trabalhar como o processo transexualizador. Para Arán (2009), esta situação leva a diversos distúrbios de ordem psicológica acompanhados de tendências à automutilação e ao suicídio. A implementação do Processo Transexualizador no SUS, não apenas regulamenta a readequação genital, aliás, essa é apenas a cereja do bolo. O processo transexualizador é extraordinariamente mais complexo, envolvendo suporte psicológico e social, hormonioterapia, alteração de vários aspectos dos caracteres sexuais secundários, entre outros.

A Portaria da Secretária de Atenção à Saúde SAS/MS nº 457, de 19 de agosto de 2008, aprova a Regulamentação do Processo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), na forma dos seus anexos: Normas de Credenciamento/Habilitação de Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador; Formulário de Vistoria do Gestor para Classificação e Credenciamento/Habilitação de Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador; Diretrizes de Atenção Especializada no Processo Transexualizador e a Relação dos Serviços com Expertise, Habilitados para a realização dos procedimentos previstos no Processo Transexualizador (DOU de 20/8/08, MS, pág. 69).

A Portaria GM/MS nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (DOU de 19/8/08, MS, pág. 43).

A publicação da norma sobre o Processo Transexualizador no SUS foi uma importante conquista do segmento populacional de transexuais, que aponta para a complexidade do avanço dos direitos sexuais no campo da Saúde Coletiva, campos de exclusão para as beneficiárias das mesmas ações, as travestis.

Alguns sujeitos confirmaram que o início do processo do uso de hormônios se deu de forma arriscada e sem prescrição médica frequentemente durante ou no fim da adolescência.

Existe que nos EUA e em outros países já existe uma hormonioterapia que é oferecida a adolescentes que manifestam discordância com o gênero com que foram assignados ao nascerem. Tal hormonioterapia se destina a apenas inibir o aparecimento dos caracteres sexuais secundários de ambos os sexos, até que os indivíduos sejam maiores de idade e possam escolher como querem que seus corpos se tornem. A vantagem dessa hormonização é que ela torna dispensáveis várias cirurgias que são realizadas nos indivíduos que só fazem hormonização na fase adulta.

[...] completei 18 anos, 19 né? Aí eu comecei a tomar hormônio, aí uma amiga minha indicou, eu comecei a tomar um comprimidinho, sabe esses comprimidinhos? Também é hormônio...

Sem ter ido ao médico. Só que tomava, me dava tonteira (Sellen)

Após os 19 anos eu comecei a tomar hormônio de forma errada, foi o modo injetável porque eu tinha vários colegas, vários amigos que tomavam e eles tinham um resultado muito rápido, então eu comecei a tomar os hormônios por conta própria, até pelas pessoas que eu conhecia, pelos resultados e depois de muito tempo tomando os hormônios de forma errada (Renata)

Vale lembrar que a freqüente reutilização e compartilhamento de seringas, como aspecto de risco para infecções graves, como as hepatites e a própria AIDS.

A falta de respeito ao nome social escolhido pelas pessoas travestis e transexuais se configura como uma violência que ocorre no cotidiano de suas vidas.

Selen expressa o constrangimento de ser chamada pelo nome civil e nas instituições de saúde, além de receber um tratamento no masculino:

[...] fui tirar sangue hoje de manhã (que o médico pediu) aí eu cheguei na recepção e falei: vocês chamam por número ou por nome? A mulher falou que era por número, aí eu achei legal porque tava cheio... 7 horas da manhã, chamar Joab e levanta uma menininha, acabou-se... Aí chamou o numero 41. Entrei, aí ela falou: seu nome é

diferente, né? [...] Ela falou não sei o quê comigo, como se eu fosse um homem, tipo assim: “ah você está cansado?”

Destaca-se a inclusão da identidade de gênero na Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, que vem de encontro ao processo histórico de reivindicação do movimento, com o direito ao uso do nome social nos cadastros do SUS. Outra importante conquista política dessa população é a sua atual representação no Conselho Nacional de Saúde. Mas, isso ainda não foi regulamentado na saúde privada.

Diante da complexidade da situação de saúde do grupo LGBT e, especialmente, diante das evidências de que a orientação sexual e a identidade de gênero têm na determinação social e cultural da saúde, o Ministério da Saúde vem construindo uma política para o SUS, evidenciando a maturidade deste debate, expressando um conjunto de demandas e propostas, como a inclusão e articulação das especificidades de orientação sexual e das identidades de gênero, ampliando-se no nível nacional voltada para a população LGBT.

Tais discussões pressupõem várias ações: implementação de práticas de educação permanente para os profissionais de saúde, incluindo a temática LGBT; definição de normas não-discriminatórias sobre a doação de sangue, com preservação do controle de riscos; realização de pesquisas científicas, inovações tecnológicas e compartilhamento dos avanços terapêuticos relativos ao tema; respeito ao direito à intimidade e à individualidade dos grupos e indivíduos pertencentes às populações LGBT; necessidade de adotar o protocolo de atenção às pessoas em situação de violência; garantia dos direitos sexuais e reprodutivos extensiva a esses segmentos; implementação de campanhas e revisão dos currículos escolares; e mudanças nos formulários, prontuários e sistemas de informação do SUS.

Em Março de 2006, o Ministério da Saúde liberou uma portaria Nº 675/GM – 30/03/2006, Carta de Direitos dos Usuários do SUS. É de direito do cidadão atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência, garantindo-lhes: a identificação pelo nome e sobrenome, devendo existir em todo documento de identificação do usuário um campo para se

registrar o nome pelo qual prefere ser chamado, independentemente do registro civil, não podendo ser tratado por número, nome da doença, códigos, de modo genérico desrespeitoso ou preconceituoso.

O Ministério da Saúde vem fazendo sua parte, envolvendo-se em uma série de ações de promoção de maior equidade em saúde voltadas a vários grupos populacionais vulneráveis do país. Entretanto, as políticas formuladas pelo órgão federal são para a execução do sistema, ou seja, de toda a rede de serviços municipais e estaduais. Há um limite concreto nas iniciativas federais, que é a descentralização das políticas públicas. Dando diretriz no nível nacional, não significa que necessariamente que ela será atendida no plano municipal e local.

A expectativa é que as deliberações da 1ª Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais deem conta da efetividade do acolhimento das necessidades de saúde desta população depende, em contrapartida, da inserção total dos movimentos LGBT na defesa do SUS. Assim, é indispensável à ampliação da participação desse segmento nos espaços participativos formais e alternativos já existentes e naqueles que, a partir de agora, poderão e deverão ser criados.

Portanto, os desafios na reestruturação de serviços, rotinas e procedimentos na rede do SUS serão relativamente fáceis de serem superados. Mais difícil, entretanto, será a superação do preconceito e da discriminação que requer, de cada um e do coletivo, mudanças de valores baseadas no respeito às diferenças.

5.3.

O Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e retrocessos

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu através de lutas populares pela democracia e pelo direito à saúde. As lutas perpassaram vários setores da sociedade e idéia central era a politização da saúde, objetivando chamar atenção para ela como direito de todos os cidadãos e dever do Estado (estruturada pelos princípios da universalização e da descentralização e por uma preocupação com a reestruturação do sistema existente).

Um fato marcante foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), pois introduziu no cenário da discussão da Saúde a sociedade, através da participação

de entidades representativas da população. Ela foi um momento político que culminou na aprovação das diretrizes e princípios norteadores do SUS.

O SUS constitui um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

Os objetivos do SUS são: a identificação e a divulgação dos fatores condicionantes e determinantes na saúde; a formação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção e recuperação; assistência às pessoas por intermédio de ações promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada de ações assistenciais e das atividades preventivas (Brasil, 1990, Art.5º).

Os aspectos fundamentais do SUS foram: pautar-se num conceito abrangente de Saúde, como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Outro aspecto fundamental foi a transição ao menos no plano da política de saúde, de uma compreensão da cidadania “regulada” para uma concepção de “cidadania plena”, segundo Santos (1979).

Após a constituição do Sistema de Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), aprovado pela Lei 8080/90, passou a ter como desafio atender universalmente a todas as necessidades de saúde da população com um número limitado de recursos.

A Lei 8080/90 foi complementada ao final do mesmo ano pela Lei 8124/90 garantindo a participação da sociedade no processo decisório. As duas leis chamadas de “Leis Orgânicas da Saúde” dispõem sobre os princípios e diretrizes do novo sistema e especificaram uma série de atribuições ligadas à saúde, abrangendo fundamentalmente: ações de Vigilância Sanitária; de Vigilância Epidemiológica; de Saúde do Trabalhador; Assistência Terapêutica Integral, inclusive Farmacêutica; Ordenação de Recursos Humanos na Área, ações de vigilância nutricional e outras.

“A Saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre ambos, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a

educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país” (Brasil, 1990).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90, de 19 de Setembro de 1990), implantou o Sistema Único da Saúde – SUS, o qual gerou conforme Negri (2001) profundas mudanças no setor de Saúde, destacando-se, principalmente, a intensificação das transferências dos recursos da União para os Estados e municípios.

O SUS é baseado num conjunto de princípios, o primeiro deles é a universalidade. Significando que todo ser humano, indistintamente, tem direito ao acesso gratuito aos serviços de saúde. Acredita-se que seja integral, ou seja, oferecer todas as modalidades de atendimento que as pessoas e as comunidades necessitam: das iniciativas e ações de promoção e prevenção, até aquelas mais especializadas.

O sistema deve ter a participação da comunidade, pelo entendimento de que esta é a forma pela qual os usuários e usuárias vocalizam suas necessidades e demandas. Para dar peso à participação popular, foram criados os Conselhos e as Conferências de Saúde para o exercício do controle social, voltados à análise e aprovação das diretrizes, planos e programas de saúde e monitoramento, avaliação e fiscalização da gestão e execução dos mesmos.

É de fundamental importância entender as intenções e os sentidos do movimento da Reforma Sanitária e o SUS, como conquistas, pois significa ampliar a consciência sobre o direito à saúde. Portanto, a mobilização popular conseguiu repassar a responsabilidade do Estado, contradizendo aqueles que querem fazer da saúde mercadoria e fonte de lucro.

Entretanto, essa mobilização precisa crescer e diversificar, pressionando cada Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, conselhos estaduais e municipais, para que o Brasil possa finalmente consolidar o SUS como um sistema justo, equânime e de qualidade para todos.

5.4. A Política de Assistência Social: significados e avanços

A Assistência Social, direito do cidadão e dever do Estado, é política de seguridade não contributiva, que provê os mínimos sociais.

(Art. 1º, LOAS)

No processo de constituição das políticas sociais públicas, a Assistência Social significou a origem da intervenção social do Estado moderno, mas ela não nasce no Estado e sim na sociedade civil, é fruto de conquistas sociais, que resultaram em lutas democráticas pela ampliação da cidadania.

Para Sônia Draibe (1990) a política assistencial constitui a forma ancestral da política social. Na qualidade de ação pública no campo social, a política de Assistência Social precedeu no tempo as outras formas de intervenção social do Estado.

Para entendermos a evolução da política da Assistência Social que se opera no Brasil, é primordial que perceba sua trajetória, o contexto das transformações que estão em curso, sua renovação e atualização.

Historicamente, a Assistência Social era vista como ação tradicionalmente paternalista e clientelista do poder público, associada às primeiras damas, com caráter de “benesse”, transformando o usuário na condição de “assistido”. “favorecido” e nunca como um cidadão, usuário de um serviço ao qual tem direito.

A prática de assistência é muito antiga na humanidade, em diferentes sociedades ocorreram atos de solidariedade voltados aos pobres, humildes e miseráveis. As religiões e a tradição judaico-cristã tiveram um papel de transformar a ajuda em caridade e benemerência, desse modo compreende-se que o direito à assistência foi historicamente sendo substituído pelo apelo à benevolência das almas caridosas.

Com a expansão do capital e a pauperização da força de trabalho, as práticas assistenciais foram apropriadas pelo Estado, repassando a solidariedade para a sociedade civil.

Em 1930, no Brasil, não havia um esclarecimento da pobreza enquanto expressão da questão social², mas sim como “caso de polícia”. A pobreza era tratada em caráter individual.

O primeiro grande órgão de regulação da assistência social no país foi a instalação do Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS), criado em 1938. O CNSS foi marca presente da assistência social na burocracia do Estado brasileiro, ainda que na função subsidiária de subvenção às organizações que prestavam amparo social.

A primeira grande instituição de assistência social foi a Legião Brasileira de Assistência (LBA) que teve sua gênese marcada pela presença das mulheres e pelo patriotismo. Segundo Sposati (2004, p. 19):

A relação da assistência social com o sentimento patriótico foi exponenciada quando Darcy Vargas, a esposa do presidente, reúne as senhoras da sociedade para acarinhar pracinhas brasileiros da FEB – Força Expedicionária Brasileira – combatentes da II Guerra Mundial, com cigarros e chocolates e instala a Legião Brasileira de Assistência- LBA. A idéia de legião era a de um corpo de luta em campo, ação.

Contudo, dessa forma, inicialmente a LBA era atuar como uma legião, uma ação numa luta em campo. Mas em Outubro de 1942, ela se torna uma sociedade civil de finalidades não-econômicas, voltadas para “congregar as organizações de boa vontade”. Aqui, a assistência social como ação social é ato de vontade e não direito de cidadania (Sposati, 2004, p. 20).

No Brasil, a política de Assistência Social foi reconhecida muito tarde. Até o final do século XX, ela era vista como uma ação tradicionalmente paternalista e clientelista do poder público, associada às primeiras damas, com caráter de “benesse”, mantendo o usuário na condição de “assistido” e “favorecido” e não como um cidadão que tem seus direitos.

Até 1988, a Assistência Social não era reconhecida como dever do Estado. Ela passa a adquirir *status* de política pública, defendendo a universalização dos direitos sociais e a instituição de benefícios, serviços e programas.

² A “questão Social” é considerada como as várias manifestações das desigualdades sociais produzidas, historicamente, pela sociedade capitalista que, sob o efeito da formação da classe trabalhadora ganha visibilidade e legitimidade no Brasil, na década de 1930. Está estritamente ligada à relação capital x trabalho (Sposati, 1995, p. 27).

A Constituição Federal de 1988 foi um marco importante no processo de reconhecimento como política pública, mas há vários aspectos, concepções, ações e práticas da Assistência Social que precisam ser resgatados para analisar o movimento de construção dessa política. Como assegura Vianna (1998),

A Constituição Federal de 1988 acenou um novo modelo de política pautado na justiça social, universalidade, uniformidade dos benefícios, seletividade e distributividade da proteção, equidade e por fim o caráter democrático e descentralizado da gestão com a participação da sociedade civil nas decisões.

Ao se constituir como política, a Assistência Social passa a incorporar o tripé da Seguridade Social, ainda de forma fragmentada, ao lado da Saúde e da Previdência Social. É parte dos direitos garantidos a todo e qualquer cidadão (a). Instituiu o reconhecimento do direito como universal, assegurando as condições de ampliação deles, além de possuir uma dimensão estratégica para a construção de protagonismo popular, ou seja, um sujeito de direitos e aprofunda também a regulação do Estado em resposta às demandas populares por direito social: o Estado Social de direito e não um Estado omissivo e mercantilizador.

Prevê a universalidade de cobertura no campo da proteção social e, como política estratégica não-contributiva, deve ser firmada no sentido de prevenir e superar as diferentes formas de exclusão social, garantido os padrões de cidadania às parcelas desprotegidas e excluídas da população.

A Assistência Social como política pública se ocupa do provimento de atenções para enfrentar as fragilidades de determinados segmentos sociais, superar exclusões sociais e defender e vigiar os direitos mínimos de cidadania e dignidade. É política de atenção e defesa de direitos: o direito a sobrevivência em padrões éticos de igualdade construídos historicamente em uma dada sociedade (Sposati, 1994, p. 10).

Desde a proclamação da Carta Constitucional de 1988, a política de Assistência Social vem avançando em sua regulação e consolidação como campo de ação do Estado.

Após cinco anos da Constituição Federal, o primeiro avanço sancionou no Brasil a Lei Orgânica específica (Lei federal 8.742 de 07/12/1993), Lei Orgânica da Assistência Social, um instrumento legal regulamentador dos artigos 203 e 204 da Constituição Federal/88.

Introduziu-se um novo significado para assistência social, a LOAS (Lei Orgânica da Assistência) substitui a visão centrada na caridade e no favor, diferenciando-se do assistencialismo. Ela representa um avanço na construção da cidadania, estabelecendo novos paradigmas, rompendo com as benesses, favores e consagra uma nova era na formulação e implementação da política de assistência social aos setores excluídos e mais vulnerabilizados da população brasileira.

No seu artigo 1º, a LOAS define que a assistência social é direito do cidadão e dever do Estado; é política de seguridade social não-contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

A LOAS ao superar a visão de assistencialista/clientelista acerca da questão social define também um novo modelo de gestão, calcado no princípio da descentralização e universalização dos serviços na área da assistência social, bem como na proposta de mecanismos democráticos e participativos das decisões dessa política pública. Assim são criados os Conselhos, Fundos e os Planos de Assistência Social.

A Política de Assistência Social, reconhecida legalmente como direito social e responsabilidade estatal pela Constituição Federal de 1988 e da LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social), nesses últimos anos vem sendo regulamentada pelo governo federal, com aprovação do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), por intermédio da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e o do SUAS (Sistema Único de Assistência Social).

Os conselhos municipais, estaduais e o nacional da Assistência Social são instrumentos de um novo modelo de gestão, onde a descentralização da política associada ao modelo participativo possibilita ao cidadão o exercício do poder constitucional de cobrar administrativamente que a política cumpra seus objetivos.

Foram criados também o Fundo de Assistência Social nas três esferas de governo, avançando na construção e aprovação de Planos de Assistência Social. As conferências municipais, estaduais e nacionais, por sua vez, se tornaram grandes fóruns na formação de competências de gestão, consensos e avanços nesta política.

O grande avanço como marco legal foi a aprovação, em 2004, da Política Nacional de Assistência Social – PNAS, prevista nos artigos 18 e 19 da LOAS, que define o Sistema Único de Assistência Social para o Brasil e o direito à

proteção social básica e especial no campo socioassistencial e a proposição de uma regulação dos serviços socioassistenciais pautados em parâmetros, padrões, critérios e respeito ao pacto federativo na sua operacionalização: o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Dentro da Política Nacional de Assistência Social, está inserida a Norma Operacional Básica do SUAS (2005), que disciplina e normatiza a operacionalização da gestão da PNAS e o novo modelo de gestão.

Partindo da PNAS, acredito que a contribuição de Sposati tem muito a acrescentar no que se refere à especificidade da assistência, pois, na visão da autora esta perpassa todas as outras políticas com o intuito de garantir o direito do cidadão. Desta maneira, a política não pode ser pensada isoladamente, mas, de forma integrada. Neste sentido, a ação de uma política rebaterá na outra como podemos verificar.

Do ponto de vista da intersetorialidade, as políticas sociais se complementam: o aluno assiste melhor à aula se estiver alimentado, se sua casa tiver luz e água, se usar meio de transporte para chegar à escola, se sua saúde estiver cuidada e se tomar os remédios necessários etc. (Sposati, 2004, p. 39).

5.5. SUAS e suas perspectivas

Em julho de 2005, foi aprovada a regulação SUAS como deliberação da IV Conferência Nacional de Assistência Social. Trata-se de um sistema nacional de ordenação da gestão das ações socioassistenciais, parametradas em regulação e obediência ao pacto federativo e reconhecimento dos direitos socioassistenciais do cidadão. Podemos dizer que o SUAS, espelha-se no SUS.

O SUAS é uma estratégia de construção de um sistema de proteção social, tendo como exigências: estar baseado no plano plurianual; a primazia de responsabilidade do estado; a ética (eleger a justiça social, rompimento com o clientelismo); a vinculação com os direitos; a participação (controle social) e defesa das necessidades.

O SUAS é um sistema constituído pelo conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios no âmbito da assistência social prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais e de maneira complementar com organizações da sociedade civil.

Ele possui como uma das diretrizes para a organização da Assistência Social, de acordo com o disposto na Constituição Federal de 1988 e na LOAS, a primazia da responsabilidade do Estado na condução da Política de Assistência Social em cada esfera de Governo.

Assim, o SUAS é um:

Modelo de gestão descentralizado e participativo, constitui-se na regularização e organização em todo território nacional as ações assistenciais. Os serviços, programas, projetos e benefícios tem como foco prioritário a atenção às famílias, seus membros e indivíduos e o território como base de organização, que passam a ser definidos pelas funções que desempenham, pelo número de pessoas que delas necessitam e pela sua complexidade, pressupõe ainda na gestão compartilhada, co-financiamento da política pelas três esferas de governo e a definição clara das competências técnicas-políticas da União, Estado e Distrito Federal e municípios, com a participação e mobilização da sociedade civil e esta tem um papel efetivo na implantação e implementação (Política Nacional de Assistência, 2004).

Nesta perspectiva, o SUAS objetiva: a descentralização político-administrativa efetiva. Ele se estabeleceu a partir de Norma Operacional, portarias, resoluções, guias e manuais, entre outros instrumentos que estabelecem seu marco regulatório inicial (por exemplo, a Portaria 440 e 442 – regulamentação dos pisos); a organização dos serviços de forma contínua e por níveis de proteção social (básica e especial – média complexidade e alta complexidade), com foco prioritário de atenção à família, seus membros e indivíduos.

Também há uma nova lógica de financiamento, estabelecendo pisos de proteção social; repasse fundo a fundo automático e regular e critérios técnicos de partilha; fortalecimento das instâncias no processo decisório e no reordenamento da rede socioassistencial; normatização pactuada entre os gestores (Governo Federal, Estados e Municípios), definindo as atribuições, competências e responsabilidades de cada ente da federação na construção do SUAS (NOB/SUAS); autonomia dos municípios na organização dos serviços conforme a necessidade local e dos territórios; elaboração e estruturação da REDE SUAS disponibilizando ferramentas informacionais para gestão, controle social e financiamento, com possibilidades de insumo para monitoramento e avaliação bem como para tomada de decisão qualificada e controle social.

A PNAS/2004 estabelece duas referências para o atendimento das famílias e indivíduos: Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centro

Especializado da Assistência Social (CREAS), universalizando o acesso ao direito.

Para Aldaíza Sposati,

O SUAS é uma racionalidade política que inscreve o campo de gestão da assistência social, uma das formas de proteção social não contributiva, como responsabilidade de Estado a ser exercida pelos três entes federativos que compõem o poder público brasileiro. Nesse sentido é uma forma pactuada que refere o processo de gestão da assistência social, antes de iniciativa isolada de cada ente federativo, a uma compreensão política unificada dos três entes federativos quanto ao seu conteúdo (serviços e benefícios) que competem a um órgão público afiançar ao cidadão (Sposati, 2005).

São muitos os desafios a serem superados e enfrentados no SUAS, que englobam: definição do campo de intervenção da Política de Assistência Social, com unificação de conceitos básicos; regulação no campo governamental e não governamental e padronização gerencial considerando as diversidades e a descentralização; estruturação de serviços com integração em Sistema, com definição de referências e contra referências, fluxos e procedimentos de recepção e intervenção social, evitando superposição e/ou paralelismo de ações.

Há também: nova metodologia de funcionamento: agilidade e transparência nos processos de gestão; definição clara de atribuições/competências dos três níveis de governo quanto à gestão da política e seu financiamento; desenvolvimento de ações com base em dados qualificados, favorecendo diagnósticos das necessidades e das potencialidades sociais, assim como o monitoramento e avaliação; ação intersetorial entre as políticas sociais e integração entre programas como Bolsa Família implicando em novos índices de resolutividade; processos continuados de capacitação e Aplicação da Norma Operacional de Recursos Humanos do SUAS.

Há novos atores que transpõem os limites dessas referências citadas acima: as travestis e transexuais, principais protagonistas com vivências e práticas da desconstrução da hetero-normatividade e refletem questões como: orientação sexual e identidade de gênero e precisam ser repensadas nessa política de direito.

A contribuição mais importante que essa dissertação pode dar é que as iniciativas podem estar, em níveis de complexidade, trazendo desafios e olhar para as travestis, pensando as mesmas, na assistência.

5.6.

Avanços nas políticas públicas e a luta por direitos: uma realidade para as travestis e transexuais

Ressaltamos um avanço recente na história do movimento LGBT, em especial as travestis e transexuais. O Brasil foi um país pioneiro quando teve a 1ª Conferência Nacional LGBT, intitulada “Direitos Humanos e Políticas Públicas: o caminho para garantir a cidadania LGBT”, que aconteceu em Brasília, em 2008. Esse evento foi um marco na luta pelos direitos desse segmento.

A Conferência tinha como proposta construir diretrizes para a implementação das políticas públicas e o plano nacional de promoção da cidadania e direitos humanos LGBT e também avaliar e propor estratégias para fortalecer o Programa Brasil Sem Homofobia.

O governo federal através daquele evento colocou a cidadania LGBT na agenda do poder público e forçou os demais setores estaduais e municipais que não discutiam o tema a ampliarem seus debates, realizar eventos e dialogar com o movimento.

A luta por direitos é uma construção histórica. Eles não são dados, mas sim conquistados por aqueles/as que vivem situações de opressão, invisibilidade e violação.

Em 2004, nasceu o Programa Brasil Sem Homofobia, a partir de uma demanda da Sociedade Civil Organizada, sob a coordenação da Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH/PR) com a participação de mais 8 órgãos do Governo Federal.

O Programa Brasil Sem Homofobia (Maio de 2004), contou 53 ações do programa perpassaram por 53 Ministérios (Relações Exteriores, Justiça, Educação, Saúde, Trabalho, Cultura, Lazer e Turismo), Secretarias Especiais (políticas para mulheres, promoção da igualdade racial, Secretaria Especial de Direitos Humanos e Secretaria Nacional de Segurança Pública e outros órgãos governamentais federais, estaduais e municipais.

Suas ações perpassaram pelo fortalecimento de instituições públicas e não-governamentais, capacitação de profissionais e lideranças, disseminação de informações sobre direitos GLTB e incentivo à denúncia de violações.

O Programa em 2005 saiu do papel e passou a ter orçamento próprio. Em 2006, as ações do Programa ganharam força orçamentária em decorrência de

diversas emendas parlamentares. O Governo Federal passou a financiar sensibilizações em escolas, Paradas do Orgulho GLBT e outras ações.

No decorrer desses últimos 5 anos desde seu lançamento, o Programa Brasil Sem Homofobia, empreendeu diversas ações de promoção e defesa dos direitos humanos de LGBT, dentre elas: criar Centros de Referência em Direitos Humanos de Prevenção e Combate à Homofobia; fomentar a criação de Núcleos de Pesquisa e Promoção da Cidadania Homossexual e ações de Políticas Transversais de Base Intersetorial; Plano Nacional LGBT (18 Ministérios, 51 diretrizes, 184 ações); acompanhamento dos Projetos de Lei no Congresso Nacional e das ações no STF. (Reconhecimento da União Estável entre Pessoas do Mesmo Sexo e o Reconhecimento ao Direito para Alteração de Prenome e Sexo para Transexuais) e promoção de discussões temáticas e capacitações (pessoas com deficiência, idosos, adolescência, igualdade racial, educação, trabalho e emprego, etc.).

O Programa Brasil Sem Homofobia forneceu não somente uma reformulação da lei no país, mas foi um importante passo para a formulação e implantação de políticas públicas voltadas para o movimento LGBT.

O Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGBT e de Promoção à Cidadania de Homossexuais, “Brasil Sem Homofobia” é uma das bases fundamentais para ampliação e fortalecimento do exercício da cidadania no Brasil. Um verdadeiro marco histórico na luta pelo direito à dignidade e pelo respeito à diferença. É o reflexo da consolidação de avanços políticos, sociais e legais tão duramente conquistados. (Conselho Nacional e Combate à Discriminação, 2004)

Os Centros de Referência em Direitos Humanos para Prevenção e Combate à Homofobia estão inseridos dentro das ações previstas do Programa Brasil Sem Homofobia. Serão espaços de cidadania para fornecer orientações gerais sobre direitos humanos a todas as vítimas de violência, bem como prestar atendimento especializado a vítimas de discriminação e violência homofóbica.

Seus objetivos serão: fornecer orientação geral sobre direitos humanos a qualquer vítima de violação, informando sobre as garantias legais e encaminhando para os serviços especializados de atendimento a cada caso específico e prestar atendimento especializado à população LGBT, desenvolvendo ações de promoção da cidadania, combate ao preconceito e à discriminação e fornecendo orientação jurídica, psicológica e social, por meio de equipe multidisciplinar capacitada, às vítimas de discriminação e violência homofóbica.

O Plano Nacional de Direitos de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT, lançado em 2009, resultado da 1ª Conferência Nacional LGBT, foi elaborado por uma Comissão Técnica entre o governo e sociedade civil na busca de políticas públicas que respondessem às necessidades, potencialidades e direitos da população envolvida, a partir da sua implementação, bem como o fortalecimento do Programa Brasil Sem Homofobia, implantado desde 2004.

Com esse Plano, o governo federal terá dado um grande passo para crescer e amadurecer a consolidação da democracia participativa, e garantir avanços definitivos na área dos Direitos Humanos, Garantindo recortes de gênero, orientação sexual, raça/etnia, origem social, procedência, nacionalidade, atuação profissional, religião, faixa etária, situação migratória, especificidades regionais, particularidades da pessoa com deficiência, sendo uma preocupação que perpassa todo o Plano e será levada em conta na implementação de todas as suas ações.

A amplitude e a pluralidade desse Plano, demonstram o compromisso político do governo brasileiro atual, em tratar a questão dos Direitos Humanos como verdadeira política de Estado, garantindo o acesso aos direitos civis da população LGBT, promovendo a conscientização dos gestores públicos fortalecendo os exercícios de controle social, implementando políticas públicas com maior equidade e mais condizentes a fim de eliminar discriminações, combater preconceitos e buscar meios para eliminar todos os tipos de violência.

Seu objetivo geral é orientar a construção de políticas públicas de inclusão social e de combate às desigualdades para a população LGBT, primando pela intersetorialidade e transversalidade na proposição e implementação dessas políticas.

Outro cenário de grandes avanços e conquistas do movimento LGBT, que tem uma repercussão no cotidiano de uma categoria profissional que está “na ponta” das políticas de saúde e assistência social, foi o lançamento realizado pelo conjunto CFESS/CRESS, em 2006 da Campanha Nacional “O Amor Fala Todas as Línguas - Assistentes Sociais na Luta Contra o Preconceito”.

Entre os objetivos do Conselho Federal do Serviço Social (CFESS) estava promover o debate sobre o direito humano de expressar a sexualidade como uma dimensão da individualidade e que, portanto, necessitava ser reconhecida em sua diversidade de expressões: orientação sexual e identidade de gênero. Além de

favorecer a construção de espaços de diálogos e parceria interdisciplinares na defesa da livre orientação e expressão sexual como direito humano.

No cenário internacional, o debate surgiu na efetivação da defesa dos direitos à livre expressão da orientação sexual e da identidade de gênero, tendo a necessidade de estabelecer postulados fundamentais em nível internacional, uma guia de elaboração/aplicação de normas/políticas/ações institucionais para coibir violações de direitos humanos.

Destacam-se os Princípios de Yogyakarta - Aplicação da Legislação Internacional de Direitos Humanos em relação à Orientação Sexual e Identidade de Gênero, sistematizados por 29 renomados estudiosos (de 25 países).

O evento aconteceu na Universidade Gadjah Mada, na Indonésia, em 2006, reafirmando os direitos fundamentais já reconhecidos em declarações de direitos/leis e constituições de diversos países, cotidianamente negados, como: dignidade, vida, integridade física e psíquica, segurança, igualdade, liberdades, trabalho, proteção social, moradia, educação, saúde, família, cultura, participação política, responsabilização de agentes de violações e acesso à justiça, dentre outros.

Os Princípios de Yogyakarta destinam-se prioritariamente aos Estados (recomendações para implementação dos direitos humanos e sua aplicação a questões de orientação sexual e identidade de gênero), reconhecimento de que direitos e prerrogativas não se exaurem nas legislações existentes; admitida a responsabilidade de membros da sociedade/comunidade internacional na concretização dos direitos humanos baseados nas disposições dos Princípios (dentro dos respectivos âmbitos de atuação).

As disposições do documento são: conceber guias/estruturas de padronização internacional de mecanismos de combate às violações de direitos humanos com base na orientação sexual/identidade de gênero; diretrizes que traduzem compromisso com a promoção dos valores de igualdade e respeito à pessoa humana.

O sucesso destas ações fomentou atividades nessa área e desenvolvimento de ações de cultura/educação/ informação/orientação, como forma de reconhecimento da diversidade e promoção da cidadania; um esforço conjunto de diversos atores sociais: estados/ sociedade civil organizada/movimento ativistas/ONGs.

O que se tem verificado ao longo do tempo são omissões (denúncias); violação dos direitos humanos, perpetrada através da inferiorização em virtude da orientação sexual e identidade de gênero que ocorre notavelmente através de omissão, conivência, impunidade, ausência e silêncios.

A realidade brasileira em nível de governo federal, estadual e municipal vem promovendo desenvolvimento na discussão da temática da identidade de gênero, bem como a consolidação de políticas públicas que atendam essa demanda na suas agendas públicas.

Assim, a Prefeitura do município do Rio de Janeiro, desenvolveu no ano de 2004, através da Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) o “Projeto Damas”, com objetivo de capacitar travestis e transexuais para o mercado de trabalho perpassando pelo fortalecimento pessoal, intervenção de estratégias de ações para elevar a auto-estima de travestis e transexuais e (re) construir o protagonismo social.

A primeira experiência vivenciada foi uma turma piloto composta por 20 travestis e transexuais residentes no Rio de Janeiro, onde as atividades permaneceram até final de 2004. Em 2005 o projeto passou por um processo de avaliação metodológica sendo reformulado em 2006. As mudanças atenderam as demandas do público alvo, através de lideranças organizadas do movimento, temas de interesses comuns para serem trabalhados e formação de dinâmicas.

A meta anual do programa era atender 60 participantes divididos em 3 turmas com duração de 4 meses, compostas por 20 em cada turma. O projeto previa uma bolsa auxílio no valor de R\$240,00 mensais para cada participante, essa bolsa subsidia o deslocamento nas atividades regulares e culturais, na regularização de documentação civil e outras despesas eventuais.

A atual gestão municipal não deu continuidade a esse projeto, mas ventila-se a possibilidade do retorno dessa ação, com outro nome.

A inclusão de travestis no mercado de trabalho e na educação ainda é um caminho muito árduo para trilhar, porque o preconceito é um gerador de exclusão social.

Segundo a presidente da Articulação Nacional de Travestis, Transexuais e Transgêneros, Giovana Baby, para solucionar questões desse tipo, tratar os travestis e transexuais pelo nome social é o primeiro passo. “Tudo é o nome social, não dá pra você lidar no dia-a-dia com uma mulher fisicamente, e tratá-la

como homem. Se não respeitar o nome social, não tem como encaminhar essa pessoa para o mercado de trabalho”, segundo o Diário de Pernambuco (2009).

Um dos mecanismos mais largamente utilizados consiste em ignorar o nome social, evocando pessoas pelos seus nomes de registro, ignorando o reconhecimento que reivindicam, em listas de presença, avaliações, atividades escolares e inserção no mercado de trabalho formal.

As dificuldades que travestis e transexuais enfrentam no dia-a-dia para inserirem nas políticas de Educação e mercado de trabalho passam por: casos de desrespeito e violência; situações vexatórias/olhares curiosos/brincadeiras de mau-gosto/atitudes preconceituosas; e dificuldade de acesso ao mercado de trabalho (preconceito, pouco estudo), subempregos e atividades estigmatizantes.

Ignorar o nome social e evocar as pessoas pelo nome de batismo é um dos mecanismos para ignorar o reconhecimento da identidade de gênero que reivindicam seus direitos em listas de presença, avaliações e atividades profissionais.

Pensando nessas questões, a Secretaria Municipal de Assistência Social de Fortaleza/CE, gerenciada pela Elaene Rodrigues, assinou Portaria que estabelece o direito ao uso e tratamento pelo nome social a travestis e transexuais, no âmbito dos serviços da política municipal. Essa ação assegura o direito de utilização do nome social, segundo a livre escolha do (a) interessado (a), nos serviços, programas, projetos, ações e benefícios da Política Municipal de Assistência Social.

A Portaria nº 233, assinada pelo Ministro interino do Planejamento, João Bernardo Bringel foi publicada no Diário Oficial em 19 de Maio deste ano corrente, garantindo a servidores públicos federais travestis e transexuais o direito de utilizarem seus nomes sociais no ambiente de trabalho. A medida assegura a utilização do nome social (pelo qual a pessoa é conhecida, em vez do nome de batismo) mediante requerimento do interessado, em cadastro de dados e informações de uso social, comunicações internas, endereço de correio eletrônico, identificação funcional de uso interno do órgão (crachá), lista de ramais e nome de usuário em sistemas de informática.

No Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE), será implementado campo para a inscrição do nome social indicado pelo servidor.

De acordo com determinação da Portaria federal, os órgãos deverão, no prazo de noventa dias, promover as necessárias adaptações nas normas e procedimentos internos.

Todas essas conquistas são importantes, porque se vivemos num país democrático, ter a liberdade de escolher a identidade de gênero e social, é um reconhecimento e um direito que essa população vem galgando. O reconhecimento da identidade social de travestis e transexuais é um grande passo para garantia de outros direitos e políticas necessárias para o segmento, dentro dos serviços públicos e privados.