

Respeito abre portas para o acolhimento

Gestores, profissionais, ativistas e usuários apontam avanços e desafios após instituição de política de saúde integral para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais

Adriano De Lavor

Quase dois anos após a publicação da portaria 2.836 do Ministério da Saúde (de 1º/12/2011), que institui no âmbito do SUS a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, avanços e desafios foram registrados. No mês em que se comemora o Dia Internacional contra a Homofobia — 17 de maio, data em que, em 1990, a OMS excluiu a homossexualidade da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) —, *Radis* registrou aplausos e críticas de gestores, profissionais, ativistas e usuários da comunidade LGBT: todos reconhecem como pioneira a iniciativa que assegura, de forma inédita no país, o respeito às diferenças e a garantia das especificidades de saúde, mas identificam deficiências e obstáculos que dificultam sua implementação.

O acompanhamento de ações e práticas bem sucedidas nessa área — e o relato de usuários — indica que a concreta efetivação da política depende de que se conquiste também algo que já está na base do sistema de saúde: a garantia do respeito ao cidadão brasileiro na sua integralidade, com suas diferenças e especificidades. O entrevistados da *Radis* ressaltam que uma diretriz que de fato promova a saúde integral, elimine a discriminação e o preconceito institucional e contribua para a redução das desigualdades só é possível com a compreensão de que discriminação e preconceito contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais são causa de sofrimento e adoecimento, e que acesso e acolhimento só fazem sentido quando são sinônimos de respeito.

INTEGRALIDADE, UMA CONQUISTA

Uma das vozes mais atuantes na defesa dos direitos da comunidade LGBT no Congresso Nacional, o deputado federal (PSOL-RJ) Jean Wyllys considera que “há muito mais vontade do que uma política de fato”. Em entrevista à *Radis* (ver pág. 14), ele aponta que não há recursos garantidos para que a política aconteça e critica que as orientações ali definidas não estejam integradas ao sistema de saúde mais amplo.

Técnica da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, Kátia Souto reconhece que “o desafio de sair do papel é cotidiano” e considera que, para efetivação da política, é necessário reconhecer que homofobia, lesbofobia e transfobia são determinantes sociais de agravos à saúde mental e física. “Uma das principais conquistas dessa política é a abordagem de integralidade. É a compreensão de que essa população tem especificidades que superam adoecimentos a partir de vulnerabilidades sociais”, avalia.



FOTO: LUCIO TELES

Andrey, de Sergipe: população travesti e transexual não tem acesso garantido nas políticas estadual e municipais

“Tudo isso é um bom começo”, resume o historiador e educador Andrey Roosevelt Chagas Lemos, coordenador nacional LGBT da União de Negros pela Igualdade (Unegro), em Sergipe. Para ele, é positiva a aprovação de uma política nacional que dialoga com o Conselho Nacional de Saúde e a sociedade civil.

Estudante de Ciência Política na Universidade de Brasília (UnB), Marcelo Caetano, vice-presidente da Associação Brasileira de Homens Trans (ABHT), concorda: “O reconhecimento de que a população LGBT tem necessidades especiais de saúde já é um avanço”, observa. Mesmo identificando que há uma distância entre o que prevê a política nacional e sua efetivação, ele interpreta que sua existência indica que esta é uma realidade que está sendo incorporada às preocupações institucionais. “Não é algo tão estável, que funcione da melhor maneira, mas é um início”, opina. Para o ativista, a política representa um compromisso do Estado em atender as necessidades dos grupos. “É um respaldo, uma garantia e um instrumento para termos nossos direitos respeitados”, considera.

AVANÇOS

Kátia Souto informa que a busca por integralidade e cidadania tem pautado as ações já em curso da política nacional. Ela destaca a inclusão do cuidado com homens gays, homens trans e travestis no capítulo que trata de vulnerabilidades no *Caderno de atenção básica sobre a atenção integral da saúde do homem*, do Ministério da Saúde, e a produção de material de divulgação que visa fortalecer as orientações da política dentro do próprio SUS. São cartazes que informam, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que transexuais e travestis têm o direito de serem chamados pelo nome social no sistema, inclusive no Cartão Nacional de Saúde. Esses cartazes foram apresentados em 29 de janeiro, no *Dia Nacional da Visibilidade Trans* (*Radis* 126).

Uma das personagens que ilustra os cartazes é a técnica de enfermagem Fernanda Benvenutti, primeira transexual a atuar como conselheira nacional de Saúde. Fundadora da Associação das Travestis da Paraíba (Astrapa), ela confirma a necessidade da política nacional e a relevância da campanha. “Ainda há muita discriminação entre os profissionais de saúde, o que faz com que muitas pessoas deixem de procurar os serviços”, alerta.

Para a psicóloga Judit Lia Busanelo, diretora do Núcleo de DST do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids de São Paulo — onde funciona o Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais (ASITT), serviço considerado exemplar na concretização do que determina a política nacional (ver matéria na pág. 17) — esse é um dos principais ganhos da política LGBT: permitir que as pessoas sejam acolhidas e respeitadas nos centros de saúde, ouvidas em suas necessidades, sem precisar recorrer a automedicação, uso inadequado de hormônios (sem o acompanhamento médico adequado) ou compra de silicone industrial no mercado negro, por exemplo.

Presidente da Associação de Homossexuais do Acre (AHAC), Germano Marinho concorda que houve avanços, embora acredite que estes se restrinjam mais à política nacional de prevenção à aids e à garantia de cirurgia de mudança de sexo para transexuais. “Necessitamos melhorar muito a política de assistência em serviços no interior do Brasil”, reivindica. Avanços também são identificados pela professora Roselaine Dias, integrante da Liga Brasileira de Lésbicas (LBL), no Rio Grande do Sul. Ela relatou à *Radis* que a prefeitura de Porto Alegre garantiu a implementação de um protocolo de atendimento clínico de atenção às mulheres lésbicas, segundo ela, em decorrência da militância e das conferências municipais de Saúde, que recomendam, desde 2004, uma discussão mais apurada sobre a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais.

OBSTÁCULOS PERSISTEM

Presidente da Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT), o jornalista Carlos Magno Fonseca também reconhece conquistas para a saúde da comunidade LGBT em nível federal, mas alerta que ainda que há pouco conhecimento sobre as especificidades dessa população nos serviços de saúde. Fundador do Centro de Luta pela Livre Orientação Sexual de Minas Gerais (CELLOS-MG), ele relata que, em Belo Horizonte, com exceção da



FOTO: LARISSA CORREIQUES

Marcelo Caetano: reconhecimento de que a população LGBT tem necessidades especiais de saúde já é um avanço

GLOSSÁRIO

A seguir o significado de alguns termos que ainda deixam em dúvida quem não trabalha diretamente com a população LGBT.

Bissexuais Pessoas que se relacionam afetiva e sexualmente com outras de quaisquer dos sexos.

Gays Homens que se relacionam afetiva e sexualmente com outros homens; homossexuais.

Heterossexuais Pessoas que se relacionam afetiva e sexualmente com pessoas do sexo oposto ao seu.

Homofobia Violência e discriminação contra gays, lésbicas, travestis, transexuais, transgêneros e bissexuais.

Homossexualidade Atração afetiva e sexual de uma pessoa por outra do mesmo sexo. Não é sinônimo de homossexualismo, termo preconceituoso, uma vez que o sufixo *ismo* refere-se a doença, ao contrário de *dade*, que remete a modo de ser.

Lésbicas Mulheres que se relacionam afetiva e sexualmente com outras mulheres; homossexuais.

Opção sexual Expressão considerada incorreta, já que as pessoas não optam, conscientemente, por sua orientação sexual. O termo aceito é orientação sexual.

Orientação sexual Capacidade de cada pessoa de ter atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero, assim como ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas. Basicamente, há três orientações sexuais preponderantes: homossexualidade, heterossexualidade e bissexualidade.

Transgêneros Termo usado para identificar pessoas que nascem com um sexo biológico, mas se relacionam com o mundo como sendo de outro, como travestis e transexuais, entre outras categorias. ➔

Transexuais Homens e mulheres que não aceitam o sexo que apresentam anatomicamente. Embora tenham genitália externa e interna de um único sexo, identificam-se como sendo do sexo oposto. Geralmente buscam cirurgia de readequação genital.

Travestis Pessoas que assumem características físicas e psicossociais atribuídas ao sexo oposto, mas que não negam o sexo genital e anômico. Geralmente não se interessam pela cirurgia de readequação genital, mas modificam o corpo com o uso de hormônios e silicone ou com cirurgias plásticas.

Fontes: *Tá difícil falar sobre sexualidade na escola?* (Somos — Comunicação e Sexualidade) e *Manual de Comunicação LGBT* (ABGLT)



REPRODUÇÃO

Fernanda e a campanha na Paraíba: acesso a tratamentos específicos e também às práticas de atenção básica

política de enfrentamento às DST/aids, as temáticas homossexualidade e identidade de gênero continuam pouco debatidas e ignoradas nos serviços. “São praticamente inexistentes”, atesta.

Carlos Magno alerta que a Portaria 1.820/2009 do Ministério da Saúde, que determina o direito ao uso do nome social no SUS, não é respeitada: “Há um desconhecimento sobre essa iniciativa, importante para inclusão das travestis e transexuais”. Carlos Magno também identifica, em Minas Gerais, “a homofobia institucionalizada no sistema de Saúde” e recomenda que haja maior esforço para se alcançar qualidade no atendimento, redução de doenças e promoção da saúde integral.

“Não é só de cirurgia que precisamos”, adverte Fernanda Benvenuty. Ela lembra que travestis e transexuais precisam de tratamentos específicos, como a hormonoterapia, mas também de práticas de atenção básica, como odontologia, a fim de que esse público não deixe de procurar pelos serviços — o que certamente trará economia para o sistema. A ausência de uma lei que garanta a colocação de prótese segura pelo SUS, cita, faz com que muitas trans recorram ao uso do silicone industrial e acabem procurando o serviço de saúde já com sequelas avançadas pelo uso indevido.

Em Sergipe, diz Andrey Lemos, não há iniciativa oficial formalizada. Ex-coordenador do programa municipal de DST, Aids e Hepatites Virais de Aracaju, ele conta que, embora haja sensibilidade em alguns setores — como o ambulatório de HIV e aids do município, onde a população das travestis sofre menos intolerância — e um plano municipal de enfrentamento ao HIV/aids para a população LGBT, a prestação de serviços de saúde ainda não é universal, integral e equitativa. “Falta tudo”, diz, informando que, em abril, estava em criação um comitê para debater e implementar a política nacional no estado. “A população travesti e principalmente a transexual não tem acesso garantido em qualquer política estadual ou municipal”.

No Acre, persiste o desafio de se oferecer cirurgia de readequação sexual, informa Germano Marino. Ele lembra que na região Norte não há centro médico que realize essa cirurgia — no país, o procedimento é realizado pelo SUS somente no Rio Grande do Sul, em

São Paulo, Rio de Janeiro e Goiânia. Germano relata a dificuldade que as transexuais têm para procurar algum desses centros, dada a distância e as longas filas, aguardando atendimento. “A saúde necessita ampliar esse serviço no Brasil”, reclama o ativista.

INVISIBILIDADE

Se para todas as pessoas transexuais, a situação permanece problemática, como avalia Marcelo Caetano, para os homens trans, ainda há o problema da invisibilidade — inclusive na própria política — alerta o ativista. Segundo ele, o texto da política nacional ignora a questão do câncer ginecológico entre homens trans, só se referindo aos cânceres ginecológicos entre lésbicas e mulheres bissexuais e aos tumores de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais. Marcelo reconhece que o debate é recente e que já houve mudanças nos últimos cinco anos, mas alerta que as políticas específicas ainda são tímidas. A dificuldade de acesso às cirurgias de readequação persiste, mas no caso dos homens é ainda maior, já que a faloplastia (construção do pênis) ainda é considerada experimental, e a metoidioplastia (baseada no crescimento do clitóris) nem mesmo é mencionada nas portarias e regulamentações sobre o tema.

Roselaine Dias também se refere à invisibilidade das mulheres lésbicas nos serviços de saúde, a partir de dados levantados pela antropóloga Nádia Meinerz (UFRGS), em Porto Alegre, que deram origem à defesa do protocolo clínico específico



FOTO: ARQUIVO PESSOAL

Germano, do Acre: oferta de cirurgia de readequação sexual, restrita a quatro estados, precisa ser ampliada no país

para lésbicas e bissexuais. Segundo Roselaine, o levantamento demonstrou que os profissionais não sabiam como tratar a mulher que não tem relações heterossexuais, e registrou ainda relatos de violência institucional contra algumas mulheres que demonstraram sua homossexualidade.

HUMANIZAÇÃO E POLÍTICA

Mesmo depois da implementação do protocolo, ainda há relatos de discriminação no atendimento à população LGBT nos serviços de Porto Alegre, o que leva Roselaine a concluir que a questão também passa pela exigência de uma formação

ENTREVISTA / JEAN WYLLYS

‘Queremos direitos, não privilégios’

Jornalista, escritor, professor universitário e uma das principais vozes de defesa da comunidade LGBT no Legislativo, o deputado federal Jean Wyllys (PSOL/RJ) alerta que o fundamentalismo religioso é, hoje, o grande entrave à extensão da cidadania. Em entrevista à *Radis*, o integrante da Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados (CDHM) revelou o contexto da eleição do deputado Marco Feliciano (PSC/SP) para a presidência da comissão e falou sobre as dificuldades enfrentadas pela população LGBT no Congresso Nacional. Autor de projeto que garante o direito de toda pessoa ao reconhecimento de sua identidade de gênero, ele alertou para as consequências da falta de efetiva implementação da política nacional de saúde para a população LGBT.

A política nacional de saúde integral da população LGBT reconhece que as desigualdades vivenciadas por essas pessoas geram iniquidades em saúde. Como enfrentar essas dificuldades?

Há vontade de estabelecer uma política pública em âmbito nacional, pelo Ministério da Saúde,

e em âmbito estadual, no Rio de Janeiro. Mas há muito mais vontade do que uma política de fato, desenhada, com recursos garantidos para que ela aconteça. Não há política integrada ao sistema de saúde mais amplo. Somos tão acusados de querer privilégios, que temo que as pessoas interpretem que a comunidade LGBT quer um sistema de saúde próprio. O que queremos é uma política de saúde integrada à política mais ampla.

Quais as consequências da ausência dessa política na saúde?

Qualquer desigualdade gera impactos na saúde física e psíquica das pessoas. Sabemos o quanto as desigualdades sociais, raciais, as questões étnicas e a falta de uma política específica para a população afro-descendente tem gerado doenças específicas, da mesma maneira que as questões de gênero e de orientação sexual implicam impacto na saúde — não só o sofrimento psíquico que um homossexual masculino ou feminino sofre por não poder expressar sua identidade e seu desejo em uma sociedade homofóbica, mas também pelas questões biológicas.

O senhor pode dar exemplos desses impactos?

A vida nas cidades e a homofobia empurram homossexuais para uma sexualidade clandestina, praticada sem segurança, que incide em número maior de pessoas infectadas com o vírus HIV, sobretudo entre a população mais jovem. Nas instituições de Saúde

pública, há muita discriminação em relação a travestis e transexuais. Isso acaba alijando essas pessoas do direito à saúde, seja em momentos de trauma, quando são espancadas e aparecem feridas, seja na hormonoterapia, no uso do silicone industrial (porque não têm acesso a clínicas de cirurgia plástica), na falta de informações de referência para o trabalho de transgenitalização ou quando estão infectadas pelo HIV. O aumento da infecção por HIV entre jovens gays de 16 a 25 anos é uma prova de que a política de prevenção e a divulgação de informação não estão sendo executadas. O ministro [Alexandre] Padilha tem feito uma gestão elogiosa, mas está constrangido pela pressão parlamentar de uma bancada religiosa fundamentalista. Eles interpretam que levar informação para a população LGBT de maneira clara, reconhecendo sua existência e usando meios como a TV aberta, é proselitismo da homossexualidade, ou seja, incentiva a prática homossexual.

Que temas relacionadas à defesa dos direitos da população LGBT em discussão no Congresso Nacional enfrentam maior resistência?

Há grande resistência dos deputados em incorporar as questões de reivindicação da comunidade LGBT, da mesma maneira que acontece com a saúde indígena. É a dificuldade em reconhecer o cidadão em sua posição social e histórica, de pensar o cidadão em sua materialidade, levando em conta classe social, acesso a informação e bens de consumo, questões étnicas, regionais, de gênero e de orientação sexual. Depois de muita batalha, conseguimos garantir o

reconhecimento da juventude LGBT no texto do Estatuto da Juventude. Não se pode pensar em políticas de saúde para jovens, sem levar em conta que um homem gay de 15 a 28 anos é muito mais vulnerável à infecção pelo HIV do que um homem hetero.

Poderia citar outros projetos?

Protocolamos um projeto de lei sobre identidade de gênero, inspirado na lei [de 2012] aprovada na Argentina. Tentamos não só garantir às pessoas transexuais o uso do nome social, que tem impacto óbvio na saúde, mas também criar uma política de assistência às que querem passar pela transgenitalização. Queremos *despatologizar* a transexualidade, garantindo uma política de saúde voltada para ela. Não é doença, mas precisa de política específica, como a gravidez. Outro projeto é o de legalização do casamento igualitário (que tem impacto nas políticas previdenciárias, de plano de saúde etc.). Há ainda outros mais pontuais, como o que quer garantir direitos previdenciários.

E em relação à homofobia?

Há o PL 122/2006, que cria o tipo penal homofobia, que não existe no momento, e altera a Lei do Racismo (7.716/89), incluindo discriminação por idade, por deficiências, por orientação sexual e por expressão de gênero. O projeto ganhou o nome

FOTO: CRISTINA GALLO/AGÊNCIA SENADO | WIKICOMMONS





FOTO: ARQUIVO PESSOAL

Roselaine: crítica à invisibilidade e defesa de protocolo clínico específico para lésbicas e bissexuais nos serviços de saúde

mais qualificada dos quadros do SUS. “O que ainda falta para nós é a formação do profissional para o respeito e acolhimento”, disse. Germano Marino, Marcelo Caetano e Andrey Lemos têm a mesma opinião sobre a formação. “O Ministério da Saúde não tem condição de fiscalizar todos os atendimentos, e nem todas as pessoas têm acesso às informações sobre seus direitos”, justifica Marcelo.

Segundo Kátia Souto, está em elaboração, na Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnA-SUS), um módulo de educação a distância para profissionais de saúde da atenção básica. Está, ainda, prevista para o segundo semestre de 2013 a realização de um projeto de pesquisa, em parceria

com a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), sobre acesso e qualidade da atenção à saúde de LGBT no SUS.

Andrey defende que é preciso ocupar os espaços políticos, para que gestores tenham apoio da sociedade civil ao implementar políticas inovadoras. “Do contrário, o prefeito pode ter vontade, mas a base fundamentalista pode estar mais organizada e, aí, perdermos novamente”. Neste sentido, ele considera que a indicação do deputado Marco Feliciano (PSC/SP) para a Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados — considerado homofóbico e racista por conta de declarações públicas que fez contra homossexuais e negros (*Radis* 127) — é resultado de falta de articulação. “Estamos em todos os locais, menos nos espaços de poder”, avaliou.

“Estamos avançando no SUS, e com isso abrimos portas para o reconhecimento dessa população em outras políticas públicas”, diz Kátia Souto. Na avaliação de Germano Marino, o crescimento de um “parlamento religioso” tem impedido o avanço de qualquer projeto que assegure direitos civis à população LGBT. Marcelo Caetano chama atenção para a necessidade de se lutar por um Estado verdadeiramente laico, onde haja “respeito integral às diferenças”, sem que as políticas estatais sejam pautadas por convicções pessoais. Ele afirma que o Executivo tem exercido “papel fundamental nos retrocessos”, já que permitiu vetos do kit contra a homofobia e das campanhas de prevenção à aids (ver matéria na pág. 2 e *Radis* 115 e 123). “O Executivo está tomando lado, e não está sendo o das minorias, nem o do Estado laico”.

de criminalização da homofobia, mas vai além. Vivemos num país com uma população que se informa basicamente pelos meios de comunicação de massa e que desconhece que algumas pessoas têm menos direitos que outras, por conta de sua orientação sexual ou identidade de gênero. Hoje, um homossexual tem quase cem direitos a menos que um heterossexual. Quando reclamam por direitos, são acusados de querer privilégios.

Essa é a principal consequência da interferência dos grupos religiosos?

É, sim, e não interferem só na batalha legislativa. Estamos olhando demais para o Congresso e esquecendo que as Câmaras de Vereadores estão tomadas por pastores evangélicos fundamentalistas. Parte expressiva da Saúde Pública é oferecida pelo município. Os pastores fundamentalistas vêm agindo, sobretudo, na televisão, onde a grande maioria se informa. No Brasil, a população ainda é muito vulnerável ao assistencialismo das igrejas, que não muda a estrutura da sociedade, nem garante direitos, só fortalece o seu prestígio e tira dinheiro, por meio do dízimo. Uma política de cotas, por exemplo, não é vista como reparação a um mal causado historicamente, e sim como privilégio. O fundamentalismo religioso é, hoje, o grande entrave à extensão da cidadania.

Como analisa a eleição do deputado Marco Feliciano para a Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara?

Além das acusações de racismo e homofobia, ele

é acusado de exploração comercial da boa fé das pessoas mais pobres e de estelionato. Lamento que tenha assumido a presidência da CDHM, lamento o acordo político (envolvendo PT, PMDB, PSC) feito para garantir a comissão aos fundamentalistas religiosos. Esse movimento ocorreu com vistas a 2014, ano complicado em termos eleitorais, com a emergência da Marina Silva. Por ser evangélica, ela dialoga muito com essa população, que não é tão numerosa, mas vem crescendo. Foi uma forma de garantir à presidenta Dilma o apoio dessas igrejas, que por uma questão de identificação, poderiam ir naturalmente para a Marina. Com esse apoio, garante-se que o PSC e os pastores da Comissão, apoiem sua reeleição. Eles se apropriaram da Comissão para banir os temas ligados à diversidade sexual, às religiões de matriz africana e às demandas dos povos indígenas, dando aos direitos humanos uma perspectiva meramente assistencialista, de caridade.

Qual o contexto dessa articulação?

Há uma questão de fundo que é a disputa pública sobre a noção de direitos humanos. O que está se discutindo já acontece em nível internacional. Países como Libéria, Uganda e Irã criminalizam e punem a homossexualidade com prisão, trabalhos forçados ou pena de morte. Eles pressionam a ONU para que não levem em conta a discriminação homossexual como critério para impedir que eles ingressem nas Nações Unidas. Esses países querem separar os direitos LGBT dos Direitos Humanos. (A.D.L)

Atendimento integral, sem constrangimento, em São Paulo

“Aqui nós somos tratadas com respeito e não sofremos constrangimento”, conta a cabeleireira paulista Heloísa Aurora, usuária do Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais (ASITT) do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids (CRT) de São Paulo. Ela saiu de mais uma sessão de acompanhamento psicológico — necessário para transexuais que desejam se submeter à cirurgia de readequação sexual pelo SUS —, quando conversou com a reportagem de *Radis* sobre o atendimento prestado pelo serviço, pioneiro no Brasil. Ao seu lado, no jardim do CRT, a cozinheira Samira [que preferiu não informar o sobrenome] explica que não encontra o tratamento respeitoso em outras unidades de saúde, e enaltece a importância de ter acatado o seu direito de ser chamada pelo nome social. “Já passei muito constrangimento”, revela a brasileira, informando que foi no ASITT que recebeu as primeiras orientações para mudar seu nome no registro civil.

Além do tratamento psicológico, o ambulatório, criado pelo governo do estado de São Paulo em junho de 2009, com equipe multidisciplinar, oferece atendimento às especificidades de saúde de travestis e transexuais, diagnosticadas a partir de conversas entre a equipe do CRT, movimento LGBT e a equipe do Centro de Referência da Diversidade (CRD) da prefeitura paulistana. Desses encontros, foram levantadas demandas específicas, relacionadas a demora para se conseguir a cirurgia de readequação sexual, problemas causados pela falta de orientação sobre hormonoterapia para travestis e pelo uso de prótese de silicone industrial, necessidade de adequar a voz à nova identidade e dificuldade de acesso aos serviços por conta de preconceito, entre outras. Além delas, o ambulatório também oferece acompanhamento médico e odontológico que respeita as especificidades dessas pessoas.

Para a psicóloga Judit Lia Busanello, diretora do núcleo de DST do CRT, a principal marca do ASITT é o respeito à cidadania e à identidade de

gênero. Ela lembra que uma das primeiras orientações dadas à equipe foi garantir que respeitassem o uso do nome social de usuários e usuárias. “O simples fato de garantir esse respeito já facilita o acesso ao serviço à adesão aos demais tratamentos”, orienta. Ela explica que é comum transexuais e travestis se recusarem a ser atendidos quando são chamados pelo seu nome de registro. “Essa sensibilidade precisa ser melhor trabalhada com os profissionais do SUS”, recomenda.

Judit alerta que, apesar de o serviço ainda não ser ideal, traz ganhos para a Saúde Pública, já que desestimula tratamentos ofertados por clínicas clandestinas — tratamento hormonal, aplicação de silicone e até cirurgias plásticas — responsáveis por danos à saúde, muitas vezes irreversíveis. “Essas pessoas não precisam mais viver na clandestinidade, nem na saúde, nem em suas vidas”, diz. Ela considera importante que os profissionais de saúde estejam dispostos a ouvir, fazer o acolhimento sem julgamento. “Nossa missão, como servidores da Saúde, é promover saúde; como fazer isso? Escutando as pessoas. Ninguém vai a uma unidade de saúde se não precisa de ajuda”, observa. “Quando isso não acontece, o profissional gera doença ao invés de promover saúde”. Sobre as pressões externas, ela diz não se intimidar, e recomenda um antídoto: “Se você se propuser a fazer seu trabalho dentro dos princípios do SUS, não há pressão capaz de interferir”, assegura.

“O preconceito e a rejeição aparecem de maneira muito sutil”, considera a técnica de enfermagem Tais de Azevedo. Educadora e recepcionista do Centro de Referência da Diversidade — instituição parceira do ASITT desde sua fundação —, ela se refere aos episódios de discriminação que viveu na relação com profissionais de saúde. “Quando se presta atenção na vida, não há tempo para preconceito, nem contra as pessoas que não sabem lidar com os próprios preconceitos”, recomenda. Ela considera que o melhor remédio contra a discriminação é a informação, já que garante autoestima e a manutenção da saúde.



FOTOS: CAROLINA NIEMEYER



Samira (E) e Heloísa, no ambulatório de saúde integral: dificuldade de encontrar tratamento respeitoso em outras unidades de saúde



Judit: respeito a cidadania e identidade de gênero facilita acesso ao serviço e adesão aos demais tratamentos



Tais, que viveu episódios de discriminação na relação com profissionais de saúde: "mentalidade da saúde pública ainda mata"

Usuária do ASITT, Tais traz na bagagem as experiências de ter trabalhado, no fim dos anos 80 e início dos 90, ao lado da militante transexual brasileira Brenda Lee (1948-1996) — na casa de apoio em que acolhia pessoas soropositivas que saíam dos hospitais e não tinham para onde ir, muitas rejeitadas pelas famílias. Sem os antirretrovirais, a maioria morria rapidamente em decorrência da aids. Daquele tempo, guardou muitos ensinamentos. "Como manter uma pessoa saudável quando ela está só, sem amparo, sem respeito?", questiona. Ela considera que a falta de sensibilidade continua. "A mentalidade da saúde pública tem que mudar, porque mata as pessoas", alertou. O antidoto, defende, é investir na formação de profissionais que acolham as necessidades com respeito.

As recomendações de Tais estão em sintonia com o que oferece o CRD. Localizado na zona central de São Paulo, o centro — fruto de parceria entre o projeto Nós do Centro, da Secretaria de Ação Social do município de São Paulo e a ONG Pela Vidda — é o único na cidade com a proposta de atender as demandas de assistência social da população LGBT.

Curso de cabeleireiro, uma das formações profissionalizantes oferecidas pelo centro de referência

Tem parceria da rede de assistência social da prefeitura, serviços de saúde especializados como o ASITT e a Unidade Básica de Saúde da Barrafundada — que presta atendimento para travestis; encaminha pessoas para vagas de trabalho e busca inseri-las na vida escolar, oferecendo cursos de capacitação e oficinas de geração de renda. A maioria dos usuários é de travestis e e transexuais e em situação de rua.

Coordenador do CRD, o administrador Sérgio Rodrigues informa que a preocupação com a promoção à saúde está na base dos trabalhos que desenvolvem. A partir da experiência acumulada no centro, ele orienta que respeito e escuta são as palavras-chaves para acolher esta população nos serviços. Cabelereira nas horas vagas, Patrícia Borges tenta melhorar a renda aprimorando-se no curso profissionalizante oferecido pelo CRT. Auxiliar de serviços gerais em um shopping da capital paulista, ela diz se sentir acolhida no local e mais segura para conviver com a discriminação da sociedade. "Temos que enfrentar a sociedade todos os dias". (Adriano De Lavour. Fotos: Carolina Niemeyer)



Sergio, coordenador do CRT: preocupação com a promoção à saúde e respeito e escuta para acolher população LGBT

Diferenças nos sistemas da América do Sul

Livro aponta que metade dos países tem direito à saúde assegurado, mas noção de universalidade varia e financiamento ainda é desafio

Bruno Dominguez

Um continente, múltiplas formas de organização dos sistemas de saúde. É o que retrata o livro *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integridad y la equidad*, lançado em 2012 pelo Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (Isags), ainda sem versão em português (disponível para download em www.isags-unasur.org). A publicação apresenta um panorama dos sistemas de saúde dos 12 países que integram o Conselho de Saúde Sul-Americano da União de Nações Sul-Americanas (Unasul): Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela.

Coube a profissionais de cada um dos 12 ministérios da Saúde escrever sobre seus respectivos sistemas de saúde, a partir de um guia que incluía 11 dimensões, acordadas pelos países e discutidas em oficinas: Direitos sociais e saúde; Estrutura e organização do sistema de saúde; Situação da universalidade, integralidade e equidade; Financiamento; Macrogestão; Vigilância em saúde; Força de trabalho em saúde; Ação sobre os determinantes sociais da saúde; Insumos estratégicos para a saúde; Pesquisa e inovação em saúde e Cooperação em saúde.

"Buscamos um arcabouço que pudesse dar conta da amplitude e da complexidade que existem em um sistema de saúde", diz uma das organizadoras do livro, a chefe de gabinete do Isags, Mariana Faria — que integrou a equipe junto a Ligia Giovanella, pesquisadora da Fiocruz, Oscar Feo, consultor do Isags, e Sebastián Tobar, diretor de Relações Internacionais do Ministério da Saúde da Argentina. Os estudos analíticos sobre os documentos de cada país ainda estão em estágio inicial, contudo dois capítulos já contêm análises, explica Mariana. "Como avanços, estão apontados o fato de metade dos países da Unasul ter o direito à saúde assegurado constitucionalmente, garantirem participação social e debaterem os determinantes sociais da saúde; e desafios regionais comuns são a força de trabalho em saúde e o financiamento".

MARCO CONSTITUCIONAL

Seis dos 12 países consideram a saúde direito universal em sua Constituição — Bolívia, Brasil, Equador, Paraguai, Suriname e Venezuela. Mas os enfoques variam: "alguns países se referem a esse direito de modo geral, outros o relacionam

com os determinantes sociais da saúde e alguns acrescentam preocupação expressa do direito à saúde também como garantia de acesso aos serviços de saúde", avaliam Ligia Giovanella, Gabriela Ruiz, Oscar Feo, Sebastián Tobar e Mariana Faria, no capítulo *Sistemas de Salud en América del Sur*.

Durante reformas constitucionais recentes, assinalam os autores, países como Venezuela (1999), Bolívia (2009) e Equador (2008) tiveram a preocupação de incorporar a saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado — tal qual fez o Brasil em 1988.

Algumas constituições não tratam a saúde como direito, mas garantem a proteção da saúde. No Uruguai, a menção ao direito à saúde está em leis, e não na Constituição. E ainda há casos em que não existe qualquer referência à saúde como direito ou responsabilidade do Estado, como a Argentina.

UNIVERSALIDADE PENDENTE

Na prática, a constatação dos pesquisadores é que nenhum país da região tornou realidade o ideal de um sistema público, único e universal de saúde para todos os cidadãos. Nem mesmo o Brasil. "Em todos os países coexistem um setor público e um setor privado, com maior ou menor presença na organização do sistema, seja na prestação de serviços ou no asseguramento".

"Na América do Sul, diferentemente dos países europeus, a universalização da proteção social em saúde não se completou de modo uniforme. Embora em alguns casos a cobertura formal alcance toda a população, os sistemas, em geral, são fragmentados e segmentados", informa o texto. Mesmo com reformas recentes, a avaliação é de que ainda predominam sistemas com diversos subsistemas responsáveis pela proteção de grupos populacionais diferenciados segundo renda, inserção no trabalho ou característica biológica — "o que gera desigualdades". A segmentação do sistema, com coberturas distintas, é destacada como problema pela maioria dos países em seus documentos.



Publicação do Isags apresenta panorama dos sistemas de saúde dos 12 países do Conselho de Saúde Sul-Americano do Unasul

