

VI ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

GÊNERO, SEXUALIDADES E DIREITO I

RENATO DURO DIAS

SILVANA BELINE TAVARES

SAMIA MODA CIRINO

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria - CONPEDI

Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

Diretora Executiva - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini - UNIVEM/FMU - São Paulo

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Representante Discente: Prof. Dra. Sinara Lacerda Andrade - UNIMAR/FEPODI - São Paulo

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - ESDHC - Minas Gerais

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM - Rio de Janeiro

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - Ceará

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR - São Paulo

Secretarias

Relações Institucionais:

Prof. Dra. Daniela Marques De Moraes - UNB - Distrito Federal

Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM - São Paulo

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie - São Paulo

Comunicação:

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - Paraíba

Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro - UNOESC - Santa Catarina

Relações Internacionais para o Continente Americano:

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Relações Internacionais para os demais Continentes:

Prof. Dr. José Barroso Filho - ENAJUM

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - São Paulo

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicritiba - Paraná

Eventos:

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - Minas Gerais

Profa. Dra. Cinthia Obladen de Almendra Freitas - PUC - Paraná

Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS - Mato Grosso do Sul

Membro Nato - Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UMICAP - Pernambuco

G326

Gênero, sexualidades e direito I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Renato Duro Dias; Samia Moda Cirino; Silvana Beline Tavares – Florianópolis; CONPEDI, 2023.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-704-5

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Direito e Políticas Públicas na era digital

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Gênero. 3. Sexualidades e direito. VI Encontro Virtual do CONPEDI (1; 2023; Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



VI ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

GÊNERO, SEXUALIDADES E DIREITO I

Apresentação

O grupo de trabalho (GT) Gênero, Sexualidades e Direito I, realizado no VI Encontro Virtual do CONPEDI, cuja temática versou sobre Direito e Políticas Públicas na Era Digital, consolida-se como um importante espaço de debate do estado da arte dos estudos de gênero e sexualidade. A contribuição das pesquisas apresentadas e discutidas nesse grupo de trabalho não se limita a análises teóricas, mas se destaca, igualmente, por pesquisas empíricas sobre políticas públicas implementadas em diversas regiões do país para as pessoas vulnerabilizadas em razão do gênero e sexualidades em âmbitos variados, como saúde, educação, participação política, justiça reprodutiva, entre outros. Esses temas são abordados em diversas pesquisas intersectados por questões de raça, classe, deficiências, localização, conferindo contornos mais adequados à realidade brasileira.

Em “Famílias transparentais no Brasil: breves reflexões sobre direitos e desafios e a teoria do reconhecimento”, Luiz Geraldo do Carmo Gomes analisa a relação entre a teoria do reconhecimento e a luta pelos direitos LGBTQIAPN+, ressaltando a importância do valor jurídico do afeto na promoção dos direitos das pessoas trans e a questão da transparentalidade.

No trabalho “O direito das pessoas trans à educação e a educação como mecanismo de inclusão das pessoas trans”, Rayssa Rodrigues Meneghetti, Fabrício Veiga Costa e Naony Sousa Costa Martins reafirmam a educação como um direito social previsto constitucionalmente e analisam criticamente a necessidade de fornecimento dessa como oportunidade igualitária de prática da cidadania e acessibilidade para todos.

Lucy Souza Faccioli, Patricia Cristina Vasques De Souza Gorisch e Maria Fernanda Toffoli Castilho em “O direito preventivo na saúde de pessoas lgbtqia+”, afirmam que a saúde dessa população foi marginalizada e esquecida e trazem reflexões de acordo com a Política Nacional de Saúde Integral de 2009.

Amanda Netto Brum e Renato Duro Dias com o trabalho “O conceito do reconhecimento do direito das sexualidades a partir de Michel Foucault” analisam a reestruturação do conceito do reconhecimento do direito das sexualidades. Repensando-as para além do sistema discursivo de verdades construído na sociedade ocidental, para que, possa-se caminhar em direção à reestruturação e redefinição do conceito de reconhecimento do direito das sexualidades a partir de bases emancipatórias e plurais.

No trabalho “Desigualdade de gênero e política pública: reflexões acerca de um orçamento sensível ao gênero”, Urá Lobato Martins ressalta que dentro de um contexto de desigualdades em sociedades patriarcais e androcêntricas, questões de gênero sempre se revelam algo estruturante que repercutem em vários aspectos e analisa a desigualdade de gênero no âmbito orçamentário.

As gêmeas Bibiana Terra e Bianca Tito em “Entraves e avanços na trajetória das mulheres brasileiras na política: caminhos marcados por desigualdades e resistências” desenvolvem uma análise teórica, a partir da metodologia da pesquisa bibliográfica, acerca da trajetória das mulheres brasileiras na política, perpassando pelo momento da conquista do voto, pela implementação das cotas no sistema eleitoral brasileiro ressaltando que o Brasil passa a prever o crime de violência política de gênero.

Entendendo que não basta a publicação e a vigência de uma lei para garantir que determinado fenômeno seja de fato, extirpado, Rayssa Rodrigues Meneghetti, Naony Sousa Costa Martins e Fabrício Veiga Costa em “Violência política de gênero: análise da lei nº 14.192/2021 à luz da teoria da legislação simbólica” analisam o fenômeno da violência política de gênero – recentemente tipificado como crime no Brasil, à luz da teoria da legislação simbólica de Marcelo Neves.

A partir dos estudos de Donna Haraway e seu livro Manifesto Ciborgue, as autoras Samia Moda Cirino e Júlia Maria Feliciano em “Uma nova arena de lutas sociais: o ciberfeminismo” trazem a atual e necessária discussão sobre uso da internet como instrumento das militâncias feministas e a possível formação de uma Quarta Onda dos Feminismos, concluindo que no mundo digital existe uma nova esfera pública, uma ramificação no ciberespaço para comunicação, organização e militância, a qual proporciona aos feminismos do século XXI novos contornos e possibilidades.

Maira Kubik Taveira Mano e Eliane Vieira Lacerda Almeida em “Justiça reprodutiva: entre o público e o privado” contextualizam os direitos reprodutivos no âmbito doméstico, sob o prisma de direitos fundamentais e de justiça reprodutiva a partir do feminismo materialista no que diz respeito à opressão sofrida pelas mulheres decorrente de sua materialidade, de forma a desnaturalizar o fenômeno do aborto.

Em “Lei nº 13.104/2015: uma análise socioeconômica da aplicação da qualificadora de feminicídio no Brasil (2015-2020)” Jaíne Araújo Pereira, Gustavo Barbosa de Mesquita Batista e Marlene Helena De Oliveira França, ao estudar a relação entre feminicídio e

políticas públicas e avaliar os investimentos que foram feitos pelo governo brasileiro na área, investigam se os números de mortes violentas de mulheres, entre 2015 a 2020, foram convertidos em políticas públicas de enfrentamento a tais violências.

Mariana Oliveira de Sá com o trabalho “Liberdade de expressão e feminismo: uma análise do movimento da marcha das vadias” analisa o movimento feminista denominado de Marcha das Vadias e sua expressividade no Brasil, para demonstrar como o empoderamento feminino e a emancipação de seus corpos é importante atributo para a liberdade das mulheres e a busca pela igualdade.

No trabalho “O encarceramento feminino e novas práticas de acesso à justiça sob a perspectiva de gênero” Keit Diogo Gomes investiga como os estudos de gênero contribuem para a compreensão do crescimento do encarceramento feminino no Brasil, e, a influência da perspectiva de gênero, para novas práticas de acesso à justiça no Poder Judiciário.

Raissa Maria Fernandez Nascimento Aguilera e Evandro Borges Martins Bisneto em “O neoliberalismo como impedimento à concretização do quinto objetivo de desenvolvimento sustentável (ODS): uma análise sobre a divisão sexual do trabalho produtivo e reprodutivo” analisam as interpretações e as teorias de desenvolvimento quanto ao gênero diante da atual racionalidade neoliberal que perpetua a divisão sexual do trabalho, que invisibiliza as lutas das mulheres para melhores e iguais condições no trabalho produtivo e reprodutivo, criando um cenário que põe em dúvida a possibilidade e a capacidade de se alcançar um efetivo desenvolvimento incluyente, a partir dessa perspectiva.

A partir da comunicação social na sociedade contemporânea Diógenes Vicente Hassan Ribeiro e Sheila Fonseca Kovalski analisam a posição social da mulher com deficiência e suas complexidades, tendo como principal referencial teórico a teoria dos sistemas sociais de Niklas Luhmann com o trabalho “O sistema jurídico autodescritivo: uma análise acerca da vulnerabilidade social da mulher com deficiência”

Karen Beltrame Becker Fritz e Antonela Silveira De Grandi em “O trabalho feminino e a independência financeira no combate à violência doméstica” a partir da análise da dominação masculina nas relações sociais demonstram a relevância do trabalho feminino nas configurações sociais de nossa estrutura organizacional e o papel determinante da autonomia e independência financeira no combate ao ciclo de violência doméstica.

A partir da violência de gênero com destaque para a importunação sexual e o poder simbólico do patriarcado, Lorena Araujo Matos , Thiago Augusto Galeão De Azevedo e

Izabelly Sabriny Oliveira Nascimento em “Violência de gênero e poder simbólico: a naturalização social da importunação sexual a mulheres na sociedade brasileira” observam os mecanismos sociais vigentes que ocasionam uma naturalização da importunação sexual a mulheres brasileiras, a objetificação do corpo feminino e o posicionamento masculino como agente de dominação e controle.

Por fim, Marcella Do Amparo Monteiro com o trabalho “Violências de gênero permeadas nas varas de família: uma análise empírica” busca identificar se a violência de gênero além de estar presente no âmbito criminal também permeia as demandas familistas cíveis através da descrição das moralidades externadas nas audiências, as quais contribuem na manutenção de estereótipos socialmente naturalizados que ratificam a perpetuação da desigualdade, e o exercício da violência fundada no gênero.

Os artigos acima são excelentes fontes de pesquisa e contribuem para possíveis rupturas epistemológicas na própria ciência jurídica. Além disso, os resultados apresentados podem contribuir para instituir ou melhorar políticas públicas voltadas à superação da violência de gênero.

Renato Duro Dias

Samia Moda Cirino

Silvana Beline Tavares

O DIREITO PREVENTIVO NA SAÚDE DE PESSOAS LGBTQIA+.
THE PREVENTIVE RIGHT IN THE HEALTH OF LGBTQIA+ PEOPLE.

Lucy Souza Faccioli
Patricia Cristina Vasques De Souza Gorisch
Maria Fernanda Toffoli Castilho

Resumo

A orientação sexual, segundo a autora Modesto (2008), é a atração sexual e/ou emocional que uma pessoa sente por outra. Nossa orientação e desejo sexual, emocional e sentimental podem ser: para uma pessoa do sexo oposto, caso em que a pessoa é heterossexual; para uma pessoa do mesmo sexo, caso em que a pessoa é caracterizada como homossexual; ou para ambos os sexos, caso em que a pessoa é considerada bissexual. Esta conceituação é de grande importância para a abordagem da saúde da população LGBTQIA+, pois a falta de informação sobre qual orientação sexual e identidade de gênero realmente é vista e visível nos espaços institucionais diariamente, sendo a primeira a forma pela qual a sexualidade é vivenciada e pode ser caracterizada como homossexual, heterossexual ou bissexual; e a segunda o gênero com o qual nos identificamos, que é independente do sexo biológico com o qual nascemos. A saúde da população LGBTQIA+, por sua vez, foi durante muitas décadas marginalizada e esquecida porque este segmento da sociedade era considerado insignificante e insalubre. Este artigo fornece reflexões sobre a saúde da população LGBTQIA+, que, de acordo com a Política Nacional de Saúde Integral de 2009, apresenta formas específicas de doença e vulnerabilidade social.

Palavras-chave: Lgbtqia+, Saúde preventiva, Invisibilidade, Fobia institucional, Vulnerabilidade em saúde

Abstract/Resumen/Résumé

Sexual orientation, according to author Modesto (2008), is the sexual and/or emotional attraction that a person feels for another. Our sexual, emotional and sentimental orientation and desire can be: toward a person of the opposite sex, in which case the person is heterosexual; toward a person of the same sex, in which case the person is characterized as homosexual; or toward both sexes, in which case the person is considered bisexual. This conceptualization is of great importance for addressing the health of the LGBTQIA+ population, since the lack of information about what sexual orientation and gender identity really are is seen and visible in institutional spaces on a daily basis, the former being the way in which sexuality is experienced and can be characterized as homosexual, heterosexual, or bisexual; and the latter being the gender with which we identify ourselves, which is independent of the biological sex we were born with. The health of the LGBTQIA+ population, in turn, was for many decades marginalized and forgotten because this segment

of society was considered insignificant and unhealthy. This article provides reflections on the health of the LGBTQIA+ population, which, according to the 2009 National Comprehensive Health Policy, presents specific forms of disease and social vulnerability

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Lgbtqia+, Preventive health, Invisibility, Institutional phobia, Health vulnerability

INTRODUÇÃO

Uma meta-análise de 25 estudos internacionais concluiu que homens gays e bissexuais têm quatro vezes mais probabilidade de relatar tentativas de suicídio do que homens heterossexuais, e mulheres lésbicas e bissexuais têm duas vezes mais probabilidade de tentar o suicídio do que mulheres heterossexuais (HASS e LANE, 2015). Por sua vez, as estimativas desta tentativa excedem 30% entre os transgêneros, bem acima dos 8,7% encontrados na população cisgênero (ROOD et al, 2015). Remy et al (2017) mostraram que entre os 240 sujeitos incluídos em suas pesquisas, a prevalência de sintomas depressivos nos últimos 12 meses no grupo não-heterossexual foi 37% maior do que no grupo heterossexual, sugerindo que estratégias devem ser desenvolvidas para avaliar e atender às necessidades individuais, e que as abordagens de tratamento devem ser adaptadas aos sintomas depressivos em jovens usuários de drogas não-heterossexuais.

Complicando o problema, as práticas homoafetivas continuam ilegais em 78 países, e em cinco deles são puníveis com a pena de morte. No Brasil, de acordo com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, em 2012 houve aproximadamente 27 reclamações por dia relacionadas à discriminação de gênero, destacando que os dados poderiam ser ainda mais alarmantes devido à subnotificação (MAGNO et al, 2017). Deve-se notar que até o século XIX, pessoas do mesmo sexo biológico tinham relações sexuais e eróticas, mas não eram chamadas homossexuais e, portanto, não se sentiam como tal. Assim, existiam práticas homoeróticas, mas a homossexualidade e a heterossexualidade não existiam como formas distintas de vivenciar a sexualidade humana (DIETER, 2011).

A necessidade de uma política de saúde para a população LGBTQIA+ já havia sido destacada e formalizada no Brasil em 2004, quando o "Brasil sem Homofobia (BSH)" - um programa de combate à violência e à discriminação contra pessoas LGBTQIA+ e de promoção da cidadania - foi desenvolvido e apresentado. Este programa do governo federal esteve no centro das políticas públicas destinadas à população interessada, com o objetivo de combater o preconceito e a intolerância, que resultam na desigualdade e na falta de garantia dos direitos fundamentais de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais (PERUCCHI et al, 2014).

Inicialmente, o Brasil sem Homofobia (BSH) se concentrava mais em questões de violência física e assassinatos de homossexuais. Entretanto, logo investiu outros temas, como cidadania, problematizando a questão da desigualdade de direitos, identificada no próprio título da BSH, o que representou um passo adiante no tratamento do governo da

questão e da agenda LGBTQIA+ a partir de uma perspectiva de justiça social (PERUCCHI et al, 2014).

Vale ressaltar que esta política destaca em seus capítulos V e VI o direito à educação e o direito à saúde, consolidando a igualdade de cuidados e tratamentos. O direito à saúde, por sua vez, levou ao lançamento em 2010, pelo Ministério da Saúde, da Política Nacional de Atenção Integral à População LGBTQIA+, que se baseia na implementação de ações destinadas a eliminar a discriminação contra lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis, e estabelece que este deve ser um compromisso ético-político para todos os órgãos do SUS, seus gerentes, assessores, técnicos e trabalhadores da saúde (MAGNO, 2017).

Apesar do que esta política defende, ainda há pouco interesse e incentivo para que as diferentes esferas de gestão e profissionais de saúde discutam a questão nos diferentes setores. Neste contexto, a atenção primária à saúde, que é o primeiro contato entre o cidadão e o sistema de saúde e cujos pilares são a atenção integral e a continuidade dos cuidados, é considerada uma estrutura apropriada para ações de educação em saúde (MAGNO, 2017). Assim, o principal objetivo do presente artigo é estudar a necessidade de criação e manutenção de uma rede de direito de saúde preventiva à essa minoria, tendo em vista a situação de desproteção à qual se encontram atualmente. Desta forma, o presente trabalho buscar responder o seguinte problema de pesquisa: Ao fazer da equidade um foco central, ela é respeitada como um princípio doutrinário do SUS? As necessidades "desiguais" são tratadas de forma desigual ou negligenciadas?

Neste cenário, o papel do trabalhador comunitário de saúde aparece como um elemento fundamental, o elo que liga diretamente a comunidade à equipe de saúde, e que deve estar bem informado e orientado para abordar e acolher os pacientes LGBTQIA+. Esta prática ainda é subdesenvolvida e pouco priorizada nos cuidados primários, onde estes profissionais recebem pouco treinamento em comparação com outros tópicos, como programas de hipertensão e diabetes, cuidados pré-natais ou vacinação. Assim, este estudo visa contribuir para a literatura científica, investigando o direito à saúde preventiva dos homens gays, que tem sido negligenciado no desenvolvimento de políticas públicas (MAGNO, 2017). Para tanto, partiremos dos seguintes questionamentos: Quais são as principais medidas de saúde preventiva recomendadas para a população LGBTQIA+? Como a educação em saúde pode ajudar na prevenção de doenças e problemas de saúde na comunidade LGBTQIA+? Quais são as medidas preventivas para as doenças sexualmente transmissíveis para a população LGBTQIA+?

O presente trabalho, na sua parte metodológica de pesquisa é composto, quanto ao

seu objetivo, como pesquisa exploratória e discursiva. As pesquisas exploratórias tem como principal objetivo desenvolver, esclarecer e discutir conceitos e ideias já existentes dentro das academias, buscando a formulação de problemas passíveis de estudos posteriores (GIL, 2008).

2. DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

Os direitos fundamentais são os direitos individuais, direitos coletivos, direitos sociais, direitos de nacionalidade e direitos políticos e relacionados à partidos políticos e são, atualmente, previstos nos artigos 5º e 6º da CF, *in verbis*:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade(...).

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição

Os direitos fundamentais têm como foco a garantia de posição jurídica subjetiva aos indivíduos (de natureza material ou processual) que conseqüentemente limite o poder de atuação estatal. Considera-se, portanto, cada direito fundamental provido de direito público subjetivo – direito individual que vincula o Estado.

A evolução histórica, como a evolução científica, tecnológica, social e econômica, também tem seu desenvolvimento lento e gradual, moldado pela experiência humana na sociedade, por isso, para entender a relevância atual, tentamos encontrar evidências da existência de certas leis na sociedade já em períodos antigos, medievais e no início dos tempos modernos. Flavia Bahia (2017, p. 107):

De acordo com a sua natureza histórica, os direitos foram sendo garantidos pelos ordenamentos jurídicos de maneira gradual. Em alguns momentos, receberam tratamento jurídico adequado e á altura de sua natureza e importância; em outros, foram completamente desconsiderados, como durante o período das grandes guerras mundiais.

O primeiro passo para a consolidação dos direitos humanos data da antiguidade, entre os séculos VII e II a.C. (RAMOS, p. 26), quando a primeira codificação assim entendida, a codificação de Menes, apareceu no antigo Egito. Quando a primeira codificação assim

entendida, a codificação de Menes, apareceu no antigo Egito. Já naquela época o rei babilônico Hamurabi emitiu o Código de Hamurabi, que é considerado o primeiro código de regras de conduta, que prevê os direitos do indivíduo (1792-1750 AC), especialmente os direitos à vida, propriedade, honra, perpetuação dos costumes e extensão da lei a todos os súditos do império. Por outro lado, o código estabeleceu a lei taliônica, que assumiu a reciprocidade no tratamento dos crimes (o infrator tinha que receber a mesma ofensa) (RAMOS, 2002).

A partir da segunda metade da Idade Média, os documentos escritos começaram a proliferar (se espalhar) que reconheciam os direitos de certas propriedades (tribunais e congressos), certas comunidades (nunca de toda a nação) através de forais (cartas de soberania concedendo certos privilégios) ou cartas de franquia (MARTINS, 2012).

Entre esses documentos destacam-se a Carta Magna assinada por João sem Terra no século VII, a pressão exercida pelos barões à medida que as exigências fiscais aumentavam para financiar campanhas bíblicas, e a pressão exercida pela Igreja para que o rei se submetesse à autoridade papal. Este documento concedeu vários direitos - liberdade de ir e vir, sem impostos, etc (PAGLIARINI, 2012).

Com a ascensão do Estado moderno veio a centralização do poder político, as leis tornaram-se iguais para todos os reinos, as mentalidades mudaram, os fenômenos começaram a ser explicados cientificamente, em termos de razão e não apenas religião, a globalização cultural ocorreu (MARTINS, 2012).

Desta forma, foi criado o Estado moderno, associado a uma nova classe burguesa que precisava de poder absoluto e único para desenvolver suas atividades com segurança, eliminando gradualmente a sociedade estatista e criando uma nova sociedade na qual o indivíduo começava a favorecer o grupo. A partir deste ponto, os direitos humanos passaram a ser um tema de luta. Para ajudar a compreender a gênese dos direitos humanos, a doutrina os divide em três gerações (FERNANDES, 2017).

A primeira geração é o direito fundamental à liberdade, conhecido coletivamente como direitos civis e políticos. Consistentes com o individualismo liberal-burguês que surgiu nos séculos XVII e XVIII, os direitos que o compõem tipicamente impõem obrigações negativas ao Estado, ou seja, restrição em vez de interferência, e têm o significado de "liberdade de" em vez de "direito de". Estes são direitos individuais, embora alguns sejam exercidos por grupos de indivíduos (FERNANDES, 2017).

Esta geração inclui direitos à vida, liberdade, segurança, não discriminação racial, propriedade privada, privacidade e sigilo das comunicações, devido processo legal, abrigo da

perseguição política e direitos ao culto, religião, consciência, opinião, expressão, associação e reunião pacífica, movimento, residência, participação política diretamente ou através das urnas (MARTINS, 2012).

Isto deu origem aos direitos civis e políticos, incluindo os direitos à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade formal, às liberdades coletivas de expressão, ao direito à participação política e a certas garantias processuais, que são as principais conquistas da primeira geração de direitos. (MARRONI, 2011).

A segunda geração é a igualdade de direitos, ou direitos sociais, econômicos e culturais. Estes incluem o direito à seguridade social, o direito ao trabalho e à proteção contra o desemprego, o direito ao lazer e ao tempo livre, incluindo férias pagas, o direito a um padrão de vida que garanta a saúde e o bem-estar do indivíduo e da família, o direito à educação, à propriedade intelectual e o direito à liberdade de escolha de profissão e associação (FERNANDES, 2017).

Os direitos sociais contribuíram para o reconhecimento de que, na busca de uma realidade social mais rica e aberta à participação criativa e ao desenvolvimento pessoal, é tão importante proteger o indivíduo quanto proteger as instituições. Isto é característico do surgimento de uma nova concepção de direitos fundamentais, ligados a valores sociais que exigem uma realização concreta, tornando o Estado um artesão e intermediário que desempenha um papel fundamental na realização destes direitos. (BONAVIDES, 2008)

A terceira geração de direitos é o direito à fraternidade ou à solidariedade. Os direitos básicos da terceira geração são o direito à paz, o direito ao desenvolvimento sustentável, o direito à propriedade comum do patrimônio comum da humanidade, e o direito ao meio ambiente. Como observa Bonavides (2008, p. 569), "[...] os direitos de terceira geração não são dirigidos especificamente à proteção do indivíduo, [...] eles são dirigidos à própria humanidade; eles são a expressão do momento de sua afirmação como o valor mais alto em termos de existência concreta".

Os direitos sociais fazem parte de um dos pilares da geração dos direitos fundamentais, divididos da seguinte forma: a primeira geração (o direito à liberdade) tem o indivíduo como seu usuário e existe um certo direito de negar ou opor-se ao Estado; a segunda geração, que inclui mais direitos de natureza benevolente e pode ser indicada como um ponto de inflexão nesta nova fase do desenvolvimento dos direitos fundamentais. A terceira geração é o direito à solidariedade e à fraternidade, que inclui o direito a um ambiente ecologicamente sustentável, qualidade de vida, progresso, paz, etc. SARLET (2013, p. 166)

argumenta que, para que os direitos sociais se tornem realidade, é necessário que o legislativo e o executivo atuem em conjunto, portanto:

Os direitos sociais exigem uma atuação positiva do legislador e do Executivo no sentido de implementar a prestação que constitui objeto do direito fundamental, assim, os direitos sociais e suas prestações encontram-se vinculados às tarefas de melhoria, distribuição e redistribuição dos recursos existentes, bem como a criação de bens essenciais não disponíveis para todos os que deles necessitem.

Assim não é suficiente que os direitos sociais sejam apenas cartas política crivado na Lei mãe, é fundamental que o Estado arque com o que for preciso para o cumprimento dessas garantias Constitucionais. O direito à saúde é um direito relevante pois está atrelado diretamente a vida, sendo fundamental que seja efetivado pelo Estado (MARTINS, 2012).

2.1 DO DIREITO À SAÚDE

A Constituição de 1988 trouxe um marco revolucionário no ordenamento jurídico brasileiro no que se refere ao seu Capítulo II, denominado como Direitos Sociais, sendo o primeiro a prever expressamente o direito a saúde com o aspecto fundamental que necessitava. Nesse sentido, SEVERO e JUNIOR (2007, p. 69) lecionam que:

O título II da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) é uma das principais partes da Constituição, pois consagra a tábua de direitos e deveres fundamentais que a comunidade política brasileira reconhece, dentro outros direitos humanos, e assume o compromisso de, conjuntamente com cada um de seus integrantes, possibilitar ao máximo a vivência efetiva e equitativa, bem como a garantia do exercício harmônico de cada um destes direitos e deveres.

É importante destacar que a Carta Magna de 1988 trouxe um novo conceito sobre saúde, não sendo mais vista apenas como a ausência de doenças e sim elaborada sob uma nova perspectiva, abrangendo o bem-estar físico, mental e social do indivíduo, para que este possa conviver com as mínimas condições de dignidade, conforme os preceitos constitucionais (CEDENHO, 2016).

No que se refere à seara competencial, a Constituição definiu que a competência deveria ser algo comum entre os três entes, quais sejam: União, Estados e Municípios, e que estes têm como obrigação, zelar pela saúde dos indivíduos, inclusive aqueles que sejam portadores de necessidades especiais e necessitam de atendimento exclusivo (DA SILVA, 2007).

O desejo do constituinte em dar efetividade à competência comum em relação aos entes federativos tem o escopo de evitar omissões por parte de algum deles para que sejam complementadas em razão de uma melhor prestação de serviços públicos na área da saúde para todos os cidadãos (DA SILVA, 2007).

Torna necessário destacar que o serviço da saúde em nosso país nada mais é do que uma contraprestação em que os Municípios, Estados e União devem fornecer aos cidadãos, visto que esse direito é custeado por toda a sociedade independente de sexo, idade, cultura, profissão, origem e rendimentos. Nesse viés, o autor Schwartz (2001, P. 97), afirma com base na Constituição Federal, que caberá ao Estado a responsabilidade de assegurar o direito à vida a todos os cidadãos,

No referido artigo, encontramos também que o dever do Estado em relação à saúde deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas. Aqui estamos diante de um Estado Interventor, e, também, diante da primazia da ação estatal positiva na defesa do direito à saúde- e jamais da inércia- e conectando-se, essencialmente, à ideia de um direito social da saúde.

Assim sendo, a Constituição Federal delineou todo o caminho que o Estado deverá seguir para que haja a promoção de programas, ações sociais e serviços públicos de qualidade, com o objetivo de garantir a todos os cidadãos um atendimento igualitário (CEDENHO, 2016).

3. MINORIAS SEXUAIS E OS GRUPOS VULNERÁVEIS

A sociedade é formada por pessoas ligadas por características físicas, culturais, sociais, econômicas e religiosas que, devido à sua vulnerabilidade social, não têm voz e precisam de proteção especial dos direitos humanos. Assim, a democracia poderia ser conceitualizada como a vontade da maioria, mas esta seria apenas uma visão quantitativa, já que qualitativamente a democracia é a regra das minorias, pois somente em uma democracia pode e deve as minorias serem ouvidas (BAYLÃO, 2000).

Na doutrina, os marginalizados, sem voz e sem voz são às vezes tratados como grupos vulneráveis - cujos direitos humanos são mais facilmente violados - e às vezes chamados de minorias - considerados inferiores e discriminados pelos grupos majoritários (BAYLÃO, 2000).

Assim, de acordo com Anjos Filho (2008), as minorias podem ser classificadas como grupos vulneráveis em um sentido amplo. Assim, grupos vulneráveis em um sentido amplo seriam um gênero ao qual pertencem pessoas com deficiências, idosos, mulheres,

homossexuais, moradores de favelas, crianças, minorias étnicas, religiosas e linguísticas, índios, entre outros. Estes grupos vulneráveis, no sentido amplo, seriam divididos em duas espécies: minorias e grupos vulneráveis no sentido restrito.

Deve-se notar que as minorias sempre estiveram presentes em todas as sociedades e, no Brasil em particular, através de uma cultura de escravos. Desde a colonização portuguesa, foi utilizada mão-de-obra indígena, depois escravos negros e, no início do século passado, imigrantes. Entretanto, a questão das minorias começou a ser tratada pela Liga das Nações no período entre guerras, principalmente por causa das atrocidades cometidas durante a Segunda Guerra Mundial, com o reconhecimento da dignidade da pessoa humana (MATTAR, 2008).

Assim, diante da necessidade de um sistema internacional de proteção dos direitos humanos para minorias, baseado na dignidade da pessoa humana, que é o fundamento de qualquer sistema jurídico pós-positivista, a ONU ainda não conseguiu alcançar um denominador comum satisfatório para todos sobre uma definição clara de minorias. No Brasil, o Supremo Tribunal Federal entende que o aspecto quantitativo não é central na definição de minorias, pois a proteção legal dos grupos minoritários deve levar em conta o tratamento desigual e discriminatório dessas pessoas (SILVA JUNIOR, 2013)

O elemento quantitativo se baseia na suposição de que os grupos majoritários numericamente não precisam de proteção especial, de modo que nem todos os grupos numericamente menores precisam ser protegidos. O elemento nacionalidade sofreu algumas mudanças, pois costumava levar em conta a nacionalidade ou o status de cidadania como condição de minoria. O Comitê de Direitos Humanos, interpretando o Artigo 27 do Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, reconhece os direitos dos grupos minoritários dentro das fronteiras territoriais, sejam eles cidadãos ou nacionais (SILVA JUNIOR, 2013).

Não dominação significa que o grupo minoritário, para ter direito a proteção especial, não pode estar em uma posição de domínio no processo político. Grupos que exercem o poder político, mesmo que numericamente pequenos, têm uma posição de destaque na sociedade. Além disso, o elemento subjetivo da solidariedade significa uma vontade coletiva das pessoas pertencentes ao grupo de preservar as características que as distinguem das outras pessoas, ou seja, a preservação do elemento diferenciador (SOUZA, 2009).

Um exemplo de um grupo vulnerável no sentido estrito, não composto de nacionais, mas que requer proteção especial dos direitos humanos, é o dos trabalhadores migrantes. Por outro lado, aqueles que têm domínio político, mesmo que numericamente inferior, não são considerados vulneráveis porque são elites político-econômicas. Do ponto de vista antropológico, o status de minoria é derivado da relação de dominação e subordinação.

Assim, a maioria é o grupo dominante, enquanto a minoria é o grupo dominado (SOUZA, 2009).

Segundo a interpretação do Minhoto (2013), as pessoas LGBTQIA+ apresentam as características das minorias, a saber: a incapacidade de se protegerem; a necessidade de proteção especial do Estado; a vulnerabilidade social; a distância da norma hegemônica; e a opressão social.

Neste sentido, é inegável que a categoria de pessoas pertencentes a esta minoria sexual chamada LGBTQIA+ precisa de maior proteção do Estado para promover a igualdade substantiva, com políticas públicas de discriminação positiva devido ao estigma social que sofrem, já que muitas vezes são vítimas de violência física e psicológica (MATTAR, 2008).

4. POLITICAS DE ASSSITÊNCIAS À SAÚDE LGBTQIA+

O direito à saúde para todos no Brasil foi garantido pela luta do movimento de reforma sanitária e é garantido pela Constituição de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde - SUS. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde é vista não apenas como a ausência de doenças, mas também como um completo bem-estar físico, mental e social. Esta utopia, segundo Victoria et al (2000), reflete o fato de que a saúde e a doença devem ser analisadas em nível coletivo, pensando nas relações dos indivíduos na sociedade e no mundo em que eles vivem. É, portanto, um processo que varia de cultura para cultura.

Embora o direito à saúde tenha sido garantido pela Constituição Federal em 1988, alguns direitos não são plenamente experimentados por certos indivíduos e grupos populacionais, tais como a população lésbica, gay, bissexual, travesti, transexual e transgênero (LGBTQIA+). Os movimentos LGBTQIA+ já estavam presentes no contexto político, mas a integração da questão da saúde da população homossexual, especialmente a homossexualidade feminina, na agenda da saúde só começou a ser visível no Brasil na década de 90, devido aos movimentos sociais e ao contexto político que caracterizou os anos 80 no país e também em outros países (BARBOSA e FACCHINI, 2006).

Os movimentos lutaram pelo desenvolvimento de políticas de saúde para atender às necessidades específicas deste grupo populacional. No período de quase quatro décadas, as lutas continuam a ser elaboradas e retrabalhadas a partir de uma perspectiva político-programática e buscando dar visibilidade e fortalecer a inclusão de diversas populações dentro do sistema de saúde. Em 2004, o governo lançou a iniciativa "Brasil sem Homofobia - Programa contra a violência e a discriminação contra LGBTQIA+". O programa envolveu a sociedade civil e visou desenvolver políticas, programas e ações anti-discriminatórias para

promover a equidade no acesso aos serviços públicos (BRASIL, 2013).

Da mesma forma, em 2006, o Ministério da Saúde publicou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que reconhece os direitos e deveres dos usuários do sistema unificado de saúde e considera as especificidades de diferentes grupos sociais no Brasil (BRASIL, 2013).

Após este desenvolvimento, a 13^a Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 2007 e foi um marco importante, pois incluiu questões de orientação sexual e identidade de gênero como determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2013), ampliando assim as estruturas teóricas e programáticas relacionadas à saúde da população.

A questão continuou a crescer na agenda ministerial e nos próprios movimentos sociais, de modo que em 2008 o Ministério da Saúde publicou o programa Mais Saúde - Direito de Todos, que também procurou incluir ações para enfrentar as desigualdades de grupos populacionais como negros, populações LGBTQIA+, entre outros, com o objetivo de reorganizar as políticas de saúde e ampliar o acesso aos serviços e dar visibilidade a grupos que tradicionalmente têm Estado à margem das políticas públicas. E, de forma mais estruturada e como resultado do programa Mais Saúde - Direito de Todos, foi definida a política Lésbica, Gay, Bissexual e Transgênero (LGBTQIA+), com o objetivo de reconhecer os efeitos da discriminação e exclusão no processo saúde/doença e reduzir as desigualdades relacionadas à saúde desses grupos mais vulneráveis (BRASIL, 2013).

E ao longo dos anos, a questão continuou a ser debatida, políticas foram criadas e novas práticas de saúde LGBTQIA+ foram implementadas. Entretanto, estas políticas também são vistas como uma utopia para esta população que, ao buscar serviços de saúde, em meados de 2019, ainda experimenta preconceito institucional, desrespeito ao nome social, colocando o usuário em uma situação vexatória; aparência julgadora e pouca ou nenhuma informação para o usuário. Estas são apenas algumas das inúmeras barreiras enfrentadas pelos buscadores de serviços de saúde quando lidam com a população LGBTQIA+ (VALADÃO e GOMES, 2010).

Valadão e Gomes (2010) argumentam que além de atender às demandas de saúde, é necessário desconstruir a invisibilidade e a exclusão que ainda existe em relação a este grupo populacional. Invisibilidade que permanece, pois eles não podem deixar de ser julgadores, sempre atribuindo nomes e adjetivos pejorativamente quando se referem a um usuário SUS que faz parte da população LGBTQIA+. Ao fazer da equidade um foco central, ela é respeitada como um princípio doutrinário do SUS? As necessidades "desiguais" são tratadas de forma desigual ou negligenciadas? A necessidade de equiparar os cuidados aos usuários do Sistema Único de Saúde que fazem parte da população LGBTQIA+ será abordada no

próximo tópico.

5. O NECESSIDADE DO DIREITO PREVENTIVO NA SAÚDE DE PESSOAS LGBTQIA+

Assim, considerando os dados apresentados no tema anterior, é possível observar uma evolução do contexto brasileiro relacionado ao grupo LGBTQIA+. A primeira refere-se à eliminação do termo homossexualidade das terminologias de saúde, dando clareza ao caráter não patológico das relações homoeróticas. Lionço (2008) menciona este processo em seu artigo. O autor também cita a Resolução 01/99, do Conselho Federal de Psicologia (FCP/1999), que orienta os psicólogos a lidar com a diversidade sexual sem preconceitos, discriminação e julgamento. Também discute a Resolução 489/2006, do Conselho Federal de Trabalho Social, que proíbe reações discriminatórias baseadas na orientação sexual e identidade de gênero na prática profissional do trabalho social.

Melo et al (2011) destacam uma importante limitação para a eficácia dos programas e políticas LGBTQIA+: a falta de previsão orçamentária para a implementação das ações previstas nos planos, e complementam isso afirmando que a escassez e mesmo a ausência de recursos revelam as ações como difíceis de serem alcançadas.

Assim, observa-se que, apesar das políticas e programas LGBTQIA+ terem boas perspectivas, a realização de propostas e ações continua sendo uma tarefa difícil e desafiadora. Melo et al (2011) corroboram esta ideia afirmando que, apesar da existência de vários projetos, programas e outros compromissos do governo federal, relacionados com a questão da saúde LGBTQIA+, o que podemos ver é que ainda existem vários obstáculos em relação à eficácia das propostas do governo.

Dois obstáculos, que podem ser considerados ampliados neste contexto, são a homofobia e a heteronormatividade institucional. Assim, Lionço (2008) explica que o processo de implementação de serviços não discriminatórios no campo da saúde enfrenta vários obstáculos em uma sociedade onde a heterossexualidade é configurada como uma norma generalizada e reverenciada.

Melo et al (2011) encontraram nos discursos de seus temas de pesquisa discursos que reconhecem recorrentemente a presença de cuidados discriminatórios nos serviços de saúde do país, indicando o longo caminho a percorrer para conscientizar o pessoal de saúde sobre as consequências individuais e sociais da homofobia.

Neste sentido, as reformulações dos espaços de saúde para a inclusão da população LGBTQIA+ também dependem de transformações na forma de pensar e agir dos profissionais

de saúde. Questões culturais derivadas da norma heteronormativa influenciam, de forma subjetiva, o cuidado dos profissionais de saúde, levando-os a assistir todos os usuários como se fossem heterossexuais, gerando graves situações de discriminação e preconceito para com lésbicas, pertencentes ao grupo dos LGBTQIA+, bissexuais, travestis e transexuais (CARDOSO; FERRO, 2012).

Portanto, a conscientização dos profissionais de saúde sobre o cuidado sem preconceitos e sem julgamento é um dos temas mais recorrentes nos planos, programas e outros documentos que apresentam as diretrizes, objetivos e metas das políticas de saúde pública formuladas para o público LGBTQIA+ (MELO et al., 2011). Assim, é necessário que os profissionais de saúde desenvolvam maior proximidade com as políticas públicas e os problemas específicos da população LGBTQIA+, a fim de qualificar os serviços prestados por seus diferentes setores (LIONÇO, 2008).

Assim, é necessário que os princípios de universalidade, abrangência e equidade, constitutivos do SUS, sejam materializados em políticas públicas que favoreçam o enfrentamento das consequências excludentes da homofobia e da heteronormatividade. Caso contrário, continuarão a existir barreiras simbólicas, morais e estéticas que impedem a população LGBTQIA+ de ter acesso a serviços de saúde de qualidade (MELO et al., 2011).

CONCLUSÕES

Há um padrão recorrente de omissão, conviência com atitudes discriminatórias e até mesmo acordo expresso com o ataque à dignidade das pessoas LGBTQIA+, em vez de promover a harmonização da coexistência com as diferenças. Com relação à saúde dos travestis e transexuais, há também um cenário de conflito e tensão. Portanto, recomenda-se que os funcionários e profissionais de saúde que trabalham não apenas na prevenção e tratamento do HIV/AIDS, mas também nas políticas de saúde, levem em conta as especificidades deste segmento.

Travestis e transexuais estão presentes em hospitais, clínicas e serviços de saúde; portanto, políticas como o SUS devem prever seu atendimento em hospitais de ensino ou hospitais de base para o acompanhamento da terapia hormonal que muitos solicitam. Também devem ser feitas recomendações para clínicas e hospitais que prestam atendimento através do SUS para criar projetos para a colocação de próteses de silicone, promovendo assim a redução de danos devido ao seu mau uso e o treinamento e qualificação dos profissionais envolvidos.

Existem várias medidas de saúde preventiva recomendadas para a população LGBTQIA+. Algumas das principais medidas incluem:a)Testes regulares de doenças

sexualmente transmissíveis (DSTs), incluindo HIV, sífilis, gonorréia e clamídia.b)Vacinação contra hepatite A e B e HPV.c)Uso de preservativos e outros métodos de prevenção durante as relações sexuais.d)Realização de exames preventivos para o câncer de mama e de próstata, de acordo com as recomendações médicas.e)Adoção de hábitos saudáveis, como exercícios regulares, dieta equilibrada e evitar o consumo de drogas.f)Prática de autocuidado, incluindo a busca de atendimento médico regular e o monitoramento da saúde mental.g)Conhecimento e conscientização sobre os riscos de certos comportamentos, como uso de drogas injetáveis e práticas sexuais de risco.h)Participação em programas de educação e conscientização sobre saúde sexual e prevenção de DSTs.i)Busca por serviços de saúde inclusivos e que ofereçam tratamento sem preconceito e discriminação.j)Aconselhamento sobre prevenção de doenças e cuidados de saúde preventivos, incluindo opções para contracepção e prevenção de gravidez.

O SUS deve salvaguardar, em suas diretrizes, a abertura de outros possíveis destinos para o processo que travestis e transexuais devem seguir no desenvolvimento de sua condição. A atenção à transexualidade deve necessariamente considerar a rede relacional dos indivíduos, suas condições de inserção/exclusão social, assim como as estratégias de apego que permitem ao transexual encontrar apoio simbólico no vínculo social.

A educação em saúde é uma ferramenta importante para ajudar na prevenção de doenças e problemas de saúde na comunidade LGBTQIA+. A educação em saúde pode fornecer informações precisas e úteis sobre os riscos de saúde e as medidas preventivas específicas que são relevantes para a população LGBTQIA+. Alguns exemplos de como a educação em saúde pode ajudar na prevenção incluem:

a)Promover a conscientização sobre os riscos de saúde associados à discriminação e ao preconceito, e fornecer estratégias para enfrentar esses desafios.b)Fornecer informações sobre como as práticas sexuais de risco podem aumentar o risco de contrair DSTs e outras infecções, e ensinar sobre métodos preventivos, como o uso de preservativos.c)Fornecer informações precisas sobre saúde sexual e reprodutiva, incluindo opções de contracepção e prevenção de gravidez.d)Ensinar sobre os benefícios de hábitos saudáveis, como exercícios regulares e dieta equilibrada, e como esses hábitos podem ajudar a prevenir doenças crônicas.e)Fornecer informações sobre o HIV e a AIDS, incluindo como essas doenças são transmitidas e as opções disponíveis para prevenção e tratamento.f)Ensinar sobre a importância de exames regulares de saúde, incluindo exames de detecção precoce de câncer.g)Promover a importância do autocuidado e da saúde mental, incluindo a busca de apoio e aconselhamento quando necessário.h)A educação em saúde pode ser uma ferramenta poderosa para ajudar na prevenção de doenças e problemas de saúde na comunidade

LGBTQIA+, fornecendo informações precisas e úteis sobre questões de saúde que são específicas para essa população.

As medidas preventivas para as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) para a população LGBTQIA+ são semelhantes às medidas para outras populações, mas há algumas considerações específicas que devem ser levadas em conta. A utilização correta e consistente de preservativos é uma das principais medidas preventivas para as DSTs. Isso inclui o uso de preservativos de látex ou poliuretano durante o sexo oral, vaginal e anal. Também é importante lembrar que a utilização de lubrificantes à base de água pode ajudar a reduzir o risco de lesões e aumentar a eficácia dos preservativos.

É importante realizar testes regulares para as DSTs, mesmo se não houver sintomas. Testes de HIV, sífilis, gonorreia, clamídia e outras DSTs devem ser realizados com frequência, de acordo com as recomendações médicas. A vacinação contra o HPV e as hepatites A e B também é importante para a prevenção de DSTs.

Redução do número de parceiros sexuais: a redução do número de parceiros sexuais pode ajudar a diminuir o risco de contrair DSTs. A prática de sexo oral pode ser uma fonte de risco para as DSTs, incluindo a transmissão do HIV. É importante utilizar preservativos de látex ou poliuretano para reduzir o risco de transmissão. Para o sexo anal, a utilização de preservativos e lubrificantes pode ajudar a reduzir o risco de lesões e a transmissão de DSTs. É importante buscar serviços de saúde inclusivos e que ofereçam tratamento sem preconceito e discriminação. Isso pode incluir a busca de serviços específicos para a população LGBTQIA+.

Em nosso compromisso de promover a inclusão social de travestis e transexuais, devemos problematizar a lógica dos conhecimentos e poderes que reconhecem e acolhem travestis e transexuais no universo cultural e simbólico, mas com o risco de exclusão, marginalização e patologização de sua condição humana.

Portanto, os desafios da reestruturação dos serviços, rotinas e procedimentos na rede do SUS serão relativamente fáceis de superar. Mais difícil, porém, será superar preconceitos e discriminações, o que requer mudanças de valores baseadas no respeito às diferenças por parte de cada indivíduo e da comunidade.

Entende-se que é extremamente importante discutir esta questão na universidade e na esfera profissional. Acredita-se que, a partir da formação e prática destes profissionais, é possível pensar na dimensão subjetiva da identidade de gênero, rompendo com esta rotulagem

imposta pela sociedade heteronormativa, para que, a partir daí, seja possível começar a respeitar suas especificidades.

REFERÊNCIAS

ANJOS FILHO, Robério N. dos. Minorias e grupos vulneráveis: uma proposta de distinção. In: ROCHA, J. C. de Carvalho; HENRIQUES FILHO, T. H. P.; CAZZETA, U. (Coord.). *Direitos humanos: desafios humanitários contempo-râneos: 10 anos do Estatuto dos Refugiados* (Lei n. 9.474, de 22 de julho de 1997). Belo Horizonte: Del Rey, 2008

BAHIA, Flavia. **Direito constitucional**. 3ª ed. Pernambuco: Armador. 2017

BARBOSA, Regina Maria; FACCHINI, Regina. Saúde das Mulheres Lésbicas: promoção da equidade e da integralidade. Rede Feminista de Saúde, 40p. Ilus, tab. 2006

BAYLÃO, Raul Di Sergi. UM CONCEITO OPERACIONAL DE MINORIAS. Monografia (Especialização em Direitos Humanos) - Fundação Escola Superior do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, Universidade de Brasília e University of Essex, Brasília, 2000

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 23. ed. São Paulo: Malheiros Editores Ltda, 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Cartilha Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Direitos, Saúde e Participação Social / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa - Brasília: Ministério da Saúde, 2013

CEDENHO, A. C. Critérios jurídicos do Supremo Tribunal Federal na construção do acesso à Saúde. 2016. Tese (Doutorado em Direito Constitucional) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016

DA SILVA, B.M.P.O sistema único de saúde: o descompasso entre a realidade normativa e a realidade fática. 2007. Tese(Doutorado em Direito do Estado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007

DIETER CT. As raízes históricas da homossexualidade, os avanços no campo jurídico e o prisma constitucional. Rio de Janeiro; 2011

FERNANDES, Bernardo Gonçalves. Curso de Direito Constitucional. Editora Jus Podivm. 9ª Edição. Salvador.2017. p. 321

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa**. 6ª edição. Editora Atlas. São Paulo. 2008

HAAS AP, LANE A; Working Group for Postmortem Identification of SO/GI. Collecting Sexual Orientation and Gender Identity Data in Suicide and Other Violent Deaths: A Step Towards Identifying and Addressing LGBT Mortality Disparities. *LGBT Health*. 2015;2(1):84-7.

MAGNO L, DOURADO I, SILVA LAV, BRIGNOL S, BRITO AM, GUIMARÃES MDC, ET AL. Factors associated with self-reported discrimination against men who have sex with men in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:102.

MARRONI, Fernanda. **Quais são as dimensões dos direitos fundamentais?** Disponível em: <https://www.conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/51672/as-dimensoes-dos-direitos-fundamentais>. Acesso em 13 de outubro de 2022

MARTINS, Leonardo. Teoria Geral dos Direitos Fundamentais. 4ª Edição. São Paulo: Atlas, 2012. p. 40

MATTAR, Laura Davis. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. *Sur, Rev. int. direitos human.(Impr.)*, v. 5, n. 8, 2008

MINHOTO, Antonio Celso B. *Da escravidão às cotas: a ação afirmativa e os negros no Brasil*. Birigui, SP: Boreal, 2013

PAGLIARINI, Alexandre Coutinho. Teoria Geral e Crítica do Direito Constitucional e Internacional dos Direitos Humanos. 2012. p. 44

PERUCCHI J, BRANDÃO BC, VIEIRA HIS. Aspectos psicossociais da homofobia intrafamiliar e saúde de jovens lésbicas e gays. *Estud Psicol (Natal)*. 2014;19(1):67-76

REMY LS, SCHERER J, GUIMARÃES L, SURRATT HL, KURTZ SP, PECHANSKY F, ET AL. Anxiety and depression symptoms in Brazilian sexual minority ecstasy and LSD users. *Trends Psychiatry Psychother*. 2017;39(4):239-46

ROOD BA, PUCKETT JA, PANTALONE DW, BRADFORD JB. Predictors of Suicidal Ideation in a Statewide Sample of Transgender Individuals. *LGBT Health*. 2015;2(3):270-5. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0048>

SARLET, I.W. **Comentários à Constituição do Brasil**. São Paulo: Saraiva/Almedina, 2013

SCHWARTZ, G. **Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica**, Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SEVERO, Á. V. P; JÚNIOR, F. R. Os direitos da pessoa humana na Constituição Federal de 1988: os direitos sociais podem ser pleiteados na via judicial? In: ASSIS, Araken de (Org.). **Aspectos polêmicos e atuais dos limites da jurisdição e do direito à saúde**. Porto Alegre: Notadez, 2007.

SILVA JUNIOR, Assis Moreira. AS MINORIAS SEXUAIS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DO GOVERNO FEDERAL: entre avanços e retrocessos. *Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas (UNIFAFIBE)*. Bebedouro. vol. 1, n. 2, p. 21- 54 2013

SOUZA, Joseleide Terto de. Contextos Contemporâneos: homossexuais, cultura e mídia. Dissertação (pós-graduação) – Escola de comunicação e Artes, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2009

VALADÃO, Rita de Cássia; GOMES, Romeu. A Homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 21 [4]: 1451-1467. 2011

VICTORIA, Ceres; KNAUTH, Daniela & HASSEN, Maria de Nazareth. 2000. "Corpo e Doença na Antropologia". In: *Pesquisa Qualitativa em Saúde*. Porto Alegre: Tomo Editorial. P. 11-23.