

Políticas de Saúde para a Diversidade:

em Busca da Superação da Desigualdade e da Exclusão Social

Cristiane Gonçalves da Silva

Como citar: SILVA, C. G. Políticas de Saúde para a Diversidade: em Busca da Superação da Desigualdade e da Exclusão Social. *In:* BRABO, T. S. A. M.; REIS, M. (org.). **Educação, direitos humanos e exclusão social**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. p. 83-95. DOI:

<https://doi.org/10.36311/2012.978-85-7983-257-4.p83-95>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-No comercial-Sin derivados 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

**POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A DIVERSIDADE:
EM BUSCA DA SUPERAÇÃO DA DESIGUALDADE
E DA EXCLUSÃO SOCIAL**

Cristiane Gonçalves da Silva

Fazer a escolha do tema a ser discutido não foi uma tarefa fácil, especialmente porque a temática da “Diversidade, Desigualdade e Exclusão Social” tem potencial disparador de grandes discussões. Fiz um recorte que relaciona diversidade com direitos humanos, indicando uma perspectiva de superação da desigualdade e exclusão. Cabe informar que a discussão que proponho vem impregnada da minha trajetória¹.

Ao compartilhar reflexões sobre alguns aspectos das políticas públicas em saúde e de sua relação com os direitos humanos, tenho a intenção de tentar oferecer contribuições do campo da saúde coletiva para o debate ampliado sobre os direitos humanos, neste início de século. O exercício de reflexão que fiz se pautou não apenas na experiência profissional, iluminada pelas ideias de outros pesquisadores, mas também em interpretações possíveis de algumas políticas públicas e em aspectos das lutas pelos direitos. Tratar da temática da diversidade sexual relacionada aos direitos pareceu-me estratégico

¹ Antes de ser docente da UNIFESP, trabalhei muitos anos com pesquisas no campo da saúde coletiva e aids e com gestão em prevenção do HIV/aids e de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) e na luta pela garantia dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, seja participando da elaboração, seja como pesquisadora, seja como cidadã.

na tentativa de melhor compreender os desafios impostos pela desigualdade de acesso a direitos e à exclusão social característica da realidade de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT).

A forma como se dá a relação entre direitos humanos e políticas de saúde é central para superação das desigualdades neste campo. Nesse sentido, cabe também destacar a irreversibilidade dos direitos e, portanto, sua tendência à consolidação a partir do momento em que são conquistados destacar, especialmente seu potencial emancipatório. Estas são características importantes dos direitos humanos apontadas pelo professor Gustavo Venturi, em suas reflexões sobre a universalização dos direitos (VENTURI, 2009). Ao avaliar o processo no qual estão inseridos os direitos humanos identifica-se uma trajetória que reafirma permanentemente a legitimidade dos direitos, assim como reafirma sua universalização. Cada vez mais fica explícito que o processo de afirmação de novos direitos parece não ter fim, apesar do movimento pendular que se nota na trajetória das conquistas dadas pelas insistentes violações e do não acesso a direitos.

Há reconhecimento da equação que relaciona o desrespeito aos direitos humanos aos obstáculos que impedem à efetivação de políticas e programas de saúde pública. De acordo com Grunski (2008, p.139), os direitos humanos e a ética em saúde estão intimamente ligados. Na medida em que são desenvolvidas políticas de saúde que tenham atenção explícita aos direitos humanos, se tem a oportunidade de construir um quadro de ação real em sintonia com a realidade e com a demanda das diferentes sociedades. Além disso, a atenção aos direitos humanos é capaz de oferecer argumentos fortes e convincentes de responsabilização governamental para a criação de serviços e programas de saúde, assim como para investir na transformação das situações de pobreza, privação, marginalização e discriminação que interferem diretamente no processo saúde-doença das sociedades (GRUNSKI, 2008). É preciso reafirmar a universalidade dos direitos humanos, dentre os quais o direito a saúde para todos e todas.

No Brasil, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) é conduzida a partir do movimento político crítico da Reforma Sanitária, também inspirado pelas ideias do materialismo histórico. Resultado de um processo democrático importante, o SUS, instituído desde a Constituição de 1988, vem sendo implementado de maneira desigual nas diversas regiões do país.

O processo implicado na construção do SUS contou e conta com a participação social dos diversos setores da sociedade, incluindo a participação dos usuários do sistema. Nasce contrapondo-se a um sistema de saúde ineficiente, caracterizado por uma prática excludente e de acesso desigual. Ao reconhecer a força política de sua trajetória histórica e também suas inúmeras deficiências² constata-se que o SUS vem se constituindo rumo ao cumprimento de seus princípios de universalidade, equidade e integralidade.

É possível identificar que algumas políticas públicas de saúde desenvolvidas no âmbito do SUS, incluíram abordagem baseada nos direitos humanos o que implica em ,necessariamente, incluir a execução de ações de combate à qualquer forma de discriminação. O sistema de saúde implicado com os direitos humanos deve ser constituído por instâncias promovam a participação social, que permitam a responsabilização institucional pelo funcionamento do sistema, livre de discriminação e com acesso equânime, além da transparência na execução das ações previstas. O direito a não discriminação e o direito à dignidade são direitos humanos fundamentais e sua violação se torna determinante para a exclusão social, além de comprometer o acesso a outros direitos sociais.

Muitas das lutas sociais levadas a cabo pelos movimentos feministas e pelos movimentos políticos por garantia de direitos para LGBT pautaram a sexualidade e a reprodução como dimensões importantes da vida social e política e demonstraram a pertinência de reivindicar a proteção contra a discriminação por parte do Estado. Nesta relação, a sexualidade passa a fazer parte do próprio processo de construção do SUS, por meio da interlocução entre as instâncias de governo junto aos movimentos sociais referidos e pelo, fundamentalmente, pelo reconhecimento da legitimidade de algumas das demandas destes movimentos.

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são constitutivos dos direitos humanos e devem ser reconhecidos neste patamar de importância por parte dos formuladores de políticas públicas. Homens e mulheres de diferentes gerações, de diferentes regiões do país, de diferentes famílias, de diferentes classes, de diferentes etnias, com diferentes orientações sexuais, diferentes expressões e vivências da religiosidade devem ser compreendidos

² Há exemplos “clássicos” das deficiências do SUS: falta de recursos humanos, as longas esperas para atendimento, os equipamentos quebrados, a ocorrência de discriminações institucionais.

como sujeitos de direito no exercício de sua sexualidade. É preciso também que as políticas de saúde se afastem de uma visão essencialista e biomédica da sexualidade, compreendendo-a como produto sociocultural em permanente re-construção. Também é preciso reconhecer que a sexualidade é sempre re-editada no movimento da diversidade dos discursos que a constituem. Tradicionalmente, nas políticas públicas de saúde, a sexualidade tem seu lugar no âmbito da saúde reprodutiva, como parte dos programas de planejamento familiar³ ou de competência de uma certa Sexologia e de uma certa Psicologia que tendem a tratar apenas os aspectos da sexualidade classificados como “disfunção” ou “desvio”, o que equivocadamente ainda inclui a diversidade sexual em alguns momentos.

Com a epidemia de aids, a sexualidade ganha outro lugar dentro do campo das políticas públicas no Brasil e em outros espaços importantes de debate político (mídia, câmaras, assembleias, congresso, senado, universidades, movimentos sociais), como também ocorreu em outros países, tal como foi discutido por outros pesquisadores importantes no campo.⁴ O surgimento da epidemia de aids trouxe à tona as questões da sexualidade que, até então, não eram questões públicas ou foco de políticas e também rendeu subsídios para superação, pelo menos em parte, da resistência da sociedade em discutir a sexualidade como uma questão de saúde. Foi a partir da aids que os setores públicos (que até então se omitiam em relação a diversidade sexual) foram obrigados a reconhecer a existência de práticas sexuais e de formas de viver a sexualidade que fugiam dos padrões heterossexuais.

O movimento homossexual, sobretudo o movimento organizado de homens gays, constituiu-se como interlocutor privilegiado dos programas governamentais voltados para atenção das DST/aids nas diferentes esferas de governo e, de certa forma, assim permanece. A interlocução entre movimento social e governo faz parte do processo histórico do fortalecimento do movimento homossexual⁵ desde os anos 80, além de ter sido estratégica para

³ Grande parte do conteúdo abordado pelas políticas de planejamento familiar ainda se baseia num modelo homogêneo e tradicional de família. Pensam a família como composta, necessariamente, por um casal heterossexual com filhos. Este modelo continua em vigência, apesar da prática cotidiana dos trabalhadores da saúde demonstrar que as instituições familiares são diversas e da luta política dos movimentos feministas e LGBT.

⁴ Citei apenas alguns: PARKER, 1994; FACHINNI, 2004; SIMÕES; FACHINNI, 2009..

⁵ Movimento que hoje se identifica como sendo movimento LGBT.

pautar as questões da diversidade sexual no campo das políticas públicas em saúde, especialmente.

De alguma maneira, a diversidade sexual passa a ser reconhecida como legítima, como expressão de diferentes modos de viver a sexualidade. Isto, sem dúvida, é resultado da força política dos movimentos sociais pelos direitos sexuais e reprodutivos, impulsionados pelos desafios da epidemia de aids. A epidemia modificou as normas que conduziam a discussão pública (SIMÕES; FACHINNI, 2009), bem como a atuação dos movimentos sociais pela garantia de direitos para LGBT, promovendo mudanças importantes na sociedade, inclusive nas práticas de saúde.

A incorporação da perspectiva dos direitos humanos por parte das políticas de saúde, implicou em afirmar e reconhecer, ao mesmo tempo, o direito à igualdade e o direito à diferença. Levando, desta forma, o Estado a reconhecer a universalidade do conteúdo dos direitos e a legitimidade daquilo que é específico.

Ao se tornar parte das políticas de saúde, a sexualidade passa a exigir a revisão no modo de conceber o processo saúde-doença o que só foi e é possível com a participação integral de representantes dos movimentos sociais de LGBT na construção e implementação de políticas, assumindo com isto (entre outras coisas) que há despreparo dos profissionais de saúde para compreender as relações de gênero, a diversidade sexual e as identidades dinâmicas dos sujeitos.

Boa parte das respostas programáticas para a contenção da epidemia de aids se baseou nas premissas dos direitos humanos e se efetivou com a participação social da população LGBT. Esta participação foi expandida, retraída e sofrendo modificações, assim como o movimento passa a ocupar, cada vez mais, outros espaços de interlocução com instâncias governamentais.

A importância do conceito de vulnerabilidade para a efetivação de políticas de saúde na perspectiva dos direitos humanos também deve ser ressaltado nesta reflexão. A noção de vulnerabilidade (MANN; TARANTOLA, 1996; AYRES et al, 2009) foi sendo constituída no calor das respostas à epidemia de aids que suscitou reflexões, pesquisas que pudessem explicar o contexto e alimentar continuamente a superação dos desafios. O conceito de vulnerabilidade tem se mostrado estratégico para compreender

os contextos sociais e sua potencialidade na determinação da dinâmica da epidemia. É bastante valioso também quando se pretende ter avaliações que possam subsidiar a definição de prioridades de ação. O reconhecimento da especificidade da vulnerabilidade de homens homossexuais ao HIV foi fundamental para evitar que a epidemia crescesse ainda mais entre estas pessoas e implicou em promover e depender de uma interlocução política com o movimento social. Entender que a violação de direitos aumenta a vulnerabilidade para a infecção para o HIV foi essencial para outros programas de saúde reconhecerem que LGBT estão vulneráveis a muitos agravos para a saúde por terem seus direitos violados ou por não terem seus direitos garantidos. Não há dúvidas que o estigma e a discriminação produzem a exclusão do sistema de atenção e promoção da saúde.

O I Congresso Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais realizado em 2008, parece ter tornado a diversidade sexual um tema transversal nas políticas públicas federais. Isto relaciona-se ao controle social que acompanhou a implantação do Programa Brasil Sem Homofobia, lançado em 2004, que marca a entrada programática dos Ministérios, comprometendo-se com o combate a homofobia e a promoção da inclusão da população LGBT nas políticas públicas governamentais (BRASIL, 2004).

A institucionalização da diversidade sexual nas políticas de Estado também começa aparecer mais visivelmente, a partir do marco do Programa Brasil Sem Homofobia, nas esferas estaduais e municipais em maior sintonia com as políticas federais. Evidentemente que esse reconhecimento da legitimidade das reivindicações por direitos é resultado das pressões dos movimentos sociais nos Estados e municípios. No Estado de São Paulo, por exemplo, a questão da cidadania LGBT está incorporada em algumas secretarias, além da Secretaria de Saúde. Faz parte da Secretaria de Justiça e Defesa da Cidadania, a Coordenação de Políticas para a Diversidade Sexual do Estado de São Paulo⁶. A Secretaria de Cultura vem trabalhando com editais para financiamento específico de ações culturais para LGBT e a Secretaria de Gestão incorporou como parte de suas responsabilidades a garantia do acesso aos direitos sociais, na forma de benefícios previdenciários, para companheiro ou a companheira de funcionário público

⁶ Em agosto de 2010, esta Coordenação organizou o I Encontro Paulista de Pesquisa em Diversidade Sexual que reuniu docentes, pesquisadores de parte importante das universidades públicas, do Estado técnicos de instâncias governamentais, com objetivo de discutir sobre o panorama paulista de iniciativas científicas neste campo.

estadual. Estas e outras Secretarias⁷ fazem parte do Comitê Intersecretarial da Diversidade Sexual e trabalham em iniciativas para o combate ao preconceito institucional dentro dos setores do governo estadual.

Hoje podemos avaliar que houve um crescente investimento público na busca pela garantia de direitos para a população LGBT (ações programáticas, políticas públicas específicas, apoios pontuais ao movimento organizado, legislações municipais e estaduais contra a discriminação por orientação sexual, entre outros). O valor da articulação política como os movimentos sociais nas diferentes instâncias do governo é incontestável assim como a importância do controle social na implantação de avaliação de política para a diversidade sexual, tendo como justificativa ético-política os parâmetros oferecidos pelos direitos humanos.

O reconhecimento dos efeitos do estigma e discriminação em LGBT provoca um efeito importante que pode levar, mais rapidamente, à busca pela inclusão dos direitos desta população nas pautas de gestões ajudando para institucionalização da demanda política. Esse processo tem efeitos com potencial irreversível, uma vez estruturado dentro das instâncias governamentais. É preciso institucionalizar as políticas específicas para diversidade sexual que sejam independentes da gestão de partidos políticos e dos gestores que ocupam temporariamente algumas funções públicas estratégicas (secretários, coordenadores).

Ao mesmo tempo em que se reconhece a situação de violação em relação aos direitos humanos, há continua luta pelo reconhecimento dos direitos sexuais e da saúde sexual como parte da agenda nacional e internacional dos direitos humanos. O SUS é um sistema que apresenta potencialidades para ser um instrumento importante no combate à homofobia, no combate a violação dos direitos humanos e na promoção de políticas afirmativas que resultem na diminuição da exclusão, promovendo o acesso à saúde integral para LGBT.

O reconhecimento das especificidades e da vulnerabilidade de LGBT parece já estar incorporado às premissas do SUS e tende ao fortalecimento na medida em que se avança rumo à garantia da equidade e da universalidade do sistema⁸. A busca pela equidade é estratégica porque ajuda no reconhecimento

⁷ Como as Secretarias de Emprego e Relações do Trabalho, de Relações Institucionais, de Educação, de Assistência e Desenvolvimento Social, de Administração Penitenciária e Segurança Pública.

⁸ É preciso colocar que demandas por direitos de LGBT estavam presentes nas Conferências Nacionais de Saúde

dos entraves para se atingir a universalidade e a integralidade. A qualificação da atenção à saúde voltada para LGBT não está, prioritariamente, voltada para atender características que sejam intrínsecas desta população. Como coloca Tatiana Lionço, a qualificação da atenção prestada a população LGBT pelo SUS torna-se necessária porque o sistema de saúde e o processo saúde-doença são suscetíveis às consequências das representações e significações que recaem sobre as práticas sexuais e modos de vida de LGBT, tidos como desviantes em relação a um suposto padrão de normalidade moralmente vigente (LIONÇO, 2008).

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde da População LGBT (BRASIL, 2010)⁹ lançada em 2010, se constitui na primeira política pública específica que inclui a diversidade sexual como prioridade das ações integradas em saúde. Esta política deriva diretamente dos acordos assumidos pelo já referido Programa Brasil sem Homofobia que implicou também na constituição do Comitê Técnico de Saúde da População GLBT¹⁰. Neste momento, então, se formaliza o compromisso do Ministério da Saúde com a atenção integral à saúde para pessoas de distintas orientações sexuais. No conteúdo desta política de saúde para LGBT, há pretensões de focalizar as especificidades destas pessoas como parte das iniciativas que buscam construir a equidade no SUS. Esta política reconhece os “efeitos da discriminação e da exclusão no processo saúde-doença da população LGBT”. O conteúdo da política também assume que “toda forma de discriminação e todo tipo de homofobia devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e doença.” (BRASIL, 2010, p. 4 e 5).

Por outro lado, é fato que a existência de políticas públicas não é suficiente para transformar a realidade e há diversos desafios que concorrem com a garantia do acesso à saúde para lésbicas, bissexuais, travestis, gays e transexuais. Um dos desafios é o desconhecimento das demandas específicas para a saúde destas pessoas e maior produção de pesquisas que contribuam para compreensão dos contextos de vulnerabilidade e da forma como a diversidade sexual e a identidade de gênero se articulam a outros determinantes da saúde como raça/etnia, classe social, geração. Também é preciso entender como as

desde 2003; também é preciso ressaltar que o movimento de LGBT tem representação no Conselho Nacional de Saúde desde 2006.

⁹ Aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em dezembro de 2009 (http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/12_nov_lgbt.htm).

¹⁰ Este Comitê, instituído por meio de portaria ministerial no. 2277/G.M. de D.O.U. 14/10/2004 era formado por todas as áreas técnicas do Ministério da Saúde e por representantes dos movimentos LGBT de todo país.

relações hierárquicas de gênero e os valores culturais em torno da sexualidade compõem as tramas que envolvem o processo saúde-doença.

Mesmo com o reconhecimento de que qualquer política pública em saúde deva priorizar o combate à discriminação, conforme relata o conteúdo da Política de Saúde Integral para LGBT e mesmo considerando o avanço contido na carta dos Direitos dos Usuários do SUS (BRASIL, 2007), que preconiza o direito ao atendimento humanizado e livre de preconceito e discriminação por orientação sexual e identidade de gênero (e que também institui o uso do nome social para travestis e transexuais), é sabido que a prática cotidiana dos serviços de saúde ainda reproduzem a exclusão e reforçam estigmas. Ações que objetivam combater a exclusão são adiadas ou não priorizadas pelos gestores públicos, muitas vezes porque estas pessoas baseiam suas decisões em moralidades religiosas, apesar da laicidade do Estado brasileiro ou em outras moralidades que têm a heteronormatividade como orientador exclusivo¹¹.

A elaboração e instituição de políticas públicas, assim como a aprovação de leis, não são suficientes para transformar a realidade. A transformação depende da mudança da prática cotidiana que se efetiva também por meio do permanente acompanhamento da implantação e avaliação de políticas e do acompanhamento do cumprimento de leis já em vigor que deveriam proteger as pessoas contra a discriminação. O conteúdo da Política Integral de Saúde de LGBT apresenta pretensões ousadas, mas as possibilidades de execução (de forma geral) são construções a médio e longo prazos. Entretanto, sua publicação parece ter sido capaz de traduzir algumas das demandas do movimento social.

Por outro lado, não sei se esta Política representa os interesses e necessidades de da maioria das pessoas LGBT. Deve haver muitos gays, travestis, lésbicas, bissexuais e transexuais (aqueles sujeitos que constituem ‘a vida real, como ela é’) que não sabem da existência de uma política de saúde específica, da qual eles e elas são o foco. É possível afirmar que isto representa a realidade de LGBT que vivem em contextos sociais caracterizados pela exclusão, onde se articulam estigmas de várias naturezas, onde os marcadores sociais da diferença são transformados em desigualdade. Isto aponta para

¹¹ Há situações que exemplificam bem o quanto o avanço rumo a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos está sujeitos às moralidades de orientação religiosa. O aborto, o projeto de lei que prevê a criminalização da homofobia, o direito ao casamento igualitário, entre outras.

necessidade de ampliar a luta política dos movimentos, a participação maior dos sujeitos e uma maior capacidade de capilaridade na execução de políticas de forma que interfiram positivamente no acesso e uso de serviços de saúde.

O debate dos direitos humanos nas políticas de saúde também deve ser ampliado e efetivar-se também pela interlocução entre pessoas e instâncias envolvidas com outras políticas sociais (políticas de educação e justiça, por exemplo). É preciso que sejam constituídos outros espaços de debate público que primem pela ampla participação, com representantes de toda a pluralidade de discursos que constituem as redes sociais de pertencimento.

Para que seja priorizada o reconhecimento dos direitos sexuais como parte constitutiva dos direitos humanos devem ser promovidos debates que contem com a participação de segmentos que, tradicionalmente, costumam não aceitar a diversidade sexual. É preciso que o Estado tenha suas decisões orientadas pelos princípios da laicidade e que cumpra sua responsabilidade de compartilhar e legitimar o significado do direito à diversidade e o direito à não discriminação. A sociedade precisa compreender e colaborar na promoção da igualdade no acesso à políticas públicas, assim como precisa debater e compreender o papel de programas afirmativos que buscam a inclusão. É preciso que todas as ações pela garantia dos direitos contribuam com a produção do conhecimento sobre a realidade de LGBT, ainda pouco conhecida¹² e avance em consonância com os sistema jurídico, tal como Lionço aponta:

[...] a necessidade da consolidação de uma cultura democrática pelo direito à saúde integral, envolvendo a complexificação e o alargamento da compreensão dos direitos sexuais e reprodutivos, requer que a discussão sobre saúde para esses segmentos populacionais se construa em estreita interface com o campo jurídico. [...] (LIONÇO, 2008, p. 19).

A desigualdade e a exclusão podem ser processualmente superadas na medida em que se reconhece todo cidadão e toda cidadã como sujeito de direito no exercício de sua sexualidade e como sujeito de direito que deve estar sob a proteção do Estado. Por sua vez, cabe a este Estado, exercer a responsabilidade de garantir a não discriminação e buscar permanentemente

¹² A produção do conhecimento sobre a diversidade sexual pode ser considerada como volumosa, especialmente no Brasil e América Latina, nas últimas décadas. Entretanto, ainda há algumas lacunas importantes. Um exemplo emblemático é o fato de ainda haver total desconhecimento do tamanho da população de LGBT no Brasil. Ter a dimensão deste universo é essencial para a formulação de qualquer política pública.

as condições ideais para que todos vivam em iguais condições de dignidade, baseado na laicidade para tomar decisões. Cabe aos formuladores de políticas garantir que os sujeitos plurais protagonistas de suas trajetórias de vida, sejam co-responsáveis na elaboração de políticas públicas, participando de sua formulação, execução e avaliação.

Desta forma, parece oportuno finalizar esta reflexão reafirmando o potencial emancipatório da política dos direitos humanos, como orienta Boaventura Santos (2003) e concordando acerca da necessidade de se buscar condições que tornem possível conferir aos direitos humanos tanto um caráter global, quanto uma legitimidade local. Os direitos humanos devem permitir uma atuação em rede que busque garantir novas e mais intensas formas de inclusão social, que supere contradições. Uma política emancipatória de direitos humanos deve saber distinguir entre a luta pela igualdade e a luta pelo reconhecimento igualitário das diferenças.

Cabe ainda, retomar uma reflexão de Boaventura Santos que se tornou recorrente nos debates sobre direitos humanos e marcadores sociais da diferença, já que sintetiza, de forma muito lúcida, sobre o potencial político emancipatório dos direitos, com a proposta da *“hermenêutica diatópica”*¹³, como proposta política para a luta pelos direitos humanos. Assim, utilizando o repertório desta proposta, pode-se ponderar que o acesso à saúde integral e equânime para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais que demanda um olhar para a especificidade, deve implicar em considerar que *“temos o direito a ser iguais quando a diferença nos inferioriza e temos o direito a ser diferentes quando a igualdade nos descaracteriza”* (Santos, 2003, p.461). Para amadurecimento das políticas públicas de saúde comprometidas com a inclusão, é preciso o reconhecimento do campo de negociação próprio dos direitos humanos e seu caráter relacional no processo de busca pelo fortalecimento da própria luta pelos direitos e pelo pleno reconhecimento da diversidade.

¹³ Parece-me que esta noção propõe que qualquer interpretação do “outro”, da “diferença e diversidade” deve ser realizada a partir da interpretação dos sentidos das diferentes culturas, ou seja, a partir dos lugares que ocupam e do contexto e cenário em que se inserem.

REFERÊNCIAS

- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 121-143.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Brasil sem homofobia*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Combate à Discriminação, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf>. Acesso em: 16nov.2010
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais*. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://www.ccr.org.br/uploads/noticias/Pol%C3%ADtica_nacionalLGBT.pdf>. Acesso em: 02out.2010
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha dos Direitos dos Usuários da Saúde. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf>. Acesso em: 02out.2010
- FACHINNI, R. Movimento homossexual e construção de identidades coletivas em tempos de AIDS. In: UZIEL, A. P.; RIOS, L. F.; PARKER, R. G. (Org.). *Construções de sexualidade: gênero, identidade e comportamento em tempos de aids*. Rio de Janeiro: Pallas, 2004. p. 151-168.
- GRUNSKI, S. Health and human rights: overview. In: HEGGENHOUGEM, K.; QUAH, S. (Ed.). *International encyclopedia of public health*. England: Elsevier, 2008. v. 3, p. 137-146.
- LIONÇO, T. Que direito a saúde para a população LGBT? considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 11-21, abr./jun. 2008.
- MANN, J.; TARANTOLA, D. J. N. (Ed.). *AIDS in the world II*. New York: Oxford University Press, 1996.
- PARKER, R. Diversidade sexual, análise cultural e a prevenção da aids. In: _____. *A construção da solidariedade: aids, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 117-132.
- SANTOS, B. S. Por uma concepção multicultural dos direitos humanos. In: _____. (Org.). *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 427-462.

SIMÓES, J.; FACHINNI, R. *Na trilha do arco-íris: do movimento homossexual ao LGBT*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2009.

VENTURI, G. A construção de Direitos Humanos Universais. *Revista Direitos Humanos*, Brasília, DF, n. 3, p. 26-29, set. 2009.