

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

HENRIQUE DA COSTA SILVA

**“CATA O RECADO, MONA”: condicionantes políticos, econômicos e culturais no
Processo Transexualizador no SUS – a experiência do Hospital das Clínicas da
Universidade Federal de Pernambuco**

Recife

2019

HENRIQUE DA COSTA SILVA

**“CATA O RECADO, MONA”: condicionantes políticos, econômicos e culturais no
Processo Transexualizador no SUS – a experiência do Hospital das Clínicas da
Universidade Federal de Pernambuco**

Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
da Universidade Federal de Pernambuco
(UFPE), como requisito parcial para a obtenção
do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mônica Rodrigues Costa

Recife
2019

Catálogo na Fonte

Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

S586c

Silva, Henrique da Costa

“Cala o recado, mona”: condicionantes políticos, econômicos e culturais no processo transexualizador no SUS – a experiência do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco / Henrique da Costa Silva. - 2019.

162 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica Rodrigues Costa.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2019.

Inclui referências e anexos.

1. Espaço trans. 2. Política de Saúde. 3. Processo transexualizador no SUS. I. Costa, Mônica Rodrigues (Orientadora). II. Título.

361 CDD (22. ed.)

UFPE (CSA 2019 – 075)

HENRIQUE DA COSTA SILVA

**“CATA O RECADO, MONA”: condicionantes políticos, econômicos e culturais no
Processo Transexualizador no SUS – a experiência do Hospital das Clínicas da
Universidade Federal de Pernambuco**

Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
da Universidade Federal de Pernambuco
(UFPE), como requisito parcial para a obtenção
do título de Mestre em Serviço Social.

Aprovada em: 21 /02/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Mônica Rodrigues Costa (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a Vívian Matías dos Santos (Examinadora Externa)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Bruna Andrade Irineu (Examinadora Externa)

Universidade Federal de Mato Grosso

À minha mãe, Dona Preta – Mulher Negra, destemida e ousada; e a meu filho, Enrico Costa, que tem me trazido luz em meio ao caos,

Dedico

AGRADECIMENTOS

Por ter a certeza de que nenhum passo que dei em minha vida foi individual, afinal, nossos passos vêm de longe¹, fico bastante feliz em ter a oportunidade de agradecer nesse momento de tanta euforia, inquietação e felicidades. Sem dúvidas, não conseguirei nominalmente citar todas as pessoas que atravessaram, repousaram e construíram comigo esse caminho. Entretanto, não as citar não significa que suas presenças não foram fundamentais, mas tão somente que essa pessoa que vos escreve tem uma dificuldade imensa de sintetizar muitos nomes (risos), embora seja extremamente sensível a perceber a importância de cada sujeito.

Quero agradecer à minha orientadora Mônica Costa, uma pessoa que com uma sensibilidade inexplicável me acolheu em minhas intensas complexidades, oferecendo apoio, afeto e incentivo nesse momento tão emblemático para minha formação política, acadêmica e pessoal. Igualmente sou grato à mana Vívian Matias, uma mulher sábia, afetuosa e muito íntegra, a quem eu atribuo parte importante de meu aprendizado para a vida. Agradeço também à professora Bruna Irineu, uma ativista intelectual que tem imensamente me inspirado, e que topou somar-se à banca examinadora nesse momento tão importante para mim.

Agradeço às profissionais, Suzana, Cristiane, Erica, Isis e Mônica, do Espaço de Acolhimento e Cuidado para Pessoas Trans do Hospital das Clínicas da UFPE pelas contribuições, trocas e inspiração que me trouxeram nesses e em outros tempos e espaços; vocês são demais!

Expresso gratidão também a meus e minhas colegas da turma do Mestrado em Serviço Social da UFPE – 2018. Pessoas acolhedoras, alegres e muito comprometidas com todas as transformações sociais as quais o mundo necessita. Destaco, com muita justeza, a figura de Iris Pontes, um ser humano magnífico que a vida me oportunizou reencontrar. A você, minha amiga, agradeço pelo “colo”, abraço, palavras e carinho. Sem você não seria possível, tenha certeza disso.

As minhas amigas e fortalezas, Ana Flor, Amanda Palha, Jesana Germano, Flávia Clemente, Tati Melo, Ruane Ellen, Lays Albuquerque, Nathália Paiva, Alice Cintra, Cristiano Ferreira, Luiz Braúna, Dayane Alves, Heider Victor, Adélia Souza, Antônio Barros, Anny

¹ Jurema Werneck - intelectual negra e feminista negra brasileira.

Karoline, Biatriz Santos, Fabiana Oliveira, Mônica Perreira, Ceça Albuquerque Livia Albuquerque e Luiz Perreira, pessoas que sempre me dão ânimo para ousar e viver.

Às minhas queridas companheiras que estão e estiverem presentes comigo no Coletivo Mangueiras, Talita Rodrigues, Dandara Onilare, Mathaus Ranie, Mariana Monteiro, André Melo, Claudinha Vasconcelos, Manu Donato e Ivens Reis. Obrigado por todo ensinamento e trocas, minhas queridas.

Às colegas da ONG Instituto Boa Vista que tanto me ensinaram e contribuíram para as potências que esse trabalho apresenta, especialmente à Verônica Moraes, pessoa sensível, verdadeiramente humana e que têm me ensinado cotidianamente o verdadeiro significado da alteridade; de coração, obrigado.

Por fim, e com a certeza de que essas menções não resumem metade do que de fato tenho a agradecer, agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, que ao me fornecer a bolsa de estudos, possibilitou que eu transitasse em diversos espaços fundamentais a essa produção.

Bato palmas para as travestis, que lutam pra existir/ E a cada dia conquistar o seu direito de viver e brilhar/ Batam palmas para as travestis que lutam para existir/ E a cada dia batalhando conquistar o seu direito de viver e brilhar e arrasar (QUEBRADA, 2017).

RESUMO

Os espaços de cuidado para Travestis e Transexuais no âmbito da saúde são recentes na história nacional, sendo frutos de uma luta incansável travada por esses sujeitos ao longo de anos. Foi somente na segunda metade na década de 2000 que a discussão sobre a atenção específica para pessoas trans no SUS ganhou expressividade. Fato incontestável de avanço, já que representa o reconhecimento, por parte do Estado, da necessidade de um cuidado específico voltado a essa população. Entretanto, tem pesado sobre esses serviços a lógica da precarização e subfinanciamento, desencadeando na superlotação e difícil capilaridade. Apesar do sucateamento ser algo que permeia a existência dos 5 serviços que existem no Brasil atualmente com essa proposta, há particularidades que tem imprimido relações e condições diferenciadas para os espaços dessa natureza. No Recife, o espaço de Acolhimento e Cuidado para Pessoas Trans, tem se destacado pela lógica despatologizante e investimento no cuidado integral para travestis e transexuais. Todavia, na mesma medida tem se vivido de a precarização, que tem imposto limites no cuidado integral e humanizado. Na busca por ensaiar respostas que denotem essa situação, a presente pesquisa se propõe a explorar os aspectos econômicos, políticos e culturais que tem incidido na estruturação e funcionamento do Processo Transexualizador no SUS deste local. Para isso, foram realizadas: i) entrevistas com duas profissionais que atuam no serviço; ii) revisão bibliográfica de outras produções que dialogavam com essa proposta; iii) observação direta de campo e; iv) revisão documental das Portarias que regulamentam o Processo Transexualizador no SUS; tendo como horizonte teórico a teoria social crítica e a pós-colonialidade. Como resultado dessa investida, percebeu-se que a composição atual desse serviço é marcada por condições de diversas ordens, sendo necessário analisá-lo em toda a sua complexidade.

Palavras-chave: Espaço Trans. Política de Saúde. Processo Transexualizador no SUS. Transexualidades.

ABSTRACT

The spaces which take care of *travestis* and transsexuals in the in the health context are recent in the national history, being a result of long years of these people fighting for it. It was only on the second half of the 2000's decade that this discussion about the specific attention for trans people in the Unique Health System (SUS) got more expressive. This is an undeniable advancement, considering it represents the acknowledgment, by the State, of the necessity of a specific care directed to this population. Nevertheless, the logic of precariousness and underfunding has been weighing on these services, creating consequences such as overcrowding and difficult capillarity on this health equipment. Despite the precariousness be something that permeates the existence of the 5 services that exist in Brazil currently with this proposal, there are particularities that have been creating different relations and conditions for the spaces of this nature. In Recife, the Hosting and Caring Space for Trans People has been stood out by its depathologizing logic and investment in the process of integral and humanized care for transsexuals and *travestis*. However, in the same extent, it has been being experienced the precariousness which has been imposed limits on the integral and humanized care. Trying to look for answers that detonates the situation, this research proposes itself to explore the economic, political and cultural aspects that has influenced on the running and structuration of the SUS' Transsexualising Process of this local. For this, there were executed: I) interviews with two professionals that work on the service; II) bibliographic revision of other productions that dialogue with this proposal; III) direct camp observation and IV) documental revision of the Ordinances that regulate the SUS' Transsexualising Process; having as a theoretical horizon the critical social theory and the post-coloniality. As a result of this foray, it was realized that the current composition of this service is marked by conditions of diverse orders, being necessary to analyse it in all its complexity.

Key-words: Trans Space. Health Policy. SUS' Transsexualizing Process. Transsexualities.

LISTA DE SIGLAS

ABGLT	Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transexuais
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo da Saúde
CF/1988	Constituição Federal de 1988
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ENPS	Escola Nacional de Saúde Pública de São Paulo
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FHC	Fernando Henrique Cardoso
HC	Hospital das Clínicas
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexual, Travestis e Transexuais
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
MOPS	Movimento Popular em Saúde
ONG	Organização não Governamental
ONU	Organizações das Nações Unidas
OS	Organização Social
PBH	Programa Brasil sem Homofobia
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PCdoB	Partido Comunista do Brasil
PT	Partido dos Trabalhadores
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UnB	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	BABADOS METODOLÓGICOS.....	19
1.1.1	Aspectos Teóricos – Políticos.....	19
1.1.2	Sobre trajetórias, afetos e outros bafos.....	22
1.1.3	Procedimentos e técnicas.....	25
1.1.4	Outras informações úteis.....	26
2	I - POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: história, lutas, construções e desmontes.....	28
2.1	POLÍTICA DE SAÚDE COMO POLÍTICA SOCIAL.....	28
2.2	DITADURA E POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	33
2.3	MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA E O SUS LEGAL.....	38
2.4	HÁ UMA PEDRA NO MEIO DO CAMINHO: O IDEÁRIO NEOLIBERAL.....	43
2.5	OS REBATIMENTOS DO NEOLIBERALISMO PARA AS POLÍTICAS SOCIAIS – E DE SAÚDE, NO BRASIL.....	49
2.6	CONTRADIÇÕES, INFLUXOS E CONQUISTAS NA POLÍTICA DE SAÚDE NOS GOVERNOS PETISTAS.....	54
3	2 - “NÃO RECOMENDADAS PARA A SOCIEDADE”: (in)definições, lutas e o lugar de Travestis e Transexuais nas políticas sociais.....	61
3.1	OS GÊNEROS, O COLONIALISMO E AS TRANSEXUALIDADES.....	61
3.2	QUAIS MORTES MERECEM LUTO: interdições e genocídio contra Travestis e Transexuais no contexto brasileiro.....	77
3.3	DO LUTO À LUTA: organização e luta do movimento LGBT e de Travestis e Transexuais no Brasil.....	88
3.4	NÃO É “CLOSE”, SÃO CONDIÇÕES, ESTRUTURA E ACESSO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA TRAVESTIS E TRANSEXUAIS.....	96
4	3 - CONTRADIÇÕES, DESAFIOS E POTÊNCIAS NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS: a experiência do Hospital das Clínicas de Pernambuco.....	104

4.1	“A GENTE RELEMBRAMOS SEMPRE NOSSA HISTÓRIA”: passeios, retratos e reflexões sobre a trajetória do Processo Transexualizador no SUS.....	105
4.2	“CLARO QUE A EBSEH MUDOU NOSSA ROTINA”: precarizações, desfinanciamentos e privatizações no Espaço Trans à luz dos desmontes ao SUS.....	113
4.3	“TEM TRANSFOBIA POR AQUI, SIM”: aversão, desleixos e desconhecimento às demandas de Travestis e Transexuais no Hospital das Clínicas de Pernambuco.....	123
4.4	“O NOSSO PROBLEMA COM A REDE É HISTÓRICO”: (des)articulações e descontinuidades.....	130
4.5	“VAMOS PRECISAR RESPONDER E RESISTIR”: estratégias, disputas e respostas construídas no Espaço de Acolhimento e Cuidado para Pessoas Trans.....	142
5	CONCLUSÃO	150
	REFERÊNCIAS.....	154
	ANEXO A - ANA FLOR E AMANDA PALHA.....	159
	ANEXO B - QUESTIONAMENTOS/ATAQUES À PERFORMANCES DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS POR PÁGINA DE “FEMINISTAS RADICAIS”	160
	ANEXO C - PROTESTO REALIZADO CONTRA A FILÓSOFA JUDITH BUTLER EM SÃO PAULO (2017).....	161
	ANEXO D - NOTA LANÇADA PELA EBSEH A RESPEITO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE.....	162

1 INTRODUÇÃO

No âmbito das Ciências Sociais, especialmente no Serviço Social, temos, com razão, nos orgulhado em termos construído um entendimento hegemônico de que a neutralidade política no campo das produções científicas não existe. Certamente, essa posição tem estado com recorrência na arena das disputas, sobretudo em tempos de “escola sem partido”² e caça àquilo que desonestamente convencionou-se chamar de “ideologização de esquerda”. Todavia, não é possível negar que os qualitativos avanços obtidos nos últimos anos nos permitem ainda caminhar, pelo menos no interior de nossa categoria, sem muitos recuos sob essa compreensão.

A postura por defender uma ciência compromissada com as mudanças de paradigmas foi uma escolha acertada pelo Serviço Social, feita a partir de uma necessária oposição ao ideal de neutralidade científica e naturalidade social, postos predominantemente pelo positivismo. Essa decisão tem nos sido custosa, ao mesmo tempo que nos oportunizou desenvolver um conhecimento implicado às dinâmicas e expressões do real, entendendo-as não como algo que sempre foi, mas como algo que está em curso, e por isso pode ser mudado. Por acreditar nessa perspectiva de construção científica, faço coro ao pensamento de bell hooks³ (1995) em seu texto *Intelectuais Negras*⁴.

Sem jamais pensar no trabalho intelectual como de algum modo divorciado da política do cotidiano, optei conscientemente por tornar-me uma intelectual, pois era esse trabalho que me permitia entender minha realidade e o mundo em volta, encarar e compreender o concreto. Essa experiência forneceu a base de minha compreensão de que a vida intelectual não precisa levar-nos a separar-nos da comunidade, mas antes pode capacitar-nos a participar mais plenamente da vida da família e da comunidade (HOOKS, 1995, p. 466).

² O movimento Escola Sem Partido é uma articulação nacional, composta por membros da sociedade civil e representantes do poder legislativo, surgida em 2015 sob a justificativa de que haveria nas escolas, por parte das e dos docentes, uma doutrinação marxista. Essa movimentação tem povoado com Projetos de Leis (PLs) as Casas Legislativas Estaduais e Federais visando coibir aquilo que se chama de doutrinação.

³ O uso aqui do nome no minúsculo se dá em respeito à escolha política feita pela autora de referir-se dessa forma. A reflexão por essa opção diz respeito à vontade de que sua ideia, e não seu nome, se destaque e seja radicalmente lembrado.

⁴ Quero deixar registrado que esse texto foi fundamental para que essa dissertação esteja da maneira que hoje está. Ele me trouxe conforto quando a angústia me atormentava e raiva quando a paz me desmobilizava.

Trago isso para ratificar que a pesquisa que vos apresento é de “cabo a rabo”⁵ comprometida politicamente. Nela, há um aceno claro de que é necessário e urgente garantir e ampliar o direito integral à saúde para Travestis e Transexuais. Digo isso de um lugar confortável, já que, conforme citado, o meu campo de produção intelectual garante espaço para que eu mostre abertamente a posição política que me orienta na construção desse trabalho. Entretanto, o que talvez não seja tão aceito assim, mas que avalio não valer a pena abrir mão, é o fato de que também acredito e defendo que os corpos que produzem as ciências também precisem ser situados, promovendo assim o encontro histórico e pouco oportunizado entre corpo e mente na produção dos saberes.

Nessa ousadia, novamente bell hooks me ajudou. Ao dizer que “qualquer discussão de trabalho intelectual, que não enfatize as condições que tornam possível esse trabalho, interpreta erroneamente as circunstâncias concretas que permitem a produção intelectual” (HOOKS, p. 432), hooks me dá fôlego para expressar a partir de alguns poucos caracteres um turbilhão de sentimentos, sentidos e vivências experienciadas durante essa dissertação. Aos desinteressados por eles, desculpe-me, mas não posso subtrair desse espaço uma narrativa, que embora esteja sendo feita neste momento individualmente é coletiva e estruturante para estudantes negras e negros na academia; sobretudo porque entendo que ela fornece também pistas para que a leitora perceba na fragilidade e descompassos na escrita deste trabalho as fragilidades e experiências vividas por um corpo negro, que transita em um meio majoritariamente branco e heterossexista. Ou seja, se eventualmente perceberes algum movimento de caos em algumas páginas dessa produção, saiba que é o reflexo do que estava eu vivendo além dela.

Ainda no texto citado, bell hooks relata que as pessoas negras, que na divisão social do trabalho, é destinada e ensinada prioritariamente ao trabalho braçal, tem a dificuldade histórica de desenvolver suas escritas em um meio bastante hostil como a academia. Primeiro porque existe, mesmo que inconscientemente, durante toda a escrita, a presença da herança colonial imperando sobre nossas mentes. Ela nos diz, no silêncio da madrugada ou nos olhares que surgem ao adentrar na biblioteca, que esse não é nosso lugar. Isso pode nos enlouquecer inclusive. Sobre isso, obrigo-me a lembrá-las que durante esses dois anos de

⁵ “Do começo ao fim”.

reflexões sob o trabalho, por diversas vezes tive a sensação de não pertencimento, não habilidade e, inclusive, não aceitação pessoal, do lugar que eu ocupava enquanto acadêmico⁶.

O segundo aspecto levantado por ela são as influências externas que pesam sobre nossas vidas o tempo todo, nos exigindo um malabarismo sem igual para que a produção acadêmica seja garantida. Acerca delas, gostaria de dizer que esse trabalho foi escrito em um período bastante atípico da minha vida. Do ponto de vista pessoal, durante esses dois anos: i) tive a pessoa que mais amo em terra diagnosticada com uma doença grave, fazendo com que houvesse a necessidade de buscar alternativas e acompanhamento em uma unidade hospitalar atingida pelos desmontes da saúde pública; ii) fui surpreendido pela notícia da vinda de um filho, o qual tem me dado forças para existir, mas também exigido um esforço e atenção sem igual e; iii) fui abatido pela depressão, doença contra a qual tenho lutado diariamente, mas que também tem me vencido em várias batalhas.

Todas essas questões colocadas não têm a finalidade de justificar eventuais falhas de percurso nesse trabalho, mas simbolizam a necessidade de demarcar radicalmente que o lugar social que certos grupos ocupam, “e as vivências que este lugar oportuniza, possibilitam, com maior ou menor intensidade” (RIBEIRO, 2017, p. 61), que determinadas análises reflexivas apareçam com mais profundidade, assim também como podem inviabilizar outras alternativas analíticas. Isso que Djamila Ribeiro (2017) classifica como lugar de fala,⁷ representa as condições coletivas que os sujeitos produzem e falam no mundo.

Isso não significa dizer que no percurso da vida não encontramos maneiras de construir ferramentas para enfrentar as violências institucionais e estruturais que têm nos atingido (RIBEIRO, 2017). Isto dito, a resposta para a pergunta de Gayatri Spivak⁸ é sim. E nesse caso o subalterno que vos fala é uma bicha, pai, preta, afeminada e advinda de uma cidade do agreste pernambucano – Limoeiro. A primeira de, pelo menos, 5 gerações de filhos que consegue ingressar e concluir o ensino superior e mestrado em uma universidade pública. Aquela que tem todos os dias visto e ouvido acenos de que o campo acadêmico não é para mim. Uma gata que apesar de todos os pesares da vida insiste em produzir ciência,

⁶ As acadêmicas negras “também têm de lutar contra aqueles estereótipos racistas que o tempo todo levam os outros (e até nós mesmas) a questionar se somos ou não competentes se somos capazes de excelência intelectual” (HOOKS, 1995, p. 472).

⁷ Para a autora, lugar de fala não se trata de uma ideia essencialista acerca de quem pode ou não falar. Mas significa que os pontos de partidas de onde os sujeitos falam são diferentes de acordo com sua classe, raça, gênero, sexualidade e território, por exemplo.

⁸ Em uma de suas mais famosas obras, a autora indiana pergunta: Pode o Subalterno Falar? (SPIVAK, 2010).

reconhecendo cada vez mais as limitações que o racismo, o elitismo e a homofobia têm imposto sobre essa opção.

Em outro patamar de subalternidade, encontram-se as pessoas que em decorrência da reivindicação social e jurídica de um gênero diferente daquele informado no nascimento (BENTO, 2008) são denominadas e também se denominam de Transexuais e Travestis. Essa experiência, embora não seja de um todo algo novo, tem encontrado na contemporaneidade desafios bastante profundos. Sendo o capitalismo, a colonização e a generificação dos corpos (LUGONES, 2014) os principais responsáveis pelos processos de interrupções, violências e enfrentamentos experienciados por esse segmento ao longo dos anos mundialmente.

No contexto brasileiro, a realidade vivida por Travestis e Transexuais tem gradualmente sido marcada por dor e luto (BENTO, 2008), considerando que somos há mais de uma década o país que mais assassina essa população no mundo (JESUS, 2012). Entretanto diante dos constantes lutos, a força para a resistência foi se alimentando, força que tem sido exercida por essas pessoas há mais de 3 décadas. A organização política tem sido uma ferramenta extremamente útil para a existência de Travestis e Transexuais no dito país da harmonia social.⁹

O movimento de Travestis e Transexuais surge organicamente no início da década de 1990 como resposta aos processos de apagamento e violência específicas vividos por essa população. Desde então, tem se fortalecido a máxima de que “somente a luta muda a vida”, fazendo com que cada vez mais esforços sejam lançados no sentido de garantir potências políticas reivindicativas. Os frutos dessa organização podem ser percebidos desde as mudanças de compreensão que as transexualidades e travestilidades têm passado nos últimos anos, a partir de um reordenamento expressivo da discussão nas mídias, nas universidades e partidos políticos, por exemplo, até o aparecimento de políticas sociais específicas direcionadas a essa população.

Não restam dúvidas que foram nos primeiros anos da década de 2000 que mais se avançou na construção dessas políticas, sendo a saúde o campo em que mais se desenvolveu ações e programas nesse sentido. Dentre esses programas, destaca-se o Processo Transexualizador no SUS, criado a partir da Portaria do Ministério da Saúde de número 457 em 2008. Esse serviço é um espaço de saúde cuja proposta é oferecer o cuidado integral a

⁹ Essa classificação foi deferida por um colega boliviano no ano de 2017. Na ocasião, ao questioná-lo, curiosamente, acerca do que ele sabia e ouvia falar do Brasil, foi essa a expressão que para ele melhor nos definia.

Travestis e Transexuais (BRASIL, 2013). Entretanto, no que pese todo avanço que ele possibilita, as contradições e lacunas presentes geram inevitáveis problematizações.

Com um total de apenas 5 serviços em todo Brasil, são similares algumas características nesses lugares: i) a insuficiência de um corpo técnico capaz de responder com qualidade às demandas apresentadas pelas usuárias e pelos usuários que buscam o serviço; ii) a ausência de espaços estruturais e de equipamentos tecnológicos adequados para o desenvolvimento das atividades estabelecidas pela Portaria; iii) a superlotação do serviço, resultando em uma alta demanda reprimida; iv) os relatos de transfobia vividos pelos e pelas usuários/as durante os atendimentos nesses lugares¹⁰ e; v) a abordagem patologizante da transexualidade, substituindo o cuidado em saúde pela tutela do corpo da outra pessoa.

Acerca desse quinto elemento, é fundamental destacar a diferença, em termos de abordagem e funcionamento, do Processo Transexualizador no Recife. Esse serviço, credenciado em 2013, atua desde sua regulamentação, a partir do paradigma do cuidado e autonomia, proporcionando aos usuários e usuárias maiores possibilidades de escolha e agenciamento sobre seus desejos e corpos. Entretanto, apesar dessa essencial diferença, em alguns aspectos há a presença de similaridades com os outros serviços, exigindo aprofundar as particularidades, que atravessam a sua estruturação marcada pela luta e contradição.

Na busca por aprofundar as reflexões sobre os condicionantes econômicos, culturais e políticos que incidem na estrutura do Hospital das Clínicas da UFPE, algumas perguntas foram essenciais nesse processo, tais como: Quais limites encontra um serviço, com uma proposta tão ousada, direcionado a uma população que historicamente teve o direito à saúde negado? Como esses limites ganham força diante dos diversos ataques vividos pelo SUS ao longo dos anos? De que maneira nosso lugar de capitalismo periférico e colonizado em crise tem colocado particularidades nesse processo? Quais as abrangências possíveis nas políticas sociais nos marcos dessa sociabilidade?

Visando respondê-las, a presente pesquisa teve como **objetivo geral** analisar criticamente os condicionantes políticos, econômicos, sociais e culturais que estruturam o Processo Transexualizador no Hospital das Clínicas de Pernambuco - Sistema Único de Saúde; e como **específicos**: i) identificar os rebatimentos das regressões na Política de Saúde atual na particularidade do Espaço Trans do HC-PE; ii) avaliar se há presença de transfobia

¹⁰ Não necessariamente pelos profissionais que atuam diretamente nesse serviço, mas por outras pessoas que são trabalhadores/as da instituição na qual o serviço está inserido.

institucional no HC e; iii) sua incidência no acesso e permanência no Processo Transsexualizador.

O resultado dessa investida encontra-se dividido em três capítulos nessa dissertação. O primeiro capítulo recupera rapidamente parte da história da Política de Saúde no Brasil. Nele, encontra-se descrito criticamente como se estabelecia o acesso e negação dos serviços de saúde aos trabalhadores na ditadura militar, assim como as opções políticas de governo adotadas nesse período que foram fundamentais para o fortalecimento da saúde privada no país. Em seguida, aborda-se a luta empreendida pelo Movimento de Reforma Sanitária e suas repercussões para a construção de uma Política de Saúde universal como o SUS. Em suas últimas páginas, ainda discutimos as contradições e desmontes presentes no SUS desde a sua criação, dando ênfase tanto ao neoliberalismo como uma investida não conciliável com a proposta do SUS, quanto ao governo popular do Partido dos Trabalhadores.

No segundo capítulo abordamos a colonização, situando-a como um experimento capitalista generificado que nos trouxe particularidades ao afrontar as experiências com o corpo e o desejo que se construíam para além do padrão eurocentrado. Nele, está presente o debate acerca das interlocuções estabelecidas entre a colonialidade e as violências vividas por Travestis e Transexuais no Brasil. Destacou-se também nesse capítulo a história do movimento LGBT e as disputas por visibilidade e políticas protagonizadas por Travestis e Transexuais. Finaliza-se o segundo capítulo apresentando quais políticas e quais limites têm sido percebidos para Transexuais e Travestis nacionalmente, assim como que ameaças contemporaneamente circundam essas conquistas.

No terceiro e último capítulo, apresenta-se, a partir da interlocução privilegiada com duas trabalhadoras do serviço, as particularidades vividas no Espaço de Acolhimento e Cuidado para Pessoas Trans do Hospital das Clínicas da UFPE. Nele, todos os títulos dos itens que o compõe são fragmentos de colocações feitas pelas entrevistas. Neste capítulo, aborda-se como a transfobia estrutural tem se aliado a outros condicionantes e criado um campo de bastante precariedade nesse serviço; enfatiza-se: i) as mudanças e aprofundamentos trazidos pela EBSERH para o Hospital das Clínicas e suas implicações para o Espaço Trans; ii) as dificuldades de articulação com a rede externa aos serviços do HC e; iii) os descompromissos da gestão diante do quadro de precarização vivido nesse lugar. Do mesmo modo, tem-se neste capítulo uma ênfase para as potências encontradas no Espaço Trans, entendendo que as disputas e alternativas exploradas são fundamentais para o funcionamento desse equipamento.

Nesse sentido, essa pesquisa se propõe a contribuir com um debate que não se iniciou com ela e certamente também não terminará: a Política de Saúde para Travestis e Transexuais no Brasil; sendo as informações aqui ofertadas à representação de uma intenção profunda de que esse serviço, como todos presentes no SUS, se fortaleçam e multipliquem-se para outros locais.

1.1 BABADOS METODOLÓGICOS

Ainda não tem sido incomum, apesar de todos os avanços que esse campo tem alcançado, restringir a discussão metodológica às técnicas e procedimentos operados no âmbito do trabalho científico (MARTIN, 2014). Essa tendência, que tem apostado na operacionalização em detrimento das reflexões filosóficas, políticas e teóricas, esvazia qualitativamente um debate essencial na produção da ciência: o quanto a metodologia fala sobre escolhas, expondo necessariamente a posição no mundo daquela que produz conhecimento (YAMAMOTO, 2014).

Contrariamente a esse caminho, faço a escolha por situar de maneira teórica e política essa dissertação, entendendo que os instrumentos que escolhi utilizar para sua confecção refletem meus interesses para a sociedade. Nesse sentido, pretendo fazer uma breve discussão sobre três pontos que considero primordiais nesse campo: i) os aspectos políticos que orientaram esse trabalho; ii) os processos de afetação (FAVRET – SAADA, 2005) que carregou em decorrência de trânsitos que realizei anteriores e durante essa dissertação e; iii) outras informações que julgo necessárias para melhor leitura dessa produção.

1.1.1 Aspectos Teóricos - Políticos

Relacionado ao primeiro ponto, compreendo que a opção por uma perspectiva que se proponha não somente a entender, mas a intervir sob uma realidade posta, é demasiadamente necessária (MARTIN; ABRANTES, 2015). Digo isso porque paira sobre o campo das ciências vertentes que exclusivamente se propõem a constatar a realidade fenomênica dos fatos, isentando-se da responsabilidade de construir pontes que possibilitem conexão entre as amostras do empírico e as condições históricas e políticas mais amplas que se inter cruzam com ele. Ao meu ver, esse *compreensivismo*, ao não permitir aprofundamentos e contestações radicais do real, tem servido de alicerce para os processos de ocultação, tão funcionais à reprodução do capital (MARTIN, 2014).

Diferente disso, tenho apostado em um caminho nada fácil, mas bastante instigante e necessário para a construção de um mundo¹¹ radicalmente diferente do que hoje nos é apresentado como única alternativa. Com essa intenção, tem sido a teoria social crítica, a partir do pensamento marxiano, aquela que tem, predominantemente, orientado minhas reflexões nesse percurso. Yamamoto (2017) defende que:

Podemos entender que a teoria social marxiana está fundada em três pilares: o método dialético – ou seja, o entendimento de que o ser social é processualidade, é auto estruturado e dinamizado pelos vetores críticos de suas contradições internas; a teoria do valor-trabalho (resultado de suas investigações, de sua análise do real); e pela perspectiva da revolução (YAMAMOTO, 2017, p. 28).

Entretanto, embora esteja eu de acordo com esse postulado, confesso que foi o fato de seu método apresentar, em substituição aos velhos protótipos analíticos, a possibilidade de entender o real em sua amplitude que me motivou a apostar nesse caminho metodológico. Para a epistemologia materialista histórico dialética, “a compreensão dos fenômenos em sua processualidade e totalidade encontra respaldo apenas na dialética entre singularidade, particularidade e universalidade” (MARTIN, 2014, p. 11), sendo nos nexos “existentes entre singular-particular-universal que reside o fundamento que sustenta uma autêntica e verdadeira aproximação e compreensão da realidade” (MARTIN, 2014, p. 11).

O método de Marx tem como baliza a concepção de que:

Em sua expressão singular, o fenômeno revela o que é em sua imediatez (sendo o ponto de partida do conhecimento), em sua expressão universal revela suas complexidades, suas conexões internas, as leis de seu movimento e evolução enfim, a sua totalidade histórico-social. Ocorre porém, que nenhum fenômeno se expressa apenas em sua singularidade ou universalidade. Como opostos, se identificam, e a contínua tensão entre eles (singular-universal) se manifesta na configuração particular do fenômeno. Em sua particularidade ele assume as especificidades pelas quais a singularidade se constitui em dada realidade de modo determinado, porém não completo, não universal. Ainda segundo Luckács, o particular representa para Marx a expressão lógica da categoria de mediação entre o específico (singular) e o geral (universal), que não podem ser compreendidos de modo isolado e por si mesmos (MARTIN, 2014, p. 11).

¹¹ Compreendo que a teoria social crítica não tem se limitado a construir e intervir sob a ciência, mas a criar parâmetros e apostas para a transformação do mundo, extrapolando o terreno acadêmico.

Essa alternativa apresentada por Lígia Martins (2014) não foi escolhida por mim nem ao acaso nem a partir de idealizações sem fundamento no real. Mas foi por perceber uma conexão entre as situações vividas no bojo do Espaço de Acolhimento e Cuidado para Travestis e Transexuais do Hospital das Clínicas de Pernambuco, e as dinâmicas de desmontes geridas em meio a uma crise do capital sem precedentes, que me fizeram perceber a necessidade de seguir por esse caminho. O que não é a mesma coisa de afirmar que não existem especificidades nos processos gestados nesse serviço citado, sendo também por isso que optei por mergulhar substancialmente em suas dinâmicas próprias.

O método nos possibilita construir uma relação de respeito com o empírico ao considerá-lo como ponto de partida, “sendo ele a expressão empírica do real” (YAMAMOTO, 2017, p. 32). Nesse sentido, apostei e dei as devidas credibilidades aos aspectos percebidos na cotidianidade do serviço estudado, compreendendo que ele também é parte do real; acreditando, sobretudo, ser necessário destituir o poder da velha prática colonial (QUIJANO, 2005) de estabelecer “objetos” de estudo como campo necessariamente pacífico e ficcional, no qual os “sujeitos iluminados” são os únicos possuidores de saber autorizado a desvelar a realidade. Nesse sentido, o uso da teoria social crítica, por via do método, permitiu a implosão das dicotomias sujeito – objeto, teoria – prática, subjetividade – objetividade e individualidade – social, ao apreender as relações sociais em sua totalidade, compreendendo a possibilidade de coexistência de aspectos contraditórios dentro de um mesmo contexto.

Em conformidade com este princípio falamos então, na unidade indissolúvel dos opostos, o que determina saber o objetivo como subjetivo, o externo como interno, o individual como social, o qualitativo como quantitativo etc. Este é o mais absoluto significado da contraposição marxiana aos dualismos dicotômicos asseverados nos princípios de identidade e exclusão próprios à lógica formal (MARTIN, 2004, p. 8).

Todavia, não significa dizer que no cotidiano encontram-se desvelados todos os elementos do real; sobretudo porque o empírico, ao mesmo tempo que revela, oculta, “sendo o movimento do real não podendo ser apreendido, pois, apenas em sua exterioridade”. (PRATES, 2017, p. 32). Afinal de contas “a realidade é complexa, heterogênea e contraditória; apresentando diversas facetas, diversas peculiaridades” (IANNI, 2011, p. 397), por isso “não dando para a conhecer imediatamente” (IANNI, 2011, p. 397). Sendo a tarefa de quem se propõe a pesquisá-la, tirar do ocultamento e aprofundá-la (IANNI, 2011, p. 398).

Entendo assim que:

O conhecimento não emana nem do polo concreto, representado pelo suposto objeto (realidade), nem do polo abstrato, representado pelo “sujeito” (pensamento), concentrando-se no movimento entre estes polos, na relação entre a realidade e a consciência sobre ela. É na base desta tensão que se consolida o trabalho intelectual sobre a realidade, trabalho este que, ao colocar o real a descoberto, pela apreensão de suas múltiplas determinações sintetizadas na unidade aparência essência, o representa e o expressa teoricamente (MARTIN; ABRANTES, 2015 p. 2).

Por isso, não será incomum a ausência de narrativas autoexplicativas feitas pelas interlocutoras, e de reflexões e aprofundamentos realizados a partir delas, entendendo a importância da coexistência desses dois movimentos. Alerto que a princípio pode causar estranheza, mas peço que permitam que esse incômodo circule até produzir reflexões, possibilitando inclusive contrapontos ao que aqui foi colocado, já que existe nessa produção uma proposta de diálogo radical com quem a lê. Buscamos fazer isso sem retirar nenhuma responsabilidade da nossa incumbência, sem impossibilitar que a leitora seja parte ativa e, por isso, reconstitutiva desse processo.

Para finalizar esse item, informo que, embora estejamos certas de que as obras marxianas foram fundamentais para a construção dessa produção – justamente pelos elementos acima destacados, aqui elas estabeleceram diálogos com campos que se relacionaram pouco historicamente. Traduzo isso dizendo que existe nesse trabalho as contribuições de pensadoras(res) da **contra-colonialidade**¹², que têm feito imensos esforços para denunciar que capitalismo, racismo e colonialismo têm indispensavelmente caminhado juntos, com vertentes **pós-estruturalista**, que embora apresentemos eventuais contraposições, também impactou os debates aos quais essa pesquisa se propõe. Dizemos isso com a tranquilidade por sabermos ser possível enfrentar a acusação de sermos “eccléticas”, sabendo ser necessário não ignorar nenhum aspecto da totalidade social, incluindo o gênero e sexualidade, tão bem debatidos por outras vertentes.

1.1.2 Sobre trajetórias, afetos e outros bafos

¹² Em acordo com o que a professora Vívian Matias (2018) reivindica, coloco como contra-colonial aquelas posições que tem enfrentado a colonização do saber e exercício hegemônico do poder. Nessa categoria, tem cabido tanto autoras e autores da pós colonial como descolonial.

Em um texto intitulado “Ser afetado” (2015) a etnóloga francesa Jean Favret – Saada apresenta os riscos e potências do envolvimento afetivo do(a) pesquisador(a) com o campo de pesquisa no qual ela (ele) se propõe a desvelar. Segundo ela, existe uma eminente possibilidade de que o trabalho oriundo de um processo de afetação seja sumariamente rebaixado em função de uma suposta necessidade de estabelecer distanciamentos, entre o pesquisador e o pesquisado. Apesar de não ir de acordo integralmente com essa perspectiva, a autora demonstra entender que os afastamentos na pesquisa são importantes, sobretudo para que algumas reflexões sejam viáveis.

Entretanto, Favret – Saada (2015) argumenta que os aprofundamentos na pesquisa não são necessariamente resultados de afastamentos, já que eles podem criar impedimentos para a relação comunicativa entre o campo e o/a pesquisador(a). Esse obstáculo é suficiente para que não haja a fluidez no campo com qual se deseja dialogar. Sendo assim, ela defende um processo contínuo de afetação, levando em consideração que “quando um etnógrafo aceita ser afetado, isso não implica identificar-se com o ponto de vista nativo, nem se aproveitar da experiência de campo para exercitar seu narcisismo” (FAVRET – SAADA, 2015, p. 160).

A proposta apresentada por Fravet – Saada (2015), do meu ponto de vista, representa bastante os sentidos que permearam a construção desta pesquisa, sobretudo, porque esta não iniciou-se na mesma temporalidade em que comecei o mestrado, nem pretende esgotar-se com seu término. Ao contrário, as reflexões, aprofundamentos e intenções críticas que motivaram a construção desse trabalho permanecem vivas e pulsantes mesmo ao final desse ciclo. Isso porque, certamente, não existe uma perspectiva de sutílização das violências vividas por Travestis e Transexuais, nem tampouco uma ampliação dos serviços de saúde direcionadas a essa população.

Sobre esses afetos e relações, é importante deixar registrado que os trânsitos que percorri até o momento que escrevi este trabalho foram essenciais para que essa produção tenha se materializado tal como hoje está. A primeira coisa que potencializou esse feito foi o fato de eu me identificar (e ser recorrentemente identificado) como bicha preta e organicamente militante LGBT desde 2009. Esse lugar foi fundamental para que tanto eu percebesse as dores e demandas de Travestis e Transexuais com mais sensibilidade, quanto para que eu reconhecesse as diferenças de vivências e oportunidades postas para mim e para uma pessoa não cisgênera. Sem dúvida, foi a dor das marcas de meu corpo que possibilitaram o aparecimento da alteridade nas minhas práticas.

A segunda experiência diz respeito aos encontros acadêmicos, políticos e afetivos oportunizados a partir da minha participação no HYPATIA – Núcleo de Pesquisa e Estudo sobre Gêneros, Ciências e Culturas. Grupo situado na UFPE, que honrosamente participei, e que sem o qual minha formação teórico-política não seria a mesma. Nesse espaço, pude ativar as munições para que fosse possível transformar minhas dores em teorias, sendo possível encontrar nele acolhimento, disputas e desconfortos, tão necessários ao mim, e nesse caso a nós, porque também reflete na pesquisa amadurecimento pessoal e acadêmico.

O terceiro ponto diz respeito ao estágio obrigatório em Serviço Social que tive a oportunidade de realizar no Espaço de Acolhimento e Cuidado para Travestis e Transexuais do Hospital das Clínicas, entre março de 2015 e fevereiro de 2016. Na ocasião, tive o privilégio em poder acompanhar, aprender e contribuir com a realidade de Travestis e Transexuais. Foi um período em que, contraditoriamente, fui contagiado por amor e raiva em uma proporção incalculável. Raiva por perceber tantos descasos e violências institucionalizados contra essas pessoas. Amor por poder estar, em meu cotidiano de estágio, contribuindo para a efetivação de uma vida mais possível para pessoas trans. Preciso ainda destacar desse espaço os vínculos afetivos e profissionais que criei com a equipe com a qual atuei, vínculo esse que foi imprescindível para que a pesquisa se tornasse possível, diante de todas as adversidades trazidas por essa conjuntura atual.

No quarto elemento destaco as conversas de bares, as informações trocadas em corredores e a partir dos serviços de saúde LGBT nos quais tenho encontrado pessoas Transexuais e Travestis, sendo eu também usuário deles. Esses trânsitos e trocas foram também constitutivos dessa pesquisa, sendo eles indispensáveis para que questões não percebidas no campo nem em entrevistas pudessem ser refletidas a partir de colaboração coletiva de várias mentes, corpos e vozes.

Todos esses pontos não foram colocados sem intenção, reitero nessa parte metodológica do trabalho. Eles são e foram partes de um processo sem o qual essa pesquisa não estaria nessa formatação atual. Sem eles, certamente, não haveria possibilidade de amadurecimento de um trabalho com essa proposta, sobretudo por se tratar de uma discussão pouco feita no âmbito do Serviço Social. Nesse sentido, trata-se de uma relação de afeto, partilhas e avanços coletivos.

1.1.3 Procedimentos e técnicas

A presente pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética da UFPE, com Parecer Consubstanciado de número 96305418.4.0000.5208 no dia 4 de outubro de 2018. A seguinte concessão permitiu a realização de entrevistas, observação de campo e análise documental do Processo Transexualizador no SUS do Hospital das Clínicas durante o período de outubro de 2017 a fevereiro de 2018. Nesse sentido, na busca por desenvolvê-la, utilizou-se as seguintes estratégias:

a) Revisão bibliográfica: foi feita uma busca e leitura de diversos outros trabalhos que, com muita qualidade, foram substanciais para desenvolver reflexões críticas sobre as dinâmicas e influxos gestados no espaço de Acolhimento e Cuidado para Travestis e Transexuais. Essas produções foram essenciais para a coleta de dados, em termos numéricos, teóricos e históricos, contribuindo para as formulações e posições que vos apresento.

b) Entrevista: foram entrevistadas duas profissionais que atuam no Espaço de Acolhimento e Cuidado para Pessoas Trans. As entrevistadas foram escolhidas estrategicamente, sendo elas interlocutoras privilegiadas no entendimento das dinâmicas que circunscrevem a realidade desse serviço. Voluntariamente optei por não fornecer subsídios que consigam identificar com facilidade as entrevistadas, tendo em vista as possíveis repercussões dessa identificação nesse momento de ampla vigilância e ameaça para aqueles e aquelas que insistem em transgredir o naturalizado; ficticiamente chamadas de Ana Flor e Amanda Palha¹³. Os nomes foram escolhidos com uma justificativa bastante precisa: deixar visível duas travestis que residem no Recife e têm dado contribuições importantíssimas para o Espaço Trans e para meu amadurecimento pessoal e político. Acredito também que a luta dessas travestis tem sido consonante com as batalhas travadas pelas profissionais entrevistadas, tendo em vista a ousadia e vontade política para que haja progresso na Política de Saúde para pessoas Transexuais e Travestis. Portanto, que fique claro: embora não tenha sido a Ana Flor e Amanda Palha as entrevistadas, suas trajetórias inspiram e justificam a nomeação fictícia dessas interlocutoras. As entrevistas foram realizadas em dois momentos distintos com cada profissional, sendo a primeira no dia 15 de outubro de 2018 e a segunda no dia 21 de outubro de 2018. A primeira foi realizada com Ana Flor em uma sala no Centro de

¹³ As fotos de Ana Flor e Amanda Palha estão no anexo A.

Ciência Sociais Aplicada – CCSA/UFPE; a segunda, com Amanda Palha, na sala de atendimento do Espaço Trans, ambas por escolha das interlocutoras. Destaco que em ambas os conteúdos apresentados pelas entrevistadas foram fundamentais para meus processos de reflexão, sendo inclusive utilizadas como canal de aprofundamento teórico-político para o leitor.

c) Observação direta de campo: na intenção de perceber outras dinâmicas além daquelas apresentadas durante a entrevista, foi realizada a observação de campo em três momentos distintos. O primeiro foi no dia 21 de outubro de 2018; nele discutia-se, com as meninas Transexuais e Travestis que desejavam fazer a cirurgia de redesignação sexual, os resultados e eventuais efeitos que a cirurgia traria. Nesse espaço havia 6 Transexuais e Travestis, além de 3 profissionais que atuam diretamente no Espaço Trans. O segundo momento foi durante uma reunião técnica, que acontece semanalmente entre a equipe de profissionais que atuam no Espaço Trans. O objetivo dela é construir coletivamente protocolos, ações e fluxos no serviço; além de possibilitar a resolução de situações mais complexas apresentadas pelos usuários e usuárias. Esta reunião aconteceu do dia 24 de outubro de 2018, e estavam presentes duas Assistentes Sociais e coordenadora do Serviço, a psicológica, a Recepcionista, a Farmacêutica e o Médico de referência da equipe, além de uma pesquisadora que foi apresentar seu trabalho desenvolvido no Espaço Trans. O terceiro foi no dia 13 de novembro de 2018, em um evento no qual encontrava-se diversos serviços públicos que oferecem cuidado e acompanhamento a Travestis e Transexuais no Estado de Pernambuco.

d) Diário de campo: na pesquisa utilizei também o diário de campo, com registros feitos durante o período de estágio, de 2015 a 2016, conforme notificado acima. Dele extrai narrativas, situações e disputas percebidas no Espaço Trans durante esse período. Considero-o fundamental nesse processo, sobretudo, por conter informações preciosas e que não foram possíveis de serem coletadas durante o curto tempo da observação e confecção dessa dissertação. Reitero que todos os nomes citados foram fictícios, resguardando o princípio do sigilo das pessoas interlocutoras.

1.1.4 Outras informações úteis

Para que a leitura flua melhor, apresento três pontos que considero importantes a serem de conhecimento da(s) leitora(s). O primeiro deles diz respeito aos pronomes, que culturalmente referenciam gênero, utilizados nesse trabalho. Por entender que não é possível o binarismo “ele/ela” contemplar uma imensidão de experiências e reivindicação no campo dos gêneros, utilizamos nessa pesquisa: tanto o “ela” (pra se referir aos sujeitos humanos gerais); como o “ele”, assim também com o “ela/eu” sequenciados, quando necessário. O aparecimento de uma ou outra forma irá depender do grupo ao qual estejamos nos referindo. Caso seja um coletivo, no qual há pessoas que se autoreivindiquem homens e mulheres, usarei sempre o ele/ela, caso contrário sigo usando um ou outro, com a certeza de que fazendo isso corro o risco de deixar de fora vivências e expressões.

O segundo elemento diz respeito às posições e conjugações de verbo que eventualmente aparecerão no texto. Por acreditar que essa dissertação não se trata de um trabalho individual, mas a síntese de um processo coletivo de reflexões, disputas e amadurecimentos, optei por conjugar o verbo no plural sempre que possível; demarcando uma pesquisa conjunta, construída não somente entre mim e minha orientadora, mas também, e pelo menos, pelas ações do movimento LGBT (especialmente de Travesti e Transexual); pelas profissionais que bravamente têm atuado no Espaço Trans e por outras pesquisadoras que têm se dedicado ao tema. Sem com isso ter a intenção de me desresponsabilizar, sinalizo que também existirão momentos em que as colocações estarão em primeira pessoa do singular, sobretudo quando se tratar de posições que não encontram consenso entre esses campos citados.

O terceiro e último fala sobre as citações de trechos de músicas e frases confeccionadas por pessoas LGBT, negras e mulheres que estarão presentes ao longo dessa dissertação. Destaco que sem elas essa produção perderia parte de seu sentido, tendo em vista as contribuições desses sujeitos para as reflexões que ensaiamos nesse trabalho.

2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: história, lutas, construções e desmontes

Com a intenção de produzir um conteúdo que subsidie o entendimento e reflexão que nos aproximem dos caminhos trilhados pela Política de Saúde em interfaces com as políticas desse setor direcionadas à população de Travestis e Transexuais, esse capítulo tem a finalidade de evidenciar os processos de luta que compuseram a construção de uma Política de Saúde que apresenta características bastante peculiares em relação a todas as outras experiências nesse campo ao longo da história: o Sistema Único de Saúde - SUS. Para isso, faremos: uma necessária e introdutória discussão sobre as políticas sociais na realidade brasileira e suas repercussões para a formatação da Política de Saúde; uma breve imersão na trajetória da Política de Saúde no Brasil, apresentando configuração e limites; destacaremos o papel das mobilizações sociais para o avanço da Política de Saúde brasileira e construção do SUS; evidenciaremos os desafios e limites postos para a efetivação dessa nova Política de Saúde e; daremos ênfase à disputa de projetos presentes na atualidade, dando destaque aos ataques sofridos pelo SUS ao longo dos últimos anos.

2.1 POLÍTICA DE SAÚDE COMO POLÍTICA SOCIAL

Analisar a política de saúde – seja ela tendencialmente mais universalista ou restritiva, exige situar sua dinâmica aos contextos políticos, econômicos e culturais que a permeiam. Outrossim, coloca-se a obrigação de pensá-la enquanto política social, tendo em vista sua funcionalidade social para o/a trabalhador/trabalhadora, especialmente em um contexto de capitalismo periférico, em que, sem a intervenção estatal, as desigualdades têm estrangulado toda forma de manutenção da vida do proletariado. Por isso, esse subitem representa o desígnio de aproximar a discussão da política de saúde às tendências mais gerais das políticas sociais num contexto de um país colonizado e em crise, como é o caso do Brasil.

Essa intenção se dá diante da necessidade de entendermos os cenários e fluxos presentes na política de saúde nacional à luz das questões que dialogam com conceitos, limites e possibilidades que permeiam as políticas sociais. Sem a pretensão de oferecer subsídios que possibilitem o esgotamento dessa discussão, ou mesmo expor todos os pontos de vistas conflitantes nessa seara, a finalidade aqui é desenvolver sumariamente um debate que ofereça a compreensão das dinâmicas sociais à luz dos processos de lutas apresentados e

destacados – pedagogicamente, em épocas e à acomodação capitalista presentes nesses momentos.

Na vontade de contribuir com o debate, Potyara Pereira (2009) afirma que desde os primórdios da “humanidade”, a política apresentava-se a partir de uma relação entre pessoas diferentes ou desiguais, tendo por isso um caráter necessariamente conflituoso (PEREIRA, 2009, p. 88). A compreensão de política da autora é ampliada, a qual refere-se não só ao ato de votar, eleger candidatos/as ou se candidatar a um cargo público, mas diz respeito também “às ações do Estado face às demandas e necessidades sociais da sociedade, desde que aquele se tornou crescente interventor” (PEREIRA, 2009, p. 87).

Apesar de não avançar em demasia nesse contexto, Pereira (2009) realiza suas observações a partir do modo específico de produção: o capitalismo. Nesse cenário, em que as desigualdades são acirradas e as diferenças sofrem diversas tentativas de coerções (inclusive institucionais), a política, e nesse caso as políticas sociais, ganham um sentido bastante específico na vida do trabalhador. Elas tornam-se indispensáveis à vitalidade desses sujeitos, sendo necessária tanto para eles quanto para os capitalistas, já que a não manutenção da vida dessa classe acarreta em radical comprometimento para a garantia material da riqueza socialmente produzida.

Portanto, pensar as políticas sociais executadas sob os trilhos dessa ordem societária requer entender os processos de luta que atravessam sua criação e desenvolvimento, entendendo tanto sua finalidade para o/a trabalhador/a quanto sua funcionalidade para o capitalismo. Bering (2006) é uma das autoras que tem feito um imenso esforço, e brilhante trabalho, para nos apontar que ao contrário do que se tem apresentado como resposta, o debate sobre política social tem que sempre se dar a partir de entendimentos amplos e profundos, considerando sempre o cariz econômico e político presente. Desse modo, chama a atenção o fato de que a política social:

É sempre um resultado que envolve mediações complexas - socioeconômicas, políticas, culturais, e sujeitos políticos/forças sociais/classes sociais que se movimentam e disputam hegemonia nas esferas estatal, pública e privada (BEHRING, 2006, p. 16).

Nesse sentido, torna-se fundamental considerar as políticas sociais como processo e resultado de “relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre o Estado e a

sociedade civil, no âmbito dos conflitos e luta de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo” (BEHRING; BOSCHETTI, 2014, p. 36). Assim, estaria ela em constante disputa de direção, especialmente por estar situada em um sistema no qual a contradição é sua marca maior. A autora ainda evidencia a necessidade de perceber que essa disputa não se restringe à produção de normativas jurídicas que apresentam intenções de ações, mas também a um processo constante e não dispensável em nenhum momento da vida social.

Assim, é fundamental considerar que, no que pese todo o esforço em construir negociação, enfrentamento e resistência desempenhados pelas/os trabalhadoras/res para que se garanta a normatização de políticas que assegurem, ou colaborem, para a sua satisfação social, a simples criação de alguma dessas políticas não garante, via de regra, sua plena execução. Isso se dá pelo fato de que, mesmo entre aquelas políticas regimentalmente instituídas, existe um contínuo e intenso movimento de disputa de racionalidade¹⁴ presente naquele terreno.

Com o interesse de aprofundar qualitativamente o debate, Soares (2010) chama a atenção para a necessidade de se compreender, e valorar com os devidos créditos, a importância das lutas sociais no movimento de construção das racionalidades que irão nortear a construção das políticas sociais. Segundo ela:

A racionalidade que fundamenta o Estado e as políticas sociais é, pois, determinada historicamente, inclusive por diversos mecanismos de pressão das classes na disputa pela hegemonia. Em momentos de maior organização dos movimentos sociais da classe trabalhadora e maior disputa de classe, em que a luta pela hegemonia se torna mais acirrada, há maiores possibilidades de conquistas relevantes para os trabalhadores, mesmo que provisórias e/ou parciais, imprimindo-se uma racionalidade político-emancipatória às políticas sociais (SOARES, 2010, p. 37).

O trecho apresentado por Soares (2010) é bastante instigante, sobretudo por defender que não existem políticas sociais sem a organização, mobilização e resistência da classe trabalhadora, e também não há uma indiferença quantos aos elementos econômicos e políticos presentes conjunturalmente, sendo então as políticas sociais o resultado de uma combinação de diversos fatores, constatação que inevitavelmente nos coloca o compromisso de percebermos

¹⁴ Sobre racionalidade consultar Soares (2010).

as diferenças entre as ações do Estado nos últimos 10 anos e as que temos percebido nos último dois, com o Governo do Presidente, não eleito, Michel Temer. Ainda sobre esse segundo ponto, Mandel (1982) destaca que existe uma tendência que tem acompanhado historicamente os países de capitalismo periféricos mundialmente: em tempos de crise do capital, o Estado segue sendo protagonista na criação de políticas anticrises, que inclui o esfacelamento das políticas e direitos sociais, com objetivo de garantir o reequilíbrio e adensamento dos patamares de lucratividade capitalista.

Nesse sentido, o terreno das políticas sociais, especialmente na nossa realidade colonizada, é um chão arenoso, permeado por diversas investidas, ficando evidente o quanto é fundamental rejeitar análises unilaterais que se apresentam como chaves analíticas para compreender as políticas sociais, sobremaneira aquelas que são entendidas “como iniciativas exclusivas do Estado para responder as demandas sociais e garantir a hegemonia” (BEHRING; BOSCHETTI, 2014, p. 37) ou como fruto único da “luta dos trabalhadores na garantia do direito, retirando a função das políticas para o sistema capitalista” (BEHRING; BOSCHETTI, 2014, p. 37).

Assim, endosso a tese defendida de Behring e Boschetti (2014) ao afirmarem que a compreensão das políticas sociais “deve sempre levar em consideração suas múltiplas causalidades, as conexões internas, as relações entre suas diversas manifestações e dimensões” (BEHRING; BOSCHETTI, 2014, p. 43). Por isso, Iamamoto (2009) chama a atenção para as particularidades históricas e culturais brasileiras, sendo fundamental então levar sempre em consideração que no Brasil “as soluções políticas para grandes requisições têm sido orientadas por deliberações de cima para baixo, e pela reiterada exclusão das classes subalternas, historicamente destituídas da cidadania social e política” (IAMAMOTO, 2009, p. 30).

Dessa maneira, nos resta a tarefa de compreender que se há no Brasil um processo político e econômico que o conecta à ordem internacional – seja aquele tocada pelo capitalismo, seja reconhecido pelas/os trabalhadoras/es, há particularidades na nossa história que necessariamente precisam ser consideradas na hora de avaliarmos os processos de luta e conquistas de direitos no nosso país por via das políticas sociais. Um dos pontos centrais que devemos colocar em destaque para esse entendimento é nossa herança escravocrata, formalmente exercida por mais de 300 anos e que nos deixou consequências de todas as ordens até os dias atuais.

Aníbal Quijano define como colonialidade as persistências de padrões colonizadores – baseados em violência, em ausência de diálogo e intransigência, na nossa vida cotidiana política. Para o autor, a colonialidade não se esgota no colonialismo, forma de dominação político-econômica e jurídico-administrativa das metrópoles europeias sobre suas colônias; mais que isto, ele expressa um conjunto de relações de poder mais profundo e duradouro que, mesmo com o fim do colonialismo, mantém-se arraigado nos esquemas culturais e de pensamento dominantes, legitimando e naturalizando as posições assimétricas em que formas de trabalho, populações, subjetividades, conhecimentos e territórios são localizadas no mundo contemporâneo.

Esse movimento que não somente ocorreu no Brasil, mas que aqui teve particularidades, nos coloca outros elementos para pensar os processos de luta e as formas de diálogo e repressão do Estado para com os trabalhadores. Aníbal Quijano (2005) ainda destaca em seu texto “Colonialidade e Modernidade/Racionalidade” a importância que o racismo teve para a efetivação do projeto imperialista nos países latino-americanos:

Portanto, é impossível não ver que a vasta maioria dos explorados, dos dominados, dos discriminados são exatamente os membros das “raças”, das “etnias”, ou das “nações” em que foram categorizadas as populações colonizadas, no processo de formação desse poder mundial, da conquista da América em diante (QUIJANO, 2005, p. 2).

Léila Gonzales (1984) amplia esse debate ao realçar que além do elemento raça, o gênero – ou aquilo que pouco a pouco foi se inserindo em nosso território como tal, também foi essencial para o processo de colonização necessário ao capitalismo. Foi a partir da exploração – sexual, do trabalho escravo doméstico e de violências de outras naturezas, destinadas prioritariamente às mulheres negras, que foi construído o projeto de nação tal qual está desenhado atualmente. Esses dois elementos são centrais para entendermos que aqui, no Brasil, as questões raciais e de gênero têm imprimido elementos que nos colocam limites mais demarcados, proporcionando o terrível encontro com o que há de mais violento e repressor por parte do Estado, especialmente quando se trata de pessoas negras reivindicantes.

Dito isso, reforçamos a necessidade de sempre levar em consideração no debate das políticas sociais: i) a relação estabelecida entre estas e as questões estruturais da economia e seus efeitos para as condições de produção e reprodução da vida da classe trabalhadora; ii) as

posições tomadas pelas forças políticas em confronto, desde a atuação do Estado até a atuação dos movimentos sociais e; iii) os aspectos socioculturais – e no caso brasileiro necessariamente raciais, que estão presentes em dada sociedade e que formaram e reconfiguram significativamente as políticas presentes.

Portanto, prevalece aqui a ideia de que as políticas sociais, como campo que não pode ser apanhado como fenômeno isolado da lógica dominante instaurada, são sempre materializadas a partir de inúmeras contradições e correlações de forças que estarão presentes em sua composição, seja para garanti-las, para não perdê-las, ou para ampliá-las. Assim, os fluxos e inflexões experienciados na Política de Saúde, que aqui serão explicitados, não podem se distanciar do entendimento que esta, enquanto política social, é influenciada, podendo também ser condicionada por contextos políticos, econômicos, culturais e sociais que se expressam no cotidiano.

2.2 DITADURA E POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A área de atuação do Governo deve ser normativa e fiscalizadora, cabendo à iniciativa privada a efetiva atuação no atendimento da população (...) através de convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social.

Fala do presidente da Federação Brasileira de Hospitais – 1975

Na nossa história recente, os processos de truculência e arbitrariedade não foram exceções. Na verdade, desde o período colonial até os dias atuais tem sido a violência a principal forma de respostas oferecida pelo Estado à classe trabalhadora. Esses processos têm trazido imensos custos às nossas vidas, dizimando-as e tornando obsoletas todas as conquistas decorrentes das brechas mais progressistas na nossa trajetória. Esse item destina-se a falar da ditadura militar iniciada oficialmente na década de 1960. Um período de pouco mais de 20 anos, mas que deixou marcas sem precedentes na história nacional, especialmente para a Política de Saúde.

A materialização do Golpe Militar-Civil-Empresarial em 1964 abriu precedentes para uma série de redimensionamentos em áreas estratégicas no Estado. O Golpe teve a intenção de garantir o salvamento do capitalismo em meio à crise. Os militares, assumindo o controle do país em um contexto marcado pela Guerra Fria e por uma crise econômica que lhes

conferiam o apoio de segmentos expressivos da iniciativa privada e dos setores médios urbanos, adotaram “o planejamento como instrumento capaz de equacionar e dar encaminhamento à resolução dos problemas acarretados pelo subdesenvolvimento, que sacrificava a população e minava o orgulho nacional” (PONTE, 2011, p. 181).

O discurso da época anunciava o compromisso brasileiro frente a um processo de modernização internacional no qual o Brasil ainda não estava completamente integrado. Portanto, mais do que construir alternativas de sobrevivência à classe trabalhadora, as políticas sociais deviam também, e prioritariamente, atuar como instrumento para essa integração. Porém, é importante assimilar que a modernização, ao contrário do que era defendido e propagado, não tinha a intenção de suavizar as iniquidades - nem nacionais, nem mesmo regionais, presentes no país. Ao contrário,

A ditadura significou para a totalidade da sociedade brasileira a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo. Os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática (BRAVO, 2007, p. 06).

Bravo (2007) também evidência que o trato à questão social era dado a partir do binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a “finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital” (BRAVO, 2007, p. 6). Essa postura vai se refletir em todas as ações e políticas governamentais da época, expressando as diversas contradições desse período. Um exemplo disso é a unificação da Previdência Social em 1966, processo esse que se deu visando contemplar duas dimensões: aumentar significativamente o papel interventivo do Estado, tendo em vista seu poder de regulação e disciplinamento da vida social; e alijar os/as trabalhadores/as dos processos de participação na gestão da previdência, restando a estes/as somente a tarefa de financiá-la.

Portanto, longe de apresentar propostas e ações que incentivassem a valorização do trabalho, seja por via das políticas sociais que respondessem às demandas da época ou fortalecimento dos setores públicos e estatais, os processos ditatoriais acirraram as rotinas de negligências, controle da vida, especialmente no campo da saúde, não fornecendo nenhuma

alternativa satisfatória aos problemas que emergiam na época. O que se observa nesse período é um incentivo, sem o qual seria impossível a emergência tão forte desse setor, à saúde privada, privilegiando a velha e não resolutive prática curativista.

Em 1974, com a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), as empresas de medicina passaram a contar abertamente com um reforço estatal no sentido de garantir o fortalecimento do setor privado de saúde. Administrado pela Caixa Econômica Federal e constituído principalmente com recursos da Loteria Esportiva, “o FAS desembolsou até 1979 cerca de sete bilhões de cruzeiros (moeda vigente na época) para a saúde, dos quais 70% (algo em torno de um bilhão e meio de reais) foram destinados a hospitais particulares situados no eixo Rio de Janeiro - São Paulo” (PONTES, 2011, p. 187).

Carlos Pontes (2007) ainda afirma que os empréstimos concedidos através do FAS proporcionaram um importante conforto aos empresários no campo da saúde, tais como: longos prazos de carência, juros subsidiados e correção monetária abaixo da inflação. Assim, instala-se um verdadeiro processo de drenagem dos recursos públicos que passam a capitalizar as empresas de medicina privada, transformando a saúde em um negócio bastante lucrativo (PONTES, 2011, p. 187).

Esse fortalecimento do setor privado abriu portas importantes para a instalação, cada vez mais massiva, da hegemonia¹⁵ curativa-privatista no setor da saúde, fazendo prevalecer aquilo que Bravo (2007) chama de medicalização da vida. Nesse sentido, atrelada à ideia de não ampliar o campo público na saúde, existia um esforço do Estado em incentivar a emergência do setor privado e consequentemente a dinâmica curativa.

Esse fato se ratifica ao analisarmos os dados relacionados ao comprometimento do Estado na saúde do trabalhador. Em termos de atendimento, enquanto em 1970 o setor público significava 4,2% do total de internações, em 1976 esse percentual caiu para 2,6%; enquanto o setor privado nessa mesma época chegou a quase 98% desse número. Ou, ainda, quando observamos que os 41 hospitais pertencentes ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS,¹⁶ em 1978 eram responsáveis por apenas 253 mil

¹⁵ A noção de hegemonia foi criada no seio da tradição marxista, sendo Gramsci seu principal expoente. De maneira sintética, hegemonia pode ser concebida como a prevalência – em termos de poder, de determinadas posturas e concepções de mundo.

¹⁶ O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia federal, foi criado em 1977, pela Lei nº 6.439. Seus 16 anos de existência correspondem ao período em que o país transitou de um sistema de saúde segmentado, voltado principalmente para a prestação de serviços médico-hospitalares a clientela previdenciária, nos marcos da ideia meritocrática de seguro social, para um sistema de saúde

internações de um total estimado em aproximadamente 6.286.000. O que significa que, “naquele período, 96% das internações ficavam sob a responsabilidade de empresas de saúde contratadas pelo Ministério da Previdência e Assistência Social” (PONTES, 2011, p. 187).

Ou seja, se havia um número já preocupante, por revelar a (des)implicação do Estado com a saúde do/a trabalhador/a – que diga-se de passagem não era algo possível a todo trabalhador (a exemplo daqueles que estavam desempregados), esse percentual torna-se mais dispar frente à postura estatal em privilegiar o setor privado, especialmente no campo da medicina curativa. Segundo o Presidente da Federação Brasileira de Hospitais – FBH:¹⁷

(...) a atuação do Governo deve se concentrar nas atividades de saúde de interesse coletivo, como saneamento básico, pesquisas, formação profissional, higiene e segurança do trabalho. A iniciativa privada concentra-se, principalmente, no atendimento individual (...). A área de atuação do Governo deve ser normativa e fiscalizadora, cabendo à iniciativa privada a efetiva atuação no atendimento da população (...) através de convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social (PONTES, 2011, p. 189).

Isto posto, fica clara a intenção da FBS – uma das maiores organizações no campo da saúde na época. Ao defender que ao Estado cabe somente dar conta daquilo que o setor privado não tinha interesse, a saúde coletiva, escancaram-se os pretensões mercadológicos na saúde. Cabia ao Estado atendê-los, deixando o espaço livre, e com bastantes atrativos, para a saúde curativa – hegemônica à época, a cargo do campo privado.

Portanto, foi o alinhamento do Estado às requisições do mercado que possibilitou um aumento expressivo relacionado ao crescimento do número de novas instituições hospitalares de caráter lucrativo. Estima-se que entre 1964 e 1974 esses estabelecimentos passaram de 944 para 2.121 (PONTES, 2011), reverberando um crescimento percentual de pelo menos 200%. Necessariamente esses números são subnotificados se não levarmos em consideração que nessa mesma época houve uma duplicação do número de instituições Hospitalares

desenhado para garantir o acesso universal aos serviços e ações de saúde, com base no princípio da seguridade social. Para mais informação consultar:< <http://www.fgv.br/cpd/doc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>>.

¹⁷ A Federação Brasileira de Hospitais (FBH), fundada em 1966, é uma entidade associativa, sem fins lucrativos, com a finalidade única de representar os interesses dos hospitais brasileiros. Essa representação se dá essencialmente na forma da defesa dos interesses dos donos e gestores dos hospitais que representa. De acordo com publicação da própria FBH, sua missão é: "Congregar os hospitais, estabelecendo diretrizes práticas e políticas que impliquem fortalecimento empresarial e otimização de resultados da rede hospitalar nacional."

“Filantrópicas” (empresarial). Ou seja, instituições que embora se denominem sem fins lucrativos, são gerenciadas segundo os interesses comerciais¹⁸.

Segundo Soares (2010):

A política de saúde nesse período passou a privilegiar a assistência médica previdenciária em detrimento da saúde pública. Além disso, o aparato hospitalar privado tornou-se central no atendimento dos segurados, respondendo às necessidades das grandes multinacionais da área de equipamentos médicos e de medicamentos, além da própria rede privada de serviços (SOARES, 2010, p. 33).

Assim, longe de garantir um amplo investimento na saúde pública e fragilizar o binômio saúde preventiva *versus* saúde curativa, a marca maior dos governos ditatoriais no trato à saúde foi a permanente contradição entre garantir uma legitimidade entre a sociedade brasileira no sentido de evidenciar a importância do sistema vigente; disponibilizar recursos financeiros que assegurasse o mínimo para a manutenção dos serviços públicos existentes e; garantir que os interesses empresariais fossem atendidos.

Essa contradição somente foi favorável aos interesses privados, especialmente àqueles cuja potencialidade para manter ou retirar os governos do poder era mais demarcada. Assim, a saúde estatal foi sendo rapidamente o reflexo daquilo que o privado não tinha interesse, deixando para trás uma série de necessidades em saúde apresentadas pelos/as trabalhadores/as, mantendo-se ajustada a uma “estrutura centralizadora, curativa e excludente” (COSTA, 2007, p. 86). Portanto, podemos afirmar que nesse período a política de saúde foi objeto, “por parte do Estado, de uma verdadeira programática de despolitização e dialeticamente, racionalização e tecnicismo, seguindo a lógica ideocultural hegemônica da modernização conservadora” (SOARES, 2010 p 33).

Esse cenário somente vai se redimensionando a partir do acirramento da crise econômica e política vivida nos primeiros anos da década de 1970, e consequente contestação popular do sistema ditatorial, tendo como resultado a ampliação do descontentamento dos trabalhadores (COSTA, 2007), profissionais e estudantes diante do contexto, também em saúde, em vigência.

¹⁸ Esse fenômeno que ganha força na atualidade, especialmente nos anos 2000, longe de ser novo, tem sua gênese em um passado bem mais distante do que em geral apontamos. Nos próximos tópicos desse capítulo pretende-se aprofundar esse debate.

Portanto, atrelado ao crescimento à alta na demanda por saúde, crescimento do desemprego e consequente não acesso ao sistema de saúde, ganha espaço no governo algumas vozes que defendiam uma reforma sanitária. Um reordenamento dos preceitos em saúde. Esse crescimento, alinhado ao desequilíbrio econômico, condicionou o governo a dar passos, ainda tímidos, rumo a outras lógicas operativas em saúde.

2.3 MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA E O SUS LEGAL

É o momento de pensar quais são as possibilidades concretas que nós temos de mudar o sistema de saúde hoje no Brasil. Esse é o porquê da conferência. Assim ela nasce: no instante em que a discussão sobre a formulação do sistema de saúde no Brasil infelizmente foi tratada como uma simples reforma administrativa.

Fala de Sérgio Arouca na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Os sinais de esgotamento daquilo que se considerou milagre econômico abriram caminhos importantes para o fortalecimento de uma série de contestações que estavam sendo gestadas no bojo da sociedade brasileira, acentuadamente na segunda metade da década de 1970. O aumento do desemprego, paralelamente ao crescimento do trabalho informal, e os expressivos quadros inflacionários, com consequentes aumentos da pauperização da vida das/os trabalhadoras/es, fertilizou o sentimento de insatisfação e enfrentamento mais sistemático das posturas do Estado.

Essa desestabilidade econômica, atrelada ao sentimento de um descontentamento crescente nas massas trabalhadoras, “provocou uma abertura política lenta e gradual nos fins da década, que abriu caminhos para a entrada em cena de novos atores sociais” (COSTA, 2007, p. 87). Raquel Soares (2010) afirma que nessa época, em consonância com tantas outras formas de resistência e reivindicação, ganha força o Movimento de Reforma Sanitária (MRS). Segundo ela, “o movimento de reforma sanitária surge da confluência de diversos segmentos dos trabalhadores da saúde junto com os movimentos sociais e militantes de partidos políticos – PCB, PCdoB e PT (nos anos de 1980), associando produção teórica à organização e ação política” (SOARES, 2010, p. 35).

Para Fleury (2009):

A construção do projeto da reforma sanitária fundou-se na noção de crise: crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde. A constituição da Saúde Coletiva, como campo do saber e espaço da prática social, foi demarcada pela construção de uma problemática teórica fundada nas relações de determinação da saúde pela estrutura social, tendo como conceito articulador entre teoria e prática social, a organização da prática médica, capaz de orientar a análise conjuntural e a definição das estratégias setoriais de luta (FLEURY, 2009, p. 747).

Assim, os movimentos de resistência à racionalidade presentes na política de saúde atual começaram a ganhar corpo inclusive no interior da própria política estatal de saúde, conforme expõe Costa (2007). Segundo a autora, a Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro – ENSP, foi um exemplo claro disso; pois ao adotar uma metodologia de trabalho que propunha uma ampliação dos serviços públicos estatais, abriu fissuras na ideia de saúde somente como direito daqueles que contribuíam diretamente para seu uso.

Essas posturas tornaram-se cada vez mais comuns entre aqueles que partilhavam críticas ao sistema restritivo, curativo e privativo hegemônico; a exemplo: Criação do Centro Brasileiro de Estudo da Saúde – CEBES (1976); I Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária - ENEMEC (1979) e; Aprovação dos Cuidados Primários – Conferência de Alma – Alta (1978), a nível internacional. Assim, o MRS além de tecer críticas ao modelo de saúde adotado até então, também construía propostas para a superação desse modelo. Soares (2010) afirma que:

O movimento não era homogêneo, sendo constituído por diversos segmentos, desde os que defendiam uma nova ordem societária, fundados numa racionalidade de base emancipatória humana, até mesmo os que defendiam um melhoramento da ordem burguesa, com bandeiras de luta da social-democracia (SOARES, 2010, p. 35).

Entretanto, apesar de não homogêneo, o MRS conseguiu avançar unificando algumas pautas, explicitando coesão em suas posturas. Nos anos 1980, os sinais de esgotamentos do modelo estatal não somente de saúde, mas de forma geral, incorporou muitos outros atores políticos ao MRS, tendo como consequência uma intensificação no processo de politização da saúde.

Nesse período destaca-se, além do papel da academia, o dos movimentos populares urbanos e rurais, a exemplo do Movimento Popular em Saúde – MOPS, o de setores progressistas da Igreja Católica e de associações de moradores de bairro (FLEURY, 2009). As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivizados foram: a universalização do acesso à saúde; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde; a descentralização dos processos decisórios para a esfera não somente estadual mas também municipal; um financiamento que corresponda às necessidades da população dentro da saúde e; a democratização dos espaços de decisões (BRAVO, 2007).

Essas ideias foram progressivamente sendo amadurecidas e difundidas, ganhando cada vez mais corpo em espaços institucionais. Costa (2007) chama a atenção para o terceiro ENEMEC, realizado em Goiânia em 1981, no qual o tema central foi “Saúde, uma conquista do povo”, em que o enfoque foi um debate que exigia o reordenamento da política de saúde nacional, defendendo a necessária articulação entre saúde, pobreza e cidadania. O ápice desse movimento se deu em 1986, a partir da convocação feita pelo Ministério da Saúde para a VIII Conferência Nacional de Saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde consagra o avanço institucional do MRS. Contando com a participação de cerca de 4.500 pessoas (BRAVO, 2007), dentre as quais mil delegadas/os, a VIII Conferência conseguiu agregar uma diversidade inédita nesse espaço de participação – que somente agora torna-se participativo de fato. Com o tema central “Saúde, Dever do Estado e Direito do Cidadão”, esse espaço representou um marco no processo de democratização do setor, especialmente para as relações entre Estado e sociedade civil desde então (COSTA, 2007, p. 90).

No que pese toda a heterogeneidade ideológica e política presente nessa Conferência, prevaleceu a defesa intransigente da saúde como direito universal, sendo responsabilidade do Estado garanti-la. As delegadas e os delegados democraticamente eleitas/os foram categóricas/os em suas proposições – frutos de amplos debates em fóruns específicos anteriores à Conferência, defendendo firmemente a necessidade de universalizar o acesso à saúde, fortalecendo o setor público em detrimento do privado. Bravo (2007) aponta que todas as análises e proposições feitas durante esse espaço “ultrapassaram a setorial saúde, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único de Saúde, mas a Reforma Sanitária (BRAVO, 2007, p. 96).

A posição de Bravo (2007) pode ser constada a partir de uma análise simples do relatório final da Conferência¹⁹. Nele percebe-se uma evidente inclinação, em termos de posição, quanto à necessidade de uma reestruturação da política de saúde nacional, fato explicitado já nas primeiras proposições do relatório ao afirmar que a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em lutas cotidianas (proposta n 2 – Tema: Saúde como Direito, 1986).

Segundo Costa (2007), a Conferência cumpriu o papel de mobilizadora das energias sociais para a formulação de uma nova política nacional de saúde, sob a forma de emenda à Constituição Federal – CF/88. Parte significativa das proposições postas na Conferência foram incorporadas na CF/88. De acordo com Bravo (2007), a Assembleia Constituinte, com relação à Saúde, transformou-se numa arena política onde os interesses e tensões foram reflexos tanto do processo de amadurecimento do MRS quanto da pretensão empresarial – representados pela Federação Brasileira de Hospitais e Associação de Indústrias Farmacêuticas multinacionais, em garantir sua parcela orçamentária e espaço de poder no Estado.

Diante das inúmeras articulações, do preparo técnico do representante do MRS, Sérgio Arouca, amplamente apoiado pelas fortes pressões exercidas pelos movimentos sociais junto aos/às Constituintes, defendeu e conseguiu aprovar em Assembleia Constituinte o projeto de saúde que dialogava, apesar de alguns limites, com o que era defendido pelo MRS. De acordo com Fleury (1987): “o êxito dessa estratégia decorreu tanto da capacidade organizativa e de mobilização alcançada pelo movimento sanitário quanto do caráter racionalizador do projeto proposto” (FLEURY, 1987, p. 98).

Bravo (2007) destaca como pontos de avanço no âmbito da saúde aprovados na CF/88:

- O Direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com as discriminações existentes entre segurados(as)/não segurados(as), rural/urbano;
- As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação;

¹⁹ Para consultar o relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, acessar: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>.

- Constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, necessariamente com a participação social;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, diferente do que vinha ocorrendo, onde o público era complementar ao que o privado não tinha a intenção de atender. Preferencialmente com entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantido ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estivessem seguindo os termos contratuais;
- Proibição da comercialização de sangue, órgãos e seus derivados (BRAVO, 2007, pp. 97-98).

Regulamentado pelas leis 8.080 e 8.142, o SUS conseguiu garantir em sua promulgação a instituição de princípios que orientam a Política de Saúde no país. Nesse sentido, podemos citar: universalidade – que está presente desde a percepção de saúde como um direito de todos/as, de acordo com as necessidades apresentadas e independente da contribuição; equidade²⁰ – significa reconhecer e atentar-se para as desigualdades presentes dentro e fora do SUS, cujo objetivo seria alertar acerca das necessidades de ações que enfrentem essas disparidades e; integralidade – que visa atender simultaneamente o indivíduo e a comunidade, a prevenção e o tratamento, “com ações que enxerguem o indivíduo como um todo, integrando as várias instituições que cuidam de aspectos diferentes da saúde” (COSTA, 2007, p. 92).

Diante do exposto, é possível afirmar que apesar dos limites econômicos, culturais e políticos, o SUS, sem dúvidas, representa um avanço abissal se colocado em tela comparativa com outras experiências da Política de Saúde nacional. Os avanços alcançados através do MRS e de outros agentes políticos deram um tom bastante peculiar ao debate em saúde no Brasil, conferindo ao SUS um lugar de destaque internacional diante de seu caráter progressista. Entretanto, há de se considerar que o projeto jurídico que guia o seu funcionamento encontrou, desde a sua instituição, diversos entraves, alicerçados através de diferentes fundamentos. Essas barreiras impediram a materialização dos pressupostos

²⁰ A “equidade” é ainda a tarefa que tem o Estado de reconhecer que todos têm direito à saúde, respeitando a diversidade entre povos e regiões, contudo, podemos ver que a equidade pode ser vista como uma forma de tratamento diferente oferecida a pessoas que têm necessidades diferentes para se conseguir chegar à igualdade, haja vista que o termo igualdade em saúde pode ser expresso como princípio pelo qual todos os cidadãos podem invocar os mesmos direitos.

normativos expostos nas legislações, que regulamentam o funcionamento do SUS e obrigam os governantes a destituí-las com a intenção de materializar o ideário neoliberal prevalente no Brasil a partir da década de 1990.

2.4 HÁ UMA PEDRA NO MEIO DO CAMINHO: O IDEÁRIO NEOLIBERAL

No plano internacional, a crise de 1930 colocou no cenário político e econômico a hegemonia de uma outra racionalidade – modulada a partir do Estado de Bem-Estar Social. O *Welfare State* aparece como uma alternativa à crise capitalista, a partir da defesa de uma manutenção equilibrada entre o Estado, Mercado e Sociedade. Essa proposta, que surge estrategicamente como alternativa aos desastres deixados pelo pós-guerra, tinha como intenção subsidiar a defesa de que era possível – e necessário, a manutenção do capitalismo a partir de um Estado que proporcionasse a harmonia social. Podemos ainda destacar como ideário dessa corrente ideológica: a intervenção na relação capital/trabalho através da política salarial e do “controle dos preços”; o pleno emprego; a intervenção estatal em áreas estratégicas socialmente através da criação de políticas sociais e; a planificação indicativa da economia.

Obviamente, é necessário constarmos que vivemos em um país de capitalismo dependente, cujo processo de colonização impossibilitou toda iniciativa que cerceasse a intensificação gradual da exploração, inclusive pelo capitalismo internacional. Sendo assim, é fundamental grifar que no Brasil não existiu em um só momento a implementação de um plano com essa magnitude, o que não significa dizer que o debate sobre ele não seja importante para nós, nem tampouco que não tivemos sopros progressistas em nossa história que proporcionaram diferenças para a classe trabalhadora nacional.

No plano mundial, já no final dos anos de 1960, com o aprofundamento na década de 1970, os “anos de ouro” do “capitalismo regulado” já dava amostras de que era insustentável o modelo defendido pelos sociais democratas.

As taxas de crescimento, a capacidade do Estado de exercer suas funções mediadoras civilizadoras cada vez mais amplas e a absorção das novas gerações no mercado de trabalho, restrito já naquele momento pelas tecnologias poupadoras de mão-de-obra, não são as mesmas, contrariando expectativas de pleno emprego, base fundamental daquela experiência. As dívidas públicas e privadas cresceram perigosamente (BERING, 2014, p. 9).

As elites político-econômicas, então, começaram a questionar e responsabilizar pela crise a atuação agigantada do Estado, especialmente naqueles setores que não dialogavam diretamente em favor de seus interesses; incluindo-se nesse campo as políticas sociais, sobretudo porque as crises no capitalismo impõem a necessidade de redimensionamentos de diversas ordens e foi o que aconteceu para a erosão de um *Welfare State* e emersão do neoliberalismo.

Esse descompasso econômico atrelado ao fim do *socialismo real*, consagrado a partir da queda do mundo de Berlim, foi fundamental para que o ideário neoliberal ganhasse terreno no campo concreto das práticas políticas internacionais.

Harvey (2005) define o neoliberalismo como:

Uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos à propriedade privada, livres mercados e livre comércio (HARVEY, 2005, p. 2).

Um dos grandes expoentes desse pensamento foi o economista austríaco Friedrich Hayek, que já em 1944 lança bases importantes que fundamentaram o pensamento neoliberal até hoje. Em seu livro “O mundo da Servidão”, Hayek critica severamente a ideia de um “estado interventor”, demonstrando um explícito saudosismo – embora reconheça alguns deslizes dessa doutrina na época, ao liberalismo clássico. Segundo ele:

Há na atualidade uma renúncia espantosa dos princípios básicos que devem reger uma sociedade. A proposta de um estado interventor, que tem controle sobre a vida e autonomia das pessoas somente sobrepõe a essência humana: a liberdade (HAYEK, 1944, p. 74).

Como alternativa, o economista apresenta a necessidade de se reforçar a liberdade e desmistificar o individualismo, já que ambos contribuem para o bom desenvolvimento de uma sociedade. Ainda de acordo com seu pensamento:

É preciso dizer que o individualismo tem como características essenciais o respeito pelo indivíduo como ser humano, isto é, o reconhecimento da supremacia de suas preferências e opiniões na esfera individual, por mais limitada que esta possa ser, e a convicção de que é desejável que os indivíduos desenvolvam dotes e inclinações pessoais (HAYEK, 1944, p. 40).

Hayek (1944), nessa sua obra, além de atacar ferozmente a ideia de um estado que intervém sobre a vida social de seus cidadãos, também se empenha em desqualificar o socialismo em suas diferentes propostas. Para ele, seria o socialismo uma imposição à servidão, na qual as liberdades estariam definitivamente banidas, prevalecendo a retirada da autonomia e o desincentivo à criatividade. Assim:

Argumentava que o novo igualitarismo (muito relativo, bem entendido) deste período, promovido pelo Estado de bem-estar, destruía a liberdade dos cidadãos e a vitalidade da concorrência, da qual dependia a prosperidade de todos. Desafiando o consenso oficial da época, eles argumentavam que a desigualdade era um valor positivo – na realidade imprescindível em si –, pois disso precisavam as sociedades ocidentais (PERRY, 1995, p. 9).

Por mais de 20 anos as ideias de Hayek circularam somente entre um grupo bastante reduzido de economistas internacionais, especialmente diante do conforto, em termos de lucratividade, que o Estado de Bem-Estar Social estava proporcionando aos capitalistas. Entretanto, com o desenrolar da crise, e iminente ameaça da lucratividade, não somente ganha holofote as ideias de Hayek como a de outros economistas defensores do liberalismo clássico, a exemplo de Milton Friedman, Karl Popper e Michael Polanyi. Em comum, esses pensadores tinham a defesa de um estado liberal, em que a intervenção deveria ser feita somente em casos irremediáveis do ponto de vista do livre mercado.

As proposições desses pensadores gradativamente, e de maneira cada vez mais acelerada, foram sendo materializadas a partir da incorporação de seus receituários nos planos de governo das lideranças políticas dos principais partidos – em termos econômicos, dos países de capitalismo central. Nas palavras de Harvey (2015):

El Estado neoliberal debería favorecer unos flertes derechos de propiedad privada individual, el imperio de la ley, y las instituciones del libre mercado

y del libre comercio. Estos son los puntos de acuerdo considerados esenciales para garantizar las libertades individuales. El marco legal viene definido por obligaciones contractuales libremente negociadas entre sujetos jurídicos en el mercado (HARVEY, 2015, p. 71).

Portanto, com mais força na década de 1970, as requisições que surgiam era que se construísse e assegurasse um estado que garantisse: a livre concorrência; a desresponsabilização crescente dos problemas sociais, - via sucateamento e/ou extinção de políticas sociais importantes para as/os trabalhadoras/es; a privatização das instituições públicas e estatais e, sobretudo; a manutenção e ampliação da propriedade privada.

Obviamente, a hegemonia desse programa não se realizou do dia para a noite (PERRY, 1995). Foi preciso pelo menos uma década, desde meados dos anos 1970, para que o apogeu do neoliberalismo se concretizasse. Harvey (2015) chama a atenção para o fato de que “la dinámica evolutiva de la neoliberalización ha sido de tal envergadura que ha llegado a forzar adaptaciones que han variado enormemente de un lugar a otro, así como también a lo largo del tiempo” (HARVEY, 2015, p. 77). Portanto, compreender o neoliberalismo enquanto ideologia, requer pensarmos que existiram momentos distintos e formas particulares em sua implementação. Essa diferenciação se dá em decorrência dos enfrentamentos políticos travados, em maior ou menor grau, a partir da luta de classes. Foi essa dinâmica de luta que imprimiu versões particulares do neoliberalismo mundo afora.

Para a realidade brasileira, o neoliberalismo precisou ser reconfigurado, sobremaneira o preceito que defende o distanciamento do Estado do social em sua pretensa imparcialidade. Mas como essas premissas poderiam ser bem-sucedidas em um país onde o clientelismo e o patrimonialismo têm uma importância política enorme, havendo um apelo evidente ao distanciamento do Estado das massas populares? Massas essas que historicamente elegem seus governantes por sua moral, ética e carisma? Portanto, para pensar o neoliberalismo à brasileira, precisa-se ter em mente que estrategicamente foram necessárias algumas adaptações, inclusive nos termos das políticas sociais, tendo em vista a necessidade de uma adesão social ao projeto proposto. Obviamente, essa adaptação não comprometeu substancialmente a lucratividade capitalista.

Aprofundando o entendimento e colocando mais elementos para o debate, Ernest Mandel (1982) defende que a hipertrofia do Estado no capitalismo tardio é algo permanente ao longo da história, salvo raras exceções; tendo em vista a reiterada necessidade do

capitalismo nacional desse intervencionismo, no sentido de garantir a competitividade nacionalmente e internacionalmente do capital. Entretanto, essa intervenção não se sobrepõe aos interesses de lucratividade do capitalismo (MANDEL, 1982), exigindo mais ou menos intervenção estatal a partir das crises e obstáculos que aparecem na esteira desse sistema.

Na realidade brasileira, a influência neoliberal ganha força na década de 1990, embora nos anos 1980 já houvesse setores da sociedade articulando fortemente a entrada desse ideário, a exemplo do grupo liberal que instituiu correlação de forças e conseguiu barrar algumas propostas de cunho mais progressista na CF/88. Behring e Boschetti (2014) chamam a atenção para esse momento ao apontarem que embora tenham havido muitos avanços com a CF/88, não por acaso chamada de “Constituição Cidadã”, existiram outros aspectos não enfrentados que representam claramente a disputa de projetos – incluindo o neoliberal, que já se fazia forte na década de 1980. Um exemplo claro foi a proposta de cerceamento da militarização no país (com o fim do serviço militar obrigatório) que foi derrotada em votação.

Mas foi o fortalecimento da crise econômica, ocasionada predominantemente pelo Colapso do Plano Cruzado, iniciada ainda na segunda metade de 1980 e que se acirra na década de 1990, que os impulsos maiores para o ajuste nacional ao ideário neoliberal se fortaleceram. Portanto, choca-se com as propostas de uma constituição extremamente social, internamente comparando, a defesa que somente era possível avançar no desenvolvimento do país com a menor interferência possível do Estado. Nessa mesma época, observa-se, em paralelo à organização popular e social, um crescimento expressivo da articulação da classe dominante brasileira. Reivindicando, sobretudo, uma desarticulação das conquistas sociais e dos entraves econômicos provocados pela maré progressista dos anos 1980.

Historicamente situando, é possível definir que foi durante o governo de Fernando Collor de Melo (1990) que o projeto neoliberal ²¹ foi instituído com maior precisão. A ida de Luiz Inácio da Silva - Lula, para o segundo turno com Collor unificou a burguesia nacional, incluindo o apoio e financiamentos internacionais para esse pleito, garantindo a vitória do candidato que representava inteiramente os interesses mercadológicos. Do mesmo modo, também representava a perpetuação do poder nas mãos do mesmo perfil que há séculos

²¹ Embora os termos e conteúdos estejam em articulação, é necessário reconhecer que há uma diferença entre neoliberalismo e projeto neoliberal. O primeiro diz respeito à doutrina político-econômica mais geral, formulada, logo após a Segunda Guerra Mundial, por Hayek e Friedman, entre outros - a partir da crítica ao Estado de Bem-Estar Social e ao socialismo e através de uma atualização regressiva do liberalismo. Já o segundo refere-se à forma como, concretamente, o neoliberalismo se expressou num programa político-econômico específico no Brasil, como resultado das disputas entre as distintas frações de classes da burguesia e entre estas e as classes trabalhadoras (FILGUEIRAS, 2006).

comanda o Brasil - homem, heterossexual, cisgênero, branco e da classe média sudestina. Além do mais, Collor trouxe para a campanha algo que mobiliza bastante a população geral no país: a promessa do fim da corrupção e a caça aos “Marajás” nacionais.

Um dia depois de sua posse, Collor anuncia seu Plano de Governo, cujo “conteúdo econômico era marcadamente ortodoxo e neoliberal, evidente na estratégia de liberalização da taxa de câmbio e das importações e no projeto de reforma patrimonial e administrativa do Estado” (MACIEL, 2011, p. 102). Ainda segundo Maciel (2011):

O Plano Collor I anunciou a aurora como aspecto inicial de um ambicioso processo de ofensiva contra os direitos sociais e trabalhistas. Esta ofensiva tornava-se crucial para os interesses do grande capital monopolista, seja em função da perspectiva de aumento da taxa de mais-valia como forma de reversão da tendência de queda na taxa de lucro motivada pela recessão econômica, seja pela imperiosa necessidade de desencadear o processo de reestruturação produtiva, com a incorporação de novas tecnologias e novas formas de gerenciamento do processo produtivo, baseadas na desregulamentação do mercado de trabalho (MACIEL, 2011, p. 102).

Behring (2014) elenca, com fins pedagógicos, uma série de requisições exigidas a partir do neoliberalismo para que a alternativa à crise capitalista de fato surtisse efeitos. Entre eles, destaca-se a busca constante por desestatizar as empresas que eram estratégicas e de interesse capitalista. Sem intenção de romper com esse pacto, o projeto adotado por Collor obteve resultados expressivos já nos seus primeiros – e poucos, anos de governo. De 1990 a 1992 foram 18 empresas estatais privatizadas por um montante de 5.371 milhões de dólares. Outra medida de destaque é seu trabalho incansável para desestruturar os aspectos mais progressistas das CF/88, realizado via Congresso por meio de PECs importantes para o desmontes das políticas sociais. Embora tenha somente permanecido dois anos no governo, Collor teve um papel elementar para a inserção e hegemonia do neoliberalismo no Brasil. Após sua renúncia, que foi parte de uma estratégia política diante de um *impeachment* que iminente, o projeto por ele defendido não deixou de avançar nas instâncias governamentais a nível federal.

Portanto, a proposta de minimizar o Estado e torná-lo instrumental ao capital foi durante todos esses anos de redemocratização atualizada e fortalecida por diferentes governos, sob diversos discursos. Isso significa afirmar que, no que pese todo malabarismo retórico e estratégia política adotados para a implantação da ideologia neoliberal no país, nenhum

governante, apesar dos diferentes projetos e táticas para a implantação do neoliberalismo, descomprimiu por um só minuto os acordos firmados com o mercado com o objetivo de garantir a ampla lucratividade capitalista e a restrição gradual, às vezes aligeirada, dos direitos sociais duramente conquistados.

Trazer essa afirmação não significa nem negar os processos de lutas empreendidos durante todos esses anos pela classe trabalhadora – que se traduziu em resistência às várias tentativas de destituir direitos conquistados, nem nivelar por baixo todos os governos que tivemos desde o fim da ditadura militar. Entretanto, é preciso que tenhamos em mente que as alianças políticas e econômicas realizadas pelos(a) presidentes(a) durante os anos que sucederam a promulgação da CF/88 trouxeram ônus notáveis à classe trabalhadora, especialmente no tocante às políticas e condições de trabalho, o que denota que embora as estratégias e os processos de lutas tenham dado tons particulares, o caminho para neoliberalismo tem sido essencialmente favorável para sua acomodação, trazendo pesados ônus à população pobre – predominantemente preta, deste país.

2.5 OS REBATIMENTOS DO NEOLIBERALISMO PARA AS POLÍTICAS SOCIAIS – E DE SAÚDE, NO BRASIL

Concluimos o item anterior explicitando um cenário não muito otimista acerca dos desdobramentos das políticas sociais no Brasil pós CF/88. Isso porque, se por um lado a promulgação da “Constituição Cidadã” expressou avanços importantes para os direitos sociais, por outro esbarrou no projeto neoliberal em que a ordem do dia é cortar o máximo no social para garantir os mega-lucros para capital. Para entender as políticas desde os anos 1990, precisamos compreender a implantação do projeto neoliberal no Brasil.

Conforme dito acima, no período definido como democrático, a necessidade de colocar em prática o projeto neoliberal esteve presente em todos os governos desde o primeiro dia de seus mandatos. E embora existam diferenças consideráveis entre uma estratégia²² e outra utilizadas para a implementação desse ideário, é possível traçarmos em linhas gerais

²² É importante grifar, para que não esqueçamos, que a depender da estratégia adotada pelo governante para a implantação do projeto neoliberal, há evidentes diferenças no sentido das repercussões para a classe trabalhadora. Essa diferença pode se traduzir em políticas sociais mais ou menos abrangentes ou mesmo em mais ou menos repressão aos movimentos organizados que lutam por direitos. Isso não significa nem que essas dimensões não sejam importantes na cotidianidade nem que elas por si só revelem a ausência da incorporação do ideário neoliberal nos governos.

alguns de seus desdobramentos para as políticas sociais – especialmente para a Política de Saúde, ao longo dos anos.

Percebemos que mesmo com poucos anos de mandato, sendo fortemente financiado pelos capitais nacional e internacional, Collor conseguiu avançar em pontos importantes rumo à proposta de destituição dos pontos progressistas – e que representavam uma barreira à ascensão do neoliberalismo, da CF/88. Essa tendência permaneceu viva na rotina do mandato de Fernando Henrique Cardoso – FCH. Já nos primeiros anos de seu governo, é possível perceber um discurso crescente que defendia ser necessário ultrapassar uma legislação atrasada ao desenvolvimento como a que se apresentava na CF/88.

A construção do consenso necessário para que esse discurso pudesse transformar-se em prática apoiada, ou ao menos pouco enfrentada, pela sociedade, se deu a partir de diversos aparatos institucionais. Não era incomum nos anos 1990 ver um forte apelo televisivo que pontuava a urgente necessidade de reduzir estrategicamente o chamado “Estado Gastador”. Na ocasião, diversos programas de televisão com grande alcance popular exibiam em grandes matérias a ineficiência do Estado na execução da Política de Saúde e os altos custos para seu gerenciamento e execução.

Considerando que vivemos nessa década uma crise que dramaticamente atingia a classe trabalhadora, expressa a partir de um crescente número de desempregados/as, motivada, entre outras coisas, pela intensa entrada de equipamentos tecnológicos com a intenção de substituição do trabalho vivo; não restam dúvidas de que esse cenário foi ideal para o discurso do “precisamos poupar para crescer” se massificasse contra o Estado.

Além disso, ganha impulso o trabalho de privatização já iniciado no governo passado. Esse processo tornou-se ainda mais possível graças à construção de uma identificação junto aos/as trabalhadores/as para que o discurso do “o Estado precisa se desresponsabilizar daquilo que toma muito tempo e não gera muito lucro” fizesse sentido na vida dessas pessoas. Sobre os discursos e práticas manobradas para as contrarreformas no Estado, Soares (2010) menciona:

O ajuste estrutural do Estado realiza-se num processo de contrarreforma que é regressivo em relação aos direitos sociais já conquistados – inclusive o direito à saúde - e está fundamentado na racionalidade dominante do capitalismo contemporâneo. Tal racionalidade traz em seu bojo velhos elementos da racionalidade instrumental burguesa que são atualizados e

agregados a novos conteúdos que legitimam a lógica de produção e reprodução do capital nestes tempos de crise (SPARES, 2010, p. 40).

Para isso, o processo de privatização foi essencial. Portanto, no Brasil acelera-se as vendas substanciais de diversos setores estatais para o mercado. Diga-se de passagem, vendas com preços de liquidação, tendo em vista os valores abaixo do mercado que foram comercializados e as formas de pagamento parceladas e sem juros que somente beneficiaram os capitalistas.

Enquanto que às/aos inconformadas/os com esse desmonte violento da CF/88, que embora estivesse começando já tinha pesados custos, restava a violência sistemática e brutal. Portanto, é preciso que fique bastante evidente que a implantação do projeto neoliberal no Brasil tem se dado a partir de muito sangue derramado, sangue especialmente das pessoas negras que ousadamente têm resistido historicamente a esse processo de genocídio institucional.²³

Sabendo que parte significativa dos avanços outorgados pela CF/88 foram destituídos já nos primeiros anos da república, e que a repressão foi a relação mais desenvolvida entre o Estado e os movimentos sociais, é possível afirmar uma inexistência de políticas sociais nos anos 1990? Obviamente não. Especialmente porque as políticas sociais têm uma funcionalidade importante para a reprodução do sistema capitalista, principalmente dentro de uma sociedade balizada pelo paternalismo, personalismo e caritativismo como a nossa. Outrossim, as lutas empreendidas pelo movimento dos/as trabalhadores/as – que nessa época já encontravam-se bastante fragilizados/as em decorrência do desemprego, da precarização e flexibilização das relações de trabalho - também impõem ao governo a necessidade de resposta diante das reivindicações organizadas. Entretanto, não é incorreto afirmarmos que nos anos 1990 é possível perceber uma política social predominantemente formatada para instrumentalizar os interesses capitalistas.

Sobre essa nuance, Behring e Boschetti (2014) afirmam que com a implantação do projeto neoliberal:

²³ Abdias Nascimento (2016) em seu livro “O Genocídio do Negro Brasileiro” define genocídio como recusa do direito de existência a grupos humanos inteiros, pela exterminação de seus indivíduos, desintegração de suas instituições políticas, sociais, culturais, linguísticas e de seus sentimentos nacionais e religiosos.

A tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais – a depender da correlação de forças entre as classes sociais e os segmentos de classe e do grau de consolidação da democracia e da política dos países – em ações pontuais e compensatória direcionadas para os efeitos mais perversos da crise (BEHRING; BOSCHETTI, 2014, p. 156).

Nesse sentido, tem prevalecido desde a década de 1990 – apesar das contradições contextuais e dos eventuais fluxos contrários, o trinômio do ideário neoliberal: privatização, focalização e descentralização (BEHRING; BOSCHETTI, 2014), sendo essa última estabelecida não como partilhamento do poder entre as esferas públicas, “mas como mera transferência de responsabilidades para as federações ou instituições privadas e novas modalidades jurídico-institucionais correlatas, componente fundamental da “reforma” e das orientações dos organismos internacionais para a proteção social” (BEHRING; BOSCHETTI, 2014, p. 156).

Portanto, diante de uma racionalidade que vai de encontro com o aceno universalista ensaiado na Constituição Federal de 1988, restaram às políticas sociais os radicais ataques aos principais pontos que aportavam para uma ampliação de direitos para os/as trabalhadores/as. Assim, a possível construção de um cenário caricaturado, e à brasileira, de “Estado de Bem-Estar Social” foi interrompido por uma terrível rebordosa. Behring e Boschetti (2014) afirmam que a noção de Seguridade Social²⁴ apresentada pela CF/88, se seguida tal como apresentada no texto constitucional, “provocaria mudanças profundas na saúde, previdência e assistência social, no sentido de articulá-las e formar uma rede de proteção ampliada, coerente e consistente para os trabalhadores” (BEHRING; BOSCHETTI, 2014, p. 158). Entretanto, e conforme mencionado, os rumos das políticas sociais foram direcionados pelos interesses mercadológicos.

A Política de Saúde não foi conduzida por um percurso diferente. Segundo Soares (2010), desde Collor é possível perceber evidentes investidas no sentido de inviabilizar o SUS conforme assegurado constitucionalmente.

O governo Collor foi o primeiro a dar início ao ajuste estrutural e à sua contrarreforma. O período de seu curto mandato marcou o início da

²⁴ Segundo o artigo 194 da CF/88 define-se como Seguridade Social o “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1998).

implementação do SUS, que sofreu inúmeras investidas em meio ao momento de refluxo dos movimentos sociais e do movimento de reforma sanitária. Tais investidas se caracterizaram pela inviabilização do sistema na forma de seu marco legal constitucional, pela tentativa de não regulamentação da descentralização e da participação social, pela redução do volume de recursos para a saúde, pelo adiamento sistemático da 9ª conferência Nacional de Saúde, pela reprodução de políticas racionalizadoras, contencionistas e de ações pontuais no âmbito da saúde pública, com valorização do mercado privado de saúde (SOARES, 2010, p. 43).

A tendência que defendia uma Política de Saúde Privada, em detrimento de um SUS público fortalecido, foi fortemente avançando ao longo dos outros governos, a partir da ingerência cada vez mais evidente do Banco Mundial nas decisões mais substanciais sobre a Política de Saúde nacional. Durante o governo de FHC os processos de ajustes do Estado são acirrados e realiza-se a consequente contrarreforma nas políticas sociais como um todo, especialmente na saúde. Esse cenário tornou-se ainda mais possível diante de um movimento de reforma sanitária que vivenciava um amplo processo de influxo organizativo.

Portanto, a confluência entre os grandes investimentos internacionais advindos do Banco Mundial na Política de Saúde – especialmente as políticas ligadas ao combate e prevenção ao HIV/AIDS, deparou-se com um governo abertamente disposto a implementar o receituário neoliberal e um movimento social enfraquecido, ofertando terreno fértil para o aceleração da contrarreforma. Portanto, entendendo que a precarização do SUS é funcional ao crescimento do “mercado de serviço privado” (SOARES, 2010, p. 49), durante a década de 1990, em oposição ao projeto proposto pelo MRS, prevalece a desconstrução dos elementos estruturantes do SUS público de qualidade e o consequente fortalecimento do projeto privatista (BRAVO, 2007). De acordo com Gomes (2014):

Além da ampliação da saúde suplementar verificada na década de 1990 com os incentivos à proliferação dos planos de saúde, verificou-se a tentativa de inversão do sentido da complementaridade previsto na Constituição para o Sistema Único de Saúde. A iniciativa privada, que era complementar à rede estatal, torna-se progressivamente predominante no interior do SUS e a assistência estatal passa a ser complementar à iniciativa privada (GOMES, 2014, p. 28).

Replicando as palavras de Maria Inês Bravo (2007), é possível afirmar que “o projeto prevalente na Política de Saúde da década de 1990 está pautado na política de ajuste, que tem

como principais tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e descentralização como isenção de responsabilidade do poder central” (BRAVO, 2007, p. 101). Assim, “a tarefa do Estado, nesse projeto, consistiu em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado” (BRAVO, 2007, p. 101).

Portanto, a ideia de uma política de saúde universal, equânime e integral foi sendo paulatinamente abandonada em detrimento de atuação focal, desarticulada e pouco resolutive, noções extremamente úteis para o projeto neoliberal em voga. Assim sendo, segue inconclusa (FLEURY, 2004) a proposta de uma política de saúde de fato pública e com qualidade.

Diante desse cenário, fica evidente que os hiatos presentes entre o SUS real e o SUS possível trarão repercussão bastante expressivas para a Política de Saúde ao longo dos anos. Esse processo de fragilização do SUS, que não foi abandonado um só segundo desde a sua criação, ganha contornos específicos na atualidade, exigindo uma análise mais aprofundada sobre esses desdobramentos.

2.6 CONTRADIÇÕES, INFLUXOS E CONQUISTAS NA POLÍTICA DE SAÚDE NOS GOVERNOS PETISTAS

A eleição de Lula em 2002 representou um marco para os movimentos sociais contemporâneos. A chegada de um operário – que expressava conexão entre as demandas populares e o exercício governamental – ao maior cargo representativo nacional, simbolizou, para parte significativa da esquerda, um impulso importante para a continuidade na luta por plenos direitos. Lula é eleito em um momento de significativo influxo nas políticas sociais, especialmente na Política de Saúde, deixando esperançosos aqueles corações que bravamente resistiam ao projeto privatista, que cada vez mais ganhava fôlego na disputa direcional da Política de Saúde. A maior parte do movimento sanitário acreditava que:

Apesar das dificuldades do cenário internacional, coma pressão dos mercados e do capitalismo financeiro, muitos acreditavam que, no Brasil, estaria se inaugurando um novo momento histórico em que uma política de reformas sociais seria privilegiada em detrimento das políticas de ajuste (MENEZES, 2014, p. 10).

Para essa eleição o Partido dos Trabalhadores – PT, que tanto contribuiu para a consolidação do Projeto de Reforma Sanitária, já se encontrava completamente heterogêneo em termos de projeto societário, contendo em suas fileiras tanto membros que insistiam no socialismo – que via de regra esse formato nunca ficou bem definido pelo partido - quanto aqueles que apostavam que seria por meio de um melhoramento da democracia que se alcançaria uma vida plena para os trabalhadores - os chamados reformistas. Ainda existiam no partido, embora com menos força, aqueles que defendiam um afastamento do PT da esquerda, sob a justificativa de que seria sua aproximação a maior causa de outras perdas eleitorais no passado – a exemplo da eleição em que disputaram Lula e FHC.

Com essa base bastante diversa – e um tanto controversa, já nos primeiros meses do Governo Lula, foram eliminadas gradativamente as esperanças alimentadas durante os anos de existência do partido. Isso porque:

Fatos e acontecimentos do governo apontam para um “transformismo promovido por Lula e pelo PT, isto é, processo de adesão (individual ou coletivo) ao bloco histórico dominante, por parte de lideranças e/ou organizações políticas dos setores subalternos da sociedade, com o abandono de suas antigas concepções e posições políticas (MENEZES, 2014, p. 10).

Com o passar dos meses esse cenário foi ficando cada vez mais nítido para os movimentos populares, inclusive aqueles ligados ao PT, resultando em um processo de desfiliação – voluntárias e/ou impostas pelo partido, de importantes figuras com teor mais revolucionário que compunham a organização. Entretanto, é preciso deixar explícito que as crises internas dentro do partido não se iniciaram com a eleição de Lula; Menezes (2014) sintetiza bem esses processos ao elucidar que:

A primeira grande crise veio com o governo Erundina à frente da Prefeitura de São Paulo. A questão central colocada era a relação com o regime democrático: aceitar ou não os limites legais da constitucionalidade. (...) Não houve rupturas no partido, mas as placas tectônicas do PT se moveram. O PT pagou a dívida externa do município, escrupulosamente, e não hesitou em convocar a PM (Polícia Militar) contra a luta operária e popular. No início dos anos 1990, quando a situação política evoluía à direita, e as pressões burguesas pela estabilidade do regime democrático eram mais intensas, a direção do PT convocou o 1º Congresso e decidiu expulsar a Convergência Socialista, uma corrente trotskista que constituiu, após uma unificação com outras organizações marxistas, o PSTU. Foi a segunda grande crise. Dali

para frente, as tendências de esquerda que ainda resistiam no PT ficaram sabendo qual seria seu destino se desafiassem a direção. (...) Finalmente, em 2003, depois da eleição de Lula, a direção do PT não hesitou em expulsar Heloísa Helena e os deputados que vieram a formar o PSOL, com a acusação, novamente, de indisciplina, por terem se recusado a votar no congresso a Reforma da Previdência. Foi a terceira grande crise. Ficou comprovado que a mão da direção do PT não iria tremer no seu giro à direita. Foi, porém, em 2005, que o PT atravessou a mais séria crise de sua história. Uma parcela do núcleo duro de sua direção foi decapitada, politicamente, pela crise aberta pelas denúncias do mensalão (MENEZES, 2014, p. 9).

Essas crises foram se acirrando diante das implicações do partido nos cargos representativos do Estado, denotando um descompasso absurdo entre aquilo que o fundou enquanto organização e as alianças e escolhas políticas realizadas para a manutenção do poder. Analisando o projeto econômico que estruturou o governo é possível afirmar que todos os parâmetros macroeconômicos da era FHC permaneceram intocáveis: o *superávit* primário; a Desvinculação de Receitas da União (DRU); taxas de juros paramentadas pela Selic; apostas na política de exportação, com base no agronegócio; o inesgotável pagamento dos juros, encargos e amortizações da dívida pública; e o aumento da arrecadação da União (MENEZES, 2014).

Essas orientações econômicas trouxeram impactos importantes para as políticas sociais, fazendo prevalecer a defesa de que ao invés de aumentar os recursos voltados ao atendimento das políticas sociais devia-se racionalizá-los, garantindo somente o acesso aos mais pobres, reverberando a famigerada focalização e seletividade, tão presente nas políticas públicas ao longo da nossa história. De acordo com Figueiras e Goncalves (2007):

A política focalizada é de natureza mercantil. Concebe a redução da pobreza como um ‘bom negócio’ e transforma o cidadão portador de direitos e deveres sociais em um consumidor tutelado, por meio da transferência direta de renda. A escolha dos participantes desses programas subordina-se a critérios ‘técnicos’ definidos *ad hoc*, a depender do governo de plantão e do tamanho do ajuste fiscal, numa operação ideológica de despolitização do conflito distributivo. Formula-se uma política social que, por sua origem e natureza, nega os direitos e as políticas sociais universais (FIGUEIRAS; GONÇALVES, 2007, p. 156).

Assim sendo, é possível afirmar que:

O governo Lula (assim como, posteriormente, o governo Dilma) continuou, embora de forma ampliada, com a estratégia do governo de Fernando Henrique Cardoso de implementar políticas sociais compensatórias, de caráter focalizado, em detrimento de outras pautadas na lógica do direito e da Seguridade Social universalizada (MENEZES, 2014 p. 10).

Um aspecto importante que precisa ser destacado para entendermos a maneira como as políticas de austeridade foram executadas, em um governo que se reivindicava de esquerda, foi o desenho das políticas nessa época. As políticas focais, de dimensão compensatória, se tornaram um instrumento importante para a adesão ao plano de governo por uma parte significativa dos movimentos sociais. Sendo o pressuposto desses programas sociais “a tentativa de compensar o que estava sendo agravado pela política econômica e pela ausência efetiva de reformas” (IAMAMOTO, 2009, p. 36).

Portanto, foi com base nessas políticas que “os governos petistas teriam obtido uma base de sustentação eleitoral entre os segmentos mais pobres da população e o governo” (MENEZES, 2014). Assim:

A hipótese aqui desenvolvida de que começa a se desenhar uma nova base de apoio do governo Lula – baseando-se no desenvolvimento de programas de transferência de renda, com características bastante diferentes da que deu origem à formação do PT – é completada, no âmbito maior da proteção social, com a destruição do que havíamos avançado na Constituição de 1988, como fruto do processo de redemocratização do país. Em nome da estabilidade, do crescimento e do cumprimento dos ‘contratos’ com os credores internacionais e nacionais, abandona-se a ideia de universalização das políticas sociais, adotando as antigas formas assistencialistas para os pobres e deixando para os demais (embora não ricos), como única alternativa o mercado (MENEZES, 2014, p. 11).

Desse modo, em contraposição ao modelo de seguridade social explicitado na CF/88, estabelece-se uma modalidade de gestão em que a focalização tem além de uma finalidade econômica, uma funcionalidade política, tendo em vista uma massa social mobilizada em torno dessa proposta de política. Foi essa contradição – aliada às fortes pressões de movimentos organizados específicos, que possibilitou que o aparecimento de políticas de equidade em um contexto de severos cortes nas políticas universais torna-se a marca maior desse governo. Outrossim, acentua-se nessa época a tendência da transferência de

responsabilidade pelo planejamento, execução, monitoramento e avaliação das políticas sociais para o “terceiro setor”.

Essa prática, além de eximir o Estado de custos consideráveis, tendo em vista que, via de regra, os valores passados para o terceiro setor são alçados num valor infinitamente menor do que seria necessário para o Estado executar, também construiu uma relação de parceria importante entre governo e sociedade civil, garantindo a docilidade de uma parte importante dos movimentos sociais. Além de, e com muita recorrência, incorporar no governo ativistas históricos em diversos campos sociais – a exemplo do movimento negro e movimento LGBT.

Portanto, podemos resumidamente descrever, e por isso não contemplar as diversas outras contradições presentes nesse processo, os governos petistas com relação à política social a partir de algumas dimensões: ausência de uma estratégia política sofisticada, em relação a todos os outros presidentes do período democrático, ao inserir fortemente atores importantes dos movimentos sociais; investimento estratégico em políticas compensatórias e; relação com o receituário neoliberal.

No campo da Política de Saúde não foi diferente, sendo replicada a lógica da otimização de gastos pela via da focalização dos recursos, dando, eventualmente, respostas às demandas sociais que não foram possíveis de serem negociadas via Ministério da Saúde e Movimentos Sociais. Nesse sentido, a aposta do governo para a Política de Saúde foi deixar vivo e fortalecido os dois projetos (privatista – reforma sanitária) em disputa. Respondendo estrategicamente a um ou outro projeto, deixando notar que esteve presente nesse governo tanto ações que dialogam com o projeto da Reforma Sanitária quanto aquele que flerta com o da saúde empresarial.

Sem deixar de considerar a importância dos movimentos sociais – e de profissionais que defendiam internamente o projeto de Reforma Sanitária dentro do governo, para os avanços da Política de Saúde; nesse período torna-se importante destacar os elementos de avanços. Bravo (2007) ainda expõe os aspectos de inovação nesse governo ao defender que, diferente do que vinha ocorrendo desde a década de 1990, é possível perceber: o retorno – ao menos discursivo da concepção de Reforma Sanitária; a contratação de profissionais qualificados e comprometidos com o Projeto de Reforma Sanitária para ocuparem o segundo escalão do Ministério da Saúde; a participação do Ministro da Saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e; a convocação extraordinária da XII Conferência Nacional de

Saúde em 2003, em que foi debatido e deliberado acerca da necessidade de aprofundar as propostas defendidas pelo Movimento de Reforma Sanitária.

Também foi nessa época que a taxa de cobertura do Programa Saúde da Família, com relação ao total da população brasileira, aumentou significativamente: 35,7% (2003); 39% (2004) e 43,4% (2005). E embora tenha sido no governo de FHC que esse programa tenha sido criado, não restam dúvidas que ele foi significativamente fortalecido nessa época. Isso mostra que é inegável as importantes diferenças nesse período em comparação com as anteriores, embora não estruturais.

Também não podemos desconsiderar que foi durante o período do governo petista que houve a criação de políticas importantes e tão reivindicadas e negligenciadas dentro da saúde, a exemplo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2009), da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2011) e da Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Homem (2011).

Entretanto, também é imprescindível demarcar os elementos de continuidade do projeto neoliberal presentes nesse período. Sobre eles, Soares (2010) considera que, embora a Política de Saúde nesse governo tenha sido completamente marcada por uma intensa disputa de projetos, prevaleceu a racionalidade privatista, terceirizada, precarizada, focalizada, desfinanciada e estratégica para o mercado (BRAVO, 2007). Deixando evidente que os elementos revolucionários tão presentes na criação do Partido dos Trabalhadores, foi hegemonicamente substituído em prol dos acordos políticos e econômicos.

Sem desconsiderar o papel fundamental exercido pelos movimentos sociais para a criação dessas normativas (a exemplo das políticas de saúde LGBT, do Homem e da população negra, referenciadas acima), Iamamoto (2009) deixa mais nítido esse processo – de ataques aos elementos universais da política em paralelo à valorização do equitativo, ao trazer o Relatório sobre Desenvolvimento Mundial, produzido pelo Banco Mundial em 2006. Nele fica explícito que a meta para a década é o desenvolvimento de políticas de equidades, entendida “enquanto igualdade de oportunidades de forma que respeite as liberdades individuais, bem como o papel do mercado na alocação dos recursos” (IAMAMOTO, 2009 p. 39). A proposição supracitada aposta que é a partir do desenvolvimento estratégico de algumas políticas que a sociedade avançara completamente enquanto nação, desconsiderando que as vidas desses sujeitos são inevitavelmente atravessadas por diversas condições.

Esse direcionamento do Banco Mundial, atrelado à ebulição de alguns movimentos sociais – a exemplo do LGBT, que nos anos 2000 ganha corpo inspirado nas movimentações internacionais que reivindicam o direito à diversidade em organismos da Organizações da Nações Unidas – ONU,²⁵ foram os responsáveis pelo desenvolvimento da Política de Saúde em um contexto um tanto adverso para o fortalecimento do SUS. Entretanto, nascidas em meio às contradições, a execução dessas políticas se daria em um contexto de cortes importantes na Política de Saúde pública. Uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, chamada “Radiografia dos gastos Tributários em Saúde 2003 - 2013, concluiu que embora não tenha havido reduções expressivas em termos de recursos para a saúde, estes foram destinados prioritariamente ao setor filantrópico, ou seja, a organizações não estatais de saúde.

Esse direcionamento de recurso para o autodenominado setor filantrópico e não estatal revela mais uma contradição presente nos governos petistas no trato da Política de Saúde. Afinal de contas, como garantir a implementação de políticas recém-criadas no âmbito do SUS, privilegiando, em termos de recurso, um setor que historicamente tem dado as costas para as demandas de equidades? E mais, como garantir a plena execução de políticas que são bastante complexas de serem implementadas – levando em consideração as amplas desigualdades inscritas na nossa sociedade, é preciso que contestemos de onde viriam os recursos para essas políticas?

Sem a intenção de esgotar essa discussão, tendo em vista que há intenção de recuperá-la mais à frente nessa dissertação, podemos, de maneira geral, admitir que embora o PT tenha por muitos anos contribuído para o avanço do Movimento de Reforma Sanitária, tendo sua criação, inclusive, entrelaçada com as pautas mais gerais do movimento, essa intenção não se materializou de fato ao chegar ao poder, reverberando na formatação da política de saúde durante essa época. Portanto, ao passo que há processos importantes de avanços, a exemplo dos citados, há também, e de uma maneira bastante forte, a continuidade do projeto privatista na saúde.

²⁵ Para entender melhor esse processo ler, Teixeira (2017).

3 “NÃO RECOMENDADAS PARA A SOCIEDADE”: (in)definições, lutas e o lugar de Travestis e Transexuais nas políticas sociais

De maneira não incomum, e cada vez mais assídua, surgem posições que, na intenção de desqualificar e nivelar por baixo as discussões, tem colocado as transexualidades como sendo experiências categoricamente novas no cenário mundial. Esses argumentos têm aparecido com bastante ferocidade, e não ingenuamente, em um momento histórico para o movimento de Travestis e Transexuais no Brasil: a ampliação de um entendimento social sobre essas experiências trans e a conquista, sob duras penas e com muitas limitações, de equipamentos públicos de acolhimento e cuidado para esse segmento. Nesse sentido, com intenção de produzir contrapontos a essas percepções e evidenciar as lutas empreendidas por esses sujeitos para a construção de outro imaginário social acerca das transexualidades, e assim engajar outros atores para a garantia de direitos, esse capítulo tem o objetivo de historicizar, introdutoriamente: i) as artimanhas coloniais do gênero e a pertinência da colonialidade como elemento condicionante para a criação das experiências trans; ii) a construção e importância do movimento LGBT (delineando o protagonismo dos sujeitos T) para a conquista de direitos; iii) a criação de equipamentos de acolhimento e cuidado voltados a essas pessoas e; iv) a dimensão, os limites e as fragilidades desses equipamentos e das políticas.

3.1 OS GÊNEROS, O COLONIALISMO E AS TRANSEXUALIDADES

Vamo assistir você ouvindo a nossa realidade/ Tirando nossas capas de invisibilidade/ As monas unidas pro combate e olha no que deu/ Se quer verso com massagem, pare de socar os meus (GOMEZ, 2018).

Berenice Bento (2008) define a transexualidade como “uma dimensão identitária localizada no gênero, que se caracteriza pelos conflitos potenciais com as normas de gênero à medida que as pessoas que a vivem reivindicam o reconhecimento social e legal do gênero diferente ao informado pelo sexo” (BENTO, 2008, p. 183). Para ela, a transexualidade e outras experiências com os gêneros demonstram que, no que pese todos os artifícios materiais

e discursivos criados para coibir existências que não sejam balizadas pela cisgeneridade²⁶ e heterossexualidade, não existe um completo cerceamento da diversidade, especialmente diante dos desejos que não se apaziguam frente às normas binárias. Por isso, “a transexualidade ainda tem sido percebida como a materialização do impossível, o inominável, aquilo que transcende a capacidade de compreensão” (BENTO, 2008 p. 41).

Mas, apesar de não ser uma experiência nova, é possível afirmarmos que é durante o século XX que a ciência se empenha fortemente na produção daquilo que seria denominado de desvios e patologias associados às transexualidades. Márcia Aran, Sérgio Zaidhaft e Daniela Murta (2008) destacam que o sexólogo Harry Benjamin foi pioneiro nesse campo, sendo os seus estudos um aprofundamento teórico e político acerca da ideia do comportamento transexual. Benjamin é um dos maiores expoentes na produção científica patologizante para pensar os corpos trans. Para o cientista, existia uma escala gradual na qual poderia, a partir de critérios objetivos e comportamentais,²⁷ avaliar se o sujeito que se apresentava ao profissional da medicina e das ciências psis era de fato transexual.

A partir de teorização, o autor criou a Escala de Orientação Sexual (*Sex Orientation Scale* - SOS), um guia diagnóstico através do qual seria possível avaliar a discordância entre os sexos, principalmente a incompatibilidade entre os componentes psicossociais e biomorfológicos (ARAN; ZAIDHAFT; MURTA, 2008, p. 71).

Desde então, profissionais de outros campos de saberes foram aprofundando produções e desenvolvendo teorias para explicar, ou mesmo domesticar, o chamado “fenômeno transexual”.²⁸ É possível afirmar a existência de pelo menos duas grandes linhas teóricas nesse campo: uma endocrinológica – que tem se dedicado a desenvolver tratamentos direcionados a Transexuais; e a segunda, psicologizante – que tem desenvolvido argumentos psiquiátricos no sentido de conduzir essa experiência ao campo do distúrbio. A verdade é que há bastante anos tem havido um investimento pesado – em todos os sentidos e com diversos

²⁶ Sobre cisgeneridade, entendemos as experiências com o gênero, que conferem privilégio, vividas a partir daquilo que foi atribuído aos sujeitos ao nascerem em decorrência do sexo. Pretendemos recuperar esse conceito mais à frente na intenção de aprofundar seu sentido histórico e político.

²⁷ O fato de o sujeito demonstrar aversão a sua genitália, a forma como ele se relacionava afetivamente, a quantidade de tempo que ele acreditava ser uma pessoa transexual, o incomodo ao olhar ao espelho, etc.

²⁸ Termo usado com bastante recorrência na bibliografia patologizante do século XX.

interesses políticos, no intuito de compreender e racionalizar a experiência transexual a partir dos cânones de diversas áreas de saberes.

Mas será que é possível pensar as transexualidades sem levar em conta seus fundamentos filosóficos?

Por entendermos ser impossível refletir sobre essa experiência sem considerar os processos de questionamentos, interrupções, diálogos e rejeições estabelecidos a partir das convenções sociais – que têm fundamentos econômicos, políticos, culturais e sociais, acreditamos que a discussão dessas vivências exige construir pontes que extravasem o binômio desejo – mudança. Pensamos que “cutucar” alguns elementos pode nos possibilitar reflexões um tanto úteis para pensarmos as transexualidades, tais como: O que estabelece normalidade/anormalidade acerca dos nossos desejos sexuais? Quais mecanismos sustentam a naturalização do sexo? Quem, por que e quando foi construída a estrutura que autoriza e interrompe os trânsitos entre os gêneros? Ou mesmo, o que dá sentido a esses gêneros?

Na busca por ensaiar respostas para essas questões, ou mesmo potencializar os incômodos que elas produzem, centenas de autoras/ativistas têm se empenhado e desenvolvido argumentos bastante importantes para desequilibrar a naturalização das desigualdades estabelecidas a partir das relações de gênero, ou como alguns optam por utilizar, desigualdades patriarcais do sexo. Aqui iremos expor algumas dessas contribuições, tendo consciência de que nem de longe as ideias expostas refletem a totalidade, ou mesmo aprofundam, as reflexões e chaves analíticas apresentadas por essas autoras ao longo de suas produções. Reiterando, pois, que a intenção aqui é muito mais introduzir alguns elementos importantes para construir canais de articulação para pensarmos as transexualidades do que necessariamente desenvolver uma síntese completa – e complexa, do que cada corrente e autora tem defendido nesse campo tão plural.

Farei essa breve explanação a partir de três perspectivas que consideramos fundamentais: feminista materialista, pós-estruturalistas e pós-coloniais.

Longe de cair na interminável polêmica acerca de quando iniciou-se a opressão vivida pelas mulheres, Danièle Kergoat (2002) compreende que os aprofundamentos relacionados à exploração, dominação e opressão vividas por esse grupo têm estreita conexão com o modo de produção capitalista. Para ela, embora não seja necessariamente em decorrência desse sistema que as mulheres estejam vivenciando subalternidade – já que existem registros de épocas anteriores a esse modo de produção no qual elas também estiveram em condições de

desigualdade, é nesse sistema que há uma intensificação desses mecanismos de rebaixamento e assujeitamentos. Portanto, como feminista materialista, Danièle Kergoat, embora admita que não é no capitalismo que inicia-se a opressão da mulher, reconhece que dentro dessa sociabilidade tampouco avançaremos rumo à emancipação desses sujeitos.

Para Kergoat (2010) o patriarcado²⁹ alimenta e é alimentado pela desvalorização da mulher nas diferentes esferas da sociedade. É a partir dele que os sistemas de hierarquias são estruturados e consolidados, criando lugares diferentes para os sujeitos a partir do sexo, sendo essencialmente por isso – e pela pretensão de desnaturalizar e historicizar (MIRLA; SANTOS, 2018) o sexo, que o uso da categoria Relação Social do Sexo faz mais sentido para essa corrente.

A crítica à biologização do sexo a que o gênero esteve associado é uma das razões que fazem algumas feministas materialistas preferirem a adoção do termo relações sociais do sexo e não de gênero, por entenderem que o sexo também é socialmente determinado, e reduzi-lo à dimensão biológica reforça o processo de naturalização e de a-historicidade que a sexualidade tem sido tratada, notadamente, no ambiente teórico e político conservador (MIRLA; SANTOS, 2018, p. 50).

Em um tempo não tão distante, outras autoras que têm dialogado com essa corrente, realizaram louváveis esforços para produzir artefatos históricos e analíticos que abriguem a discussão da sexualidade e do gênero para além do binário: *buceta mulher - pau homem*. Destaca-se nessa investida o trabalho produzido recentemente por Mirla Cisne e Silvana Mara (2018). Nele, as autoras definem que o patriarcado, embora tenha atingido prioritariamente as mulheres, “atinge, contudo, outros sujeitos que ao transgredirem o ‘modelo’ patriarcal do ‘macho’ também sofrem sua opressão (...) todos eles, porém, são associados pejorativamente ao sexo feminino” (CISNE; SANTOS, 2018, p. 43).

Esse argumento parece ser interessante para pensarmos algumas circunstâncias vividas pelas mulheres transexuais ou as bichas afeminadas³⁰ ao longo da história, porém acreditamos

²⁹ Que se traduz por uma formação social em que os homens detêm o poder, ou mesmo em que o poder é sumariamente dos homens.

³⁰ Em paralelo ao termo “gay”, ou “homossexual”, tem sido produzida uma imensidão de denominações para definir aqueles sujeitos desviantes do regime heterocisnquadrante. Parte dessas classificações foram ressignificadas e incorporadas pelos movimentos sociais ao longo da história. Por isso, ao fazer alusão ao termo “bicha afeminada”, tenho intenção de demarcar territorialmente os corpos que foram designados como homens em função de sua genitália, mas que não vivenciam e/ou reivindicam uma masculinidade hegemônica.

que ele escorrega na tarefa de dar conta de perceber, e situar, as masculinidades não desejadas dentro do sistema (a exemplo da masculinidade do homem negro, transexual ou da “sapatão caminhoneira”³¹, por exemplo). Todavia, parecem-nos válido compreender que existe uma relação direta entre misoginia, patriarcado e regime de violência.

Daniéle Kergoat ainda defende que as relações sociais são necessariamente consubstanciadas, não podendo ser desatadas ao bel prazer da pesquisadora ou ativista que se propõe a analisá-las e intervir sobre elas. Assim, “as relações sociais de classe, sexo e ‘raça’ se reproduzem e se coproduzem mutuamente” (KERGOAT, 2010, p. 94), exigindo que necessariamente exista uma conexão mútua entre elas e para além delas ao desenvolvermos nossos estudos e criarmos nossos instrumentos de luta.

Diferente da perspectiva adotada por Kergoat, Joan Scott (1986) desenvolve profundamente a categoria gênero ao longo de seus estudos a partir da vertente pós-estruturalista. Para ela, ‘o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma **forma primeira de significar relações de poder**’ (SCOTT, 1986, p. 11).

Em seu texto, *Gênero: uma categoria útil para a análise histórica*, Scott historiciza a categoria ao recuperar elementos e momentos da trajetória dos feminismos em seus diálogos com o gênero. De acordo com ela, “o uso mais recente do gênero parece ter aparecido primeiro entre as feministas americanas que queriam instituir na qualidade fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo” (SCOTT, 1986, p. 01).

Ao que nos parece, essa compreensão foi bastante oportuna para o momento histórico em que o texto surge, pois ainda não existiam elementos fortemente desenvolvidos para disputas que fossem capazes de desestabilizar o argumento do sexo como algo natural. Desse modo, desnaturalizar as relações sociais do sexo pelo gênero foi uma alternativa possível e bastante estratégica aos feminismos. Igualmente, do ponto de vista metodológico, o uso do termo gênero “também sublinhou o aspecto relacional das definições normativas da feminilidade” (SCOTT, 1986, p. 01), introduzindo uma noção interativa no vocabulário analítico dos ativismos.

Entretanto, Scott (1986), em concordância com Kergoat (2002; 2010) não desconsidera que no momento histórico que seu texto foi escrito já havia presente uma

³¹ “Sapatão caminhoneira” é um termo ressignificado no âmbito do movimento de Lésbicas e diz respeito às mulheres lésbicas com expressões e comportamentos tidos como masculinizados.

tendência de substituir o termo “mulher”, ou mesmo “feminismo”, pela categoria “gênero”, garantindo o *status* de ciência para a discussão e sua inserção na academia fosse assegurada. Pois “o gênero parece integrar-se à terminologia científica das ciências sociais e, por consequência, dissociar-se da política (pretensamente escandalosa) do feminismo” (SCOTT, 1986, p. 3). Entretanto, Scott (1986) reconhece a utilidade do gênero justamente por sua função estratégica para a análise das relações de poder.

Nesse sentido, embora a autora defenda a limitação de modelos que definam universalmente nossas ferramentas analíticas na dinâmica de poder estabelecida irregularmente no cotidiano, o gênero ainda significa uma categoria útil para análises históricas e posições políticas. Não desmerecendo outras produções, Scott (1986) propõe que ao invés de procurarmos “a origem única da opressão vivida pelas mulheres, faz-se necessário conceber que os processos estão tão ligados entre si que não poderiam ser separados” (SCOTT, 1986, p. 10). Portanto, é preciso não desarticular a história das mulheres de outras histórias que se inter cruzam.

A proposta de Scott nos parece bastante instigante nos termos da metodologia apresentada. Afinal de contas, construir sentidos universalizantes para as experiências múltiplas dos gêneros significa amolar as perigosas lâminas que têm se contraposto a propostas interseccionais, pertinentemente tão reivindicada, especialmente, pelas mulheres negras. Entretanto, Scott, assim como as demais autoras aqui destacadas, não tem aprofundado o sentido histórico do gênero na vida das pessoas na qual houve um processo brutal de colonização, este que tem reverberado diretamente no que poderia se atribuir ao feminino ou masculino, de acordo com essa binariedade eurocêntrica.

Assim algumas questões ficam no ar: Se existe a necessidade de percebermos as articulações existentes entre a história das mulheres a partir de diferentes esferas, por que não tem sido explorado o argumento de que feminilidades e masculinidades são diferentemente pensadas e vividas pelos sujeitos a partir do fator raça e classe, por exemplo? Ao que nos parece, esse elemento tem que ser central, afinal de contas, a violência de gênero no Brasil tem um diálogo histórico com a violência contra pessoas não brancas e não europeias (vide os assombrosos números de mulheres negras assassinadas anualmente, que cresce inversamente proporcional a de mulheres brancas e de classe média)³². E por fim: porque questionar o

³² Para mais informações sobre esse dado, acessar o Atlas da Violência de 2017: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/170609_atlas_da_violencia_2017.pdf>.

gênero tem sido mais importante que evidenciar as performances não capturadas por esse regime ao longo da história, a exemplo do que ocorre em diversas comunidades originárias que preservaram seus hábitos?

Obviamente não podemos realizar esses questionamentos sem deixar de levar em consideração o tempo histórico que esse texto foi escrito, nem as mudanças de paradigmas agenciadas dentro dos feminismos ao longo desses anos. Mas é que nos parece interessante provocar você que está lendo para o fato de que a ausência da discussão racial nos textos considerados históricos modifica substancialmente as possibilidades de análises e posições que eventualmente temos. E esse limite apontado nessa produção específica – que nós entendemos ainda como uma limitação histórica e política das autoras/res que têm trabalhado a partir dessa perspectiva – cria enormes “gargalos”, não somente para pensarmos as relações sociais desprendidas de uma ótica colonial em que o gênero e a heteronormatividade não fazem sentido, como também para criarmos intersecção entre o gênero a partir dos vários atravessamentos possíveis. Para possivelmente ainda entender melhor esse limite, torna-se importante reconhecermos e refletirmos acerca da posição territorial e de raça que essas autoras têm partido,³³ afinal de contas, isso também pode nos ajudar a perceber com maior ou menor intensidade alguns elementos do cotidiano.

Dizendo isso, não pretendemos desconsiderar nem a importância de Scott, e outras autoras citadas no debate dos gêneros e feminismos, nem reduzir o pós-estruturalismo e feminismo materialista a essas produções e pessoas. Compreendemos bem que ao longo dos anos vários elementos foram reposicionados dentro do próprio escopo criado pelas autoras, assim como também existiram centenas de outras pessoas que têm atualizado e aprimorado essa tendência, a exemplo de Judith Butler (2000), que ao questionar a naturalização do sexo e entender o gênero enquanto *performance* (e por isso ser necessária uma infinita repetição de seu repertório para que sua instabilidade torne-se menos visível), tem sofrido inúmeros ataques partindo não somente daquele setor convencionalmente denominado como conservador na sociedade, como também por outras vertentes feministas, que ao desconhecê-lo e repudiarem sua produção, tem dado alimento aos “monstros” que têm nos devorado diariamente³⁴. Ao nosso entender, esses ataques³⁵ somente reafirmam a pertinência política de sua produção, ao desafiar os limites binários impostos ao gênero e à sexualidade.

³³ Majoritariamente mulheres brancas dos países de capitalismo central.

³⁴ Para visualizar um exemplo desse ataque, ver o anexo B.

Por isso, por mais que nós tenhamos outro ponto de partida para pensarmos as relações que estão circunscritas no gênero, não desconsideramos as produções realizadas por essa corrente, especialmente porque elas também refletem sobre vidas interrompidas/violadas e que estão sendo rotineiramente cerceadas de vários acessos. Entretanto, parece-nos interessante aprofundar um debate que ultrapasse o gênero e/ou suas *performances* e identidades correlatas, refletindo igualmente acerca de seus sentidos econômicos e políticos. Sendo igualmente necessário evidenciar outras histórias, que não somente as contadas pelo colonizador, para pensarmos nossa experiência com corpo e sexualidade, que ao que nos parece não parte do mesmo lugar de outras perspectivas descritas acima, pois para nós, a experiência generificada tem um momento temporal bastante claro: o processo de colonização.

Para nos ajudar a compreender melhor as questões que nos motivam a acreditar em um ponto assimétrico ao de Butler e mais complexo que o de Kergoat, vejamos um trecho da fala realizada por Sojourner Truth³⁶ em 1851 na *Women's Rights Convention* em Akron, Ohio, Estados Unidos, durante uma reunião em que se discutia o direito das mulheres.

Aqueles homens ali dizem que as mulheres precisam de ajuda para subir em carruagens, e devem ser carregadas para atravessar valas, e que merecem o melhor lugar onde quer que estejam. Ninguém jamais me ajudou a subir em carruagens, ou a saltar sobre poças de lama, e nunca me ofereceram melhor lugar algum! E não sou uma mulher? Olhem para mim? Olhem para meus braços! Eu arei e plantei, e juntei a colheita nos celeiros, e homem algum poderia estar à minha frente. E não sou uma mulher? Eu poderia trabalhar tanto e comer tanto quanto qualquer homem – desde que eu tivesse oportunidade para isso – e suportar o açoite também! E não sou uma mulher? Eu parir treze filhos e vi a maioria deles ser vendida para a escravidão, e quando eu clamei com a minha dor de mãe, ninguém a não ser Jesus me ouviu! E não sou uma mulher? (SOJOURNER, 1851, p. 1).

A fala de Sojourner é bastante significativa para pensarmos alguns limites que esbarramos ao longo do tempo para construir a história da mulher – a partir do artifício da universalização. A partir dela, podemos notar que se existia, ou mesmo existe, o mito da fragilidade atrelado à figura da mulher, ele não fazia nenhum sentido para a vida de mulheres

³⁵ Em sua vinda a São Paulo para proferir uma palestra sobre Democracia, Judith Butler foi vítima de ataques e recebida com protestos. Para mais informação, ver anexo C e ler a notícia em: <<https://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/filosofa-judith-butler-e-alvo-de-ofensas-em-aeroporto-de-sp-e-mulher-e-agredida-ao-defende-la.shtml>>.

³⁶ Sojourner Truth foi escravizada por muitos anos em Nova Iorque, sob o nome de Isabella Van Wagenen, Em 1797, foi tornada livre em 1787, em função da Northwest Ordinance, que aboliu a escravidão nos Territórios do Norte dos Estados Unidos (ao norte do rio Ohio).

não brancas e não burguesas. É a partir desse desabafo que também podemos reavaliar se, e por que, os estereótipos de feminilidades e masculinidades diferenciam-se substancialmente a partir do elemento classe, raça e território. Pois o que significa ser uma mulher? E quem pode vivenciar essa suposta mulheridade?

A opção **contracolonial**³⁷ nos parece bastante interessante para construir um cenário que acolha tanto as dimensões econômicas/políticas quanto a esfera da *performance* não heterossexista e não generificada. O não colonial tem amparado tanto os feminismos dissidentes – a exemplo dos feminismos negros e transfeminismos, quanto os movimentos sociais subalternizados – a exemplo do movimento negro. Nesse sentido, embora eventualmente seja necessário realizar imersões na história europeia e norte-americana – inclusive porque vivemos em uma fase do capitalismo na qual a história de um país ou região implica e é implicada diretamente na outra, daremos prioridade à dimensão da colonização para impressão do gênero em nossa cultura e política.

Acreditamos que não é possível realizar uma crítica situada ao gênero desprezando as repercussões do processo de colonização capitalista em nossa forma de lidar com o corpo e os desejos. Fazendo essa aproximação, acredito ser possível pensar não somente o gênero enquanto norma, mas evidenciar sua função social, econômica e política ao ser implantado e atualizado em nossas vidas. Portanto, sem dissociar nossas experiências de uma dinâmica social mais ampla, pretendemos deslocar nossas análises e reflexões de onde sempre estiveram (considerando as particularidades do sul global no processo de generificação), destoando a referência única – portanto sem desprezá-la do norte global.

Aníbal Quijano (2005) destaca que a investida colonial tem uma base material bastante evidente: a conquista de novos territórios a serem explorados pelos países de capitalismo central. Esse processo ancorou-se e foi apoiado a partir da ideia de raças hierárquicas (brancos *versus* não brancos). Portanto, essa dinâmica foi apoiada a partir desses dois eixos fundamentais.

Por um lado, a codificação das diferenças entre conquistadores e conquistados na ideia de raça, ou seja, uma supostamente distinta estrutura

³⁷ Utilizamos provisoriamente essa expressão para nomear as experiências que escapam das emboscadas coloniais, que ao generalizarem a história tem deixado para trás elementos significativos da historiografia não europeia/norte-americana anterior ao processo de colonização. Compreendemos que dentro do contracolonial existem conflitos e disputas as quais não conseguiremos dar conta nesse trabalho. Entretanto, nos parece ser uma posição útil para pensarmos as relações sociais para além do gênero.

biológica que situava a uns em situação natural de inferioridade em relação a outros. Por outro lado, a articulação de todas as formas históricas de controle do trabalho, de seus recursos e de seus produtos, em torno do capital e do mercado mundial (QUIJANO, 2005, p. 117).

Esse processo implicou, por um lado, “na brutal concentração dos recursos do mundo, sob o controle e em benefício da reduzida minoria europeia da espécie e, especialmente, de suas classes dominantes” (QUIJANO, 2005, p. 2); e por outro lado, “no estabelecimento de uma relação de dominação direta, política, social e cultural dos europeus sobre os conquistados de todos os continentes” (QUIJANO, 2005, p. 2). Quijano (2005) ainda destaca que a localização geográfica estratégica da América Latina aliada à possibilidade de exploração de um trabalho não pago incentivaram sobremaneira o avanço do processo de colonização, que era construído cotidianamente junto àqueles sujeitos considerados nativos.

Foi através das relações cotidianas que o colonialismo foi exercendo seu poder sobre a vida das pessoas dominadas,³⁸ tornando natural aspectos culturalmente forjados. Nesse sentido, a diferença fenotípica e territorial foi sendo traduzida a partir da categoria raça, sendo fundamental existir uma hierarquia estabelecida entre aquela considerada evoluída (branca, europeia e burguesa) e aquelas possíveis de serem exploradas por não representarem genuinamente o padrão humano (indígenas, e mais adiante negras). Por isso, Quijano (2005) grifa oportunamente que o avanço capitalista somente chegou nesse estado de complexidade atualmente conhecido porque a divisão racial do trabalho assim o possibilitou, não havendo, portanto, capitalismo sem colonização nem a colonização nesses moldes se não pelo processo de acumulação capitalista. Portanto, fica evidente que para Quijano (2005), embora não houvesse a necessidade de um elemento existir para outro avançar, na história eles se retroalimentaram.

Avançando a partir do que trouxe Maria Lugones (2014), incorpora-se em seu debate a categoria gênero como também sendo essencial para a solidificação do processo de colonização. As contribuições dessa autora são essenciais para aprofundar uma relação extremamente crucial para o processo colonial e que aparentemente não foi trabalhada com profundidade por Quijano. Lugones, ao pensar a colonialidade do gênero, complexifica “a compreensão do autor sobre o sistema de poder capitalista global, mas também critica sua

³⁸ Utilizo aqui o binômio dominados - dominadores como estratégia retórica de dar ênfase ao tratamento dado pelos europeus às pessoas não europeias que vivenciaram o processo de colonização. Faço isso sem a intenção de desprezar nem desconhecer os muitos processos de lutas e resistências tocados pelos nossos povos contra o processo colonial.

própria compreensão do gênero visto só em termos de acesso sexual às mulheres” (LUGONES, 2014, p. 939). Para aprofundar sua tese, Maria Lugones parte da compreensão de que para os colonizados não existia, *a priori*, uma intenção de generificar as *performances* e desejos dos sujeitos colonizados – inclusive porque era essa não generificação que garantia que a tortura e violência de toda ordem (sexual, física, simbólica) fossem justificáveis.³⁹

Assim, “os povos indígenas das Américas e os/as africanos/as escravizados/as eram classificados/as como espécies não humanas – como animais, incontrolavelmente sexuais e selvagens” (LUGONES, 2014, p. 936). Assim, ao passo que existia o homem (burguês, europeu, branco, heterossexual e cisgênero) e a mulher (branca burguesa e que reproduzia capital racial e econômico), os sujeitos colonizados eram tidos como animais, irracionais, imorais e não humanos.

Para esse efeito, o cristianismo – através da moralidade e da culpa, foi fundamental, sendo o balizador das relações consideradas normais, logo moralmente aceitas, enquanto as outras eram postas no campo da abjeção, ou desumanas. Práticas sexuais e corporalidades não condizentes às normas heterossexuais foram sendo sumariamente classificadas como animais, portanto, veementemente condenáveis.

Assim, à medida que o cristianismo se tornou o instrumento mais poderoso da missão de transformação, “a normatividade que conectava gênero e civilização concentrou-se no apagamento das práticas comunitárias ecológicas, saberes de cultivo, de tecelagem, do cosmos, e não somente na mudança e no controle de práticas reprodutivas e sexuais (LUGONES, 2014, p. 937).

Sobre isso, Estevão Rafael Fernandes (2016), em seu texto, “*Homossexualidade Indígena no Brasil: um roteiro histórico-bibliográfico*”, traz diversos relatos produzidos predominantemente por membros da Igreja Católica em missão durante os séculos XVI e XVII. Esses relatos demarcam bem o posicionamento das missões cristãs no enfrentamento de *performance* que comprometesse a manutenção da hegemonia heterossexual e cisgênera.

³⁹ Entretanto, com passar dos anos, a armadilha colonial construiu alicerces importantes para alimentar a ideia de que o melhor caminho para a saída desse processo de desumanização, por via do gênero, era construir bases assimilativas entre os colonizados diante dos padrões héteros e cisgêneros, fato que não se consuma na realidade, tendo em vista que um colonizado jamais vivenciará as dores e delícias daquilo que se estabelece para homens e mulheres colonizadores/as.

Não satisfeitos com esta vida de brutos, nem bastando esta liberdade para saciar à vontade venerea, são incessantemente dados ao peccado de sodomia, tendo-se por mais graves os que mais a frequentam; e não admitindo diferença entre agente e paciente; motivo por que com a mesma publicidade o executa - Notícia sobre os índios tupinambás, 1587 (FERNANDES, 2016, p. 18).

Com o fim do processo de colonização – formalmente situado no século XIX, ganha força a proposta de construir um Estado-Nação, que deveria necessariamente ser civilizado e independente de sua antiga colônia. Entretanto, nas relações cotidianas prevaleceu uma contradição imensa durante todo esse processo, afinal de contas nem houve uma independência econômica – sobretudo porque já não havia mais possibilidade de desvincular a nação ao circuito capitalista ao qual estávamos inseridas; nem tampouco existia o interesse nem possibilidade de resgatar os elementos culturais que garantiriam formas organizacionais e relacionais diferentes daquelas impostas durante a colonização.

Sendo assim, a chamada “civilização” tinha como parâmetro a importação da sociabilidade eurocêntrica, que já sofria importantes influência do diformismo,⁴⁰ que já estava em fase de constituição na Europa, e da heteronormatividade que já era imperante nesses territórios. Essa proposta de país nação, evidentemente, trazia requisições bastante explícitas, não só para a economia, mas também para os corpos e a sexualidade, impostas a partir de um articulado e violento códigos de gênero – que cada vez mais fazia sentido para o nosso povo. Nesse momento, ao passo que tem início um largo processo de reestruturação, ou reordenamento nacional, ganha terreno os instrumentos de controle e punição das sexualidades e corporalidades que não reforçassem a tríade sexo-corpo-sexualidade, traduzida a partir da heterossexualidade cisgênera.

O que foi dito até aqui já nos possibilita afirmar que o gênero e as sexualidades como imposição não ocorrem de maneira homogênea nem linear para todas as populações, especialmente quando percebemos que definir homens e mulheres a partir de genitálias é um ritual moderno e colonial de pensar corpos e desejos. Desse modo, ao invés de somente registrar que o gênero é construído e reiterado através de uma perversa dinâmica de violência, é preciso destacarmos que sem a colonialidade seu turismo discursivo e material não se efetivam. Talvez isso nos ajude a entender que por haver uma relação direta – mas não simbiótica, entre gênero, raça, colonização e capitalismo. Afinal, tem sido nessa sociabilidade

⁴⁰ Que um pouco mais à frente pretendemos recuperar seu significado.

em que, contraditoriamente ao liberalismo – que vende a ideia de que os desejos individuais devem ser respeitados quando não ferem a liberdade da/o outra/o, tem se registrado os maiores números de violências baseadas em relações de gênero. Para nós, é somente a partir desse abusivo empurrão colonial que algumas palavras começam a ganhar sentido em nossa rotina.

A pesquisadora e Travesti Viviane Vergueiro (2015), em sua dissertação intitulada “*Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade*”, destaca que a transexualidade enquanto categoria somente fez sentido nos territórios colonizados diante da violenta investida colonial. Afinal de contas, qual seria o sentido da transgressão se não houvesse norma?

Na busca por criar mais uma aproximação, cabe reproduzir aqui o relato escrito pelo padre capuchinho francês Yves D’Evreux em um material intitulado “Viagem ao norte do Brasil” (1613-1614):

Ha em Juniparan, na Ilha, um hermaphrodita, no exterior mais homem do que mulher, porque tem a face e voz de mulher, cabelos finos, flexíveis e compridos, e com tudo casou-se e teve filhos, mas tem um genio tão forte que vive porque receiam os selvagens da aldeia trocar palavras com elle. (D’EVREUX, 1874, p. 90).

Esse trecho é bastante significativo para nós, sobretudo porque revela o espanto, carregado de uma ampla reprovação moral – que com o avançar do relato mostra-se mais explícito, diante da constatação da existência, sem remorsos, de relações sociais mediadas pelo corpo que não eram estabelecidas a partir dos parâmetros “civilizados” (lê-se: colonial). Portanto, na medida em que os desejos (de ordem sexual e não generificado) foram motes para justificar os diversos sistemas de dominação e exploração lançados contra a população colonizada, também foi se consolidando um esquema de classificação e combate a esses “desvios”.

Portanto, podemos afirmar, sem riscos de equívocos, que foi a partir do avanço imperialista e colonial que gradativamente as terminologias “gay”, “homossexual”, “travesti” e “transexual”, por exemplo, foram sendo inseridas e fazendo sentido no repertório linguístico dos territórios colonizados. Do mesmo modo, a heterossexualidade e a cisgeneridade,

enquanto comportamento desejado e práticas legítimas, também foram sendo inseridas, paulatinamente – e a partir de uma absurda violência, assentadas no lugar da normalidade. Sobre isso, Vergueiro (2015) tem se esforçado para produzir evidências que denunciem não somente a importância da colonialidade para o nascimento da transexualidade – “afinal essa categoria é produzida a partir dos discursos médicos articulados com epistemologias eurocêtricas” (VERGUEIRO, 2015, p. 48), mas também para a construção de instrumentos capazes de realizar uma gigantesca assepsia social a todos os corpos e desejos inconformes ao padrão heterossexual e cisgênero.

Como proposta, Vergueiro (2015) tem apostado no exercício de construir esquemas de poder que abalem a normalidade depositada na cisgeneridade.

O conceito de cisgeneridade que é proposto procura destacar as complexas interações entre a produção de corpos e gêneros inconformes, com as intersecções de colonialidades, racismos e outros processos normativos, um esforço delineado ao final deste capítulo e desenvolvido, precária e autoetnograficamente, pelos dois capítulos seguintes (VERGUEIRO, 2015, p. 71).

Para ela, nomear e aprofundar a categoria “cisgeneridade” significa caminhar rumo a um destino onde a artificialidade seja percebida não somente nas *performances* transgêneras. Portanto Vergueiro (2015) aposta na ideia de “eliminar de nossos vocabulários aquelas palavras e conceitos que promovem a ideia de que os gêneros [de pessoas] cissexuais são inerentemente mais autênticos que os [de pessoas] transexuais” (VERGUEIRO, 2015, p. 47).

Ao que nos parece, a proposta apresentada por Viviane é bastante útil politicamente e coerente em termos teóricos, pois desvelar os efeitos da colonialidade exige desnaturalizar as identidades construídas a partir da referência com o gênero. Sendo assim, se concordamos que as transexualidades são artificialmente construídas – tendo em vista que não existe transgressão das normas sem sua existência, é preciso também ter claro que tampouco existe uma naturalidade nas identidades cissexuais.

A tese defendida por Viviane (2015) ganha ainda mais força na medida em que vasculhamos na história (e nesse caso estamos nos referindo à história europeia, especialmente porque isso repercutiu em nossas formas de nos relacionarmos com corpos) o

momento em que a tríade sexo-corpo-sexualidade ganha o *status* de normalidade tal como temos conhecimento atualmente.

O historiador e sexólogo Thomas Laquer (2001), em seu livro, “*A invenção do Sexo*”, realizou um trabalho brilhante no sentido de desnaturalizar os sexos. Para o autor, o sexo é “necessariamente situacional” (LAQUER, 2001, p. 23), na medida em que não encontramos na história uma linearidade nas definições atribuídas a ele. Na obra, fica claro que nem mesmo nas ciências naturais existe estabilidade conceitual com relação ao sexo, denotando as implicações sociais que atravessam essas posições normativas.

De acordo com Laquer (2001), até o século XVIII prevalecia o isomorfismo - a concepção de que existe apenas um sexo que poderia apresentar diversas variações. Para a época, a mulher, em decorrência da ausência de calor suficiente para evoluir, apresentava uma genitália subdesenvolvida com relação ao homem. Portanto, ao invés de existirem dois sexos – conforme amplamente é defendido e naturalizado, existia somente um, cuja variação acontecia a depender da maior quantidade de calor acumulado nos corpos.⁴¹ Essa definição, que era amplamente amparada a partir do *status* de cientificidade (LAQUER, 2001), embora sustentasse a supremacia masculina a partir da ideia de um estado ideal – que obviamente fazia referência às habilidades e corporalidade masculina, nos serve bastante para sacolejar, com mais força, a ideia de sexo natural enquanto definição.

Berenice Bento (2008), em seus estudos sobre transexualidades, chama a atenção para o fato de existir um encontro, não ao acaso, entre o estabelecimento de dois sexos – hierárquico e necessariamente em oposição, e o crescimento daquilo que denominaria-se transexualidade. Sobre o primeiro fenômeno, Laquer (2001) explicita que foi no século XVIII, fortemente influenciado pelo desenvolvimento capitalista que claramente reivindicava a necessidade de “diferenças hierárquicas para o desenvolvimento do trabalho, ao se estabelecer a ideia de sexos estáveis e radicalmente diferentes” (LAQUER, 2001, p. 27), que também foi solidificando-se a concepção de que para cada sexo definido existe um comportamento e cognição específicas.

Portanto, ao passo que se desenvolviam os argumentos de que: i) existem dois sexos completamente diferentes (dimorfismo) e; ii) eles também têm ingerência sobre as habilidades, lugares e sentimentos a serem desenvolvidos e ocupados pelos sujeitos; cresciam

⁴¹ O calor era compreendido como habilidades e forças e não como estado atmosférico. Nesse sentido, a mulher era vista como ser inferior em decorrência da ausência desse calor.

os sentimentos de insatisfação dos sujeitos diante dos lugares impostos a partir do sexo e, consequentemente, a necessidade de transito diante dos papéis atribuídos ao sexo pelo gênero. Portanto, na medida em que os sexos determinavam lugares rígidos – e não quero dizer com isso que não havia desigualdades entre homens e mulheres anteriores a esse período, também foram construídas outras identidades que não correspondiam, diante do não pertencimento, aos binários pênis-homem (e consequentemente virilidade, força, ausência de medos) e mulher-vagina (fragilidade, cuidado, emoção).

Obviamente, não há espaço para a diversidade dentro de um sistema rígido e binário, tal como foi se desenhando na modernidade. Por isso, não somente instituíram-se regimes de produção pertencimento – que se traduzem pela heterossexualidade compulsória e cisgeneridade como algo natural, como também arquitetou-se mecanismos de combate e punição àquelas posturas que não estavam em sintonia com essas determinações. Nesse cenário, faz todo sentido pensar que a transexualidade, como experiência que transpõe os limites do sexo, tem sido violentamente combatida.

Esse contexto, que já vinha sendo desenhado na Europa desde o século XVI, foi elementar para o aparecimento do estranhamento, e mais à frente o combate, por parte dos colonizadores, diante do encontro com experiências com os corpos que não refletiam nem os desejos sexuais nem as conformidades estabelecidas para o corpo e sexo. Nesse sentido, não somente as transexualidades foram fazendo sentido para nós, como também suas práticas de combates foram sendo assimiladas e sofisticadas nos territórios colonizados.

Portanto, terminamos esse item demarcando que provavelmente sem a colonização nem os gêneros nem a transexualidade fariam sentido nas relações sociais que estabeleceríamos. Desse modo, o controle dos corpos, a violência sistêmica e a atribuição de mais ou menos legitimidade aos nossos desejos têm ligação direta tanto com o capitalismo – a partir do processo imperialista de expropriação de novos territórios e consequente exportação pela violência de seus aspectos culturais, como com o processo patriarcal introduzido em nossa cultura, e nesse caso importa demarcar uma supremacia masculina – que obviamente é exercida pelos homens brancos, cisgêneros e burgueses.

3.2 QUAIS MORTES MERECEM LUTO: interdições e genocídio contra Travestis e Transexuais no contexto brasileiro

Pra que explorar?/ Pra que destruir?/ Por que obrigar?/ Por que coagir?/ Pra que abusar?/ Pra que iludir?/ E violentar/ Pra nos oprimir?/ Pra que sujar o chão da própria sala? (SOARES, 2018).

No item anterior encerramos a conversa evidenciando os processos históricos e coloniais que forneceram os barcos e deram os sopros favoráveis para a viagem do gênero rumo aos territórios colonizados. Nele, discutimos introdutoriamente como nossas formas de lidar com o corpo e os desejos foram sendo cerceadas em função de um comportamento assimilado àquilo que era considerado civilizado. Esse redimensionamento não somente foi tecido a partir de fortes aparelhos de controle e disciplinamento dos corpos, como também apenas obteve êxito diante do terrorismo empreendido pelos instrumentos de vigilância e ajustamentos que foram alicerçados em aspectos políticos, culturais e econômicos.

Ainda vimos que em paralelo ao maquinário que construiu a homogeneização e a “binarização” das relações sociais, esteve presente a insurgência – dos corpos, desejos e *performances*, revelando assim o caráter falho desse “novo” receituário. Portanto, no que pese todas as denominações que são atribuídas a esses atos de rebeldia contra gênero, não podemos desprezar o fato de que existiram e tem se fortalecido diversas resistências à domesticação e colonização das vidas. Do nosso ponto de vista, as travestilidades e as transexualidades representam bem esse enfrentamento.

Entretanto, como medida de punição para aqueles/as que descumprem a norma – construiu-se, e têm sido sofisticados, os instrumentos de aniquilamento – simbólico, físico e psicológico, dos sujeitos desviantes. Acerca deles, debatermos quais têm sido os custos para a vida das pessoas Transexuais e Travestis da aversão àquilo que escapa dos afiados, mas superáveis tentáculos das normas binárias do sexo – gênero.

As linhas até aqui escritas como preâmbulo desse item começam a fazer mais sentido na medida em que nos aproximamos dos dados que descrevem as condições de vida de Travestis e Transexuais no Brasil. Sinalizamos aqui que essa mini radiografia somente é possível em decorrência dos louváveis esforços realizados pelo conjunto ainda reduzido de

acadêmicos trans e pelo movimento de Travestis e Transexuais brasileiro⁴². Dizemos isso para evidenciar que “em nenhum momento da história desse país”⁴³ tivemos um material produzido e amplamente divulgado pelo Estado brasileiro ao longo de nossa trajetória política. Portanto, todos os dados aqui apresentados foram construídos de maneira completamente artesanal, logo com alcance e recursos limitados, pelos movimentos sociais e por acadêmicos. Desse modo, apesar de já nos causarem “desconfortos intestinais”, eles certamente não representam, em sua totalidade, a violência vivida por esse segmento em seu cotidiano.

A pesquisa desenvolvida pela professora de geografia, ativista trans e vice-presidenta do Instituto Brasileiro Trans de Educação, Sayonara Nogueira, e pelo pedagogo, cisgênero, Euclides Cabral, no ano de 2017, nos fornece alguns dados bastante emblemáticos – ainda que parciais, sobre o perfil das pessoas trans no Brasil. Nela, 1911 Travestis e Transexuais de diferentes idades e de diversos lugares do país responderam um questionário virtual no qual havia perguntas que versavam sobre renda, trabalho, escolaridade, acesso aos serviços públicos, uso indiscriminado de hormônios e utilização de silicone industrial, etc.

Para nós, parece pertinente antes de irmos diretamente aos dados sobre as condições de vida experienciadas por essas pessoas, deixar claro o perfil dos sujeitos entrevistados. Com isso, seguindo a sugestão dos realizadores da pesquisa, afirmamos que trata-se de um trabalho parcial e situado (HARAWAY, 1995) em que o perfil dos participantes (racial, geracional, territorial e econômico) são determinantes para a construção dos dados que são apresentados. Isso, obviamente, não retira os méritos do trabalho realizado ou tampouco torna menos legítima a amostra recolhida, mas, sem dúvidas, estabelece peculiaridades nos resultados que precisamos estar atentas. Das pessoas entrevistadas, 53,3% autodeclararam-se brancas; 41,1% pretas e pardas; aproximadamente 1,8% indígenas; 0,26% outros e; 1,45% afirmaram que por discordarem completamente com essa **classificação denominam-se apenas humanos**⁴⁴. Com relação à faixa etária, aproximadamente 68% têm entre 16 e 29 anos, sendo somente 0,7%

⁴² Também gostaríamos de destacar o trabalho e contribuição de acadêmicas e ativistas cisgêneros, não somente para a construção dos dados que serão apresentados como também para o amadurecimento de uma literatura revolucionária e favorável ao desenvolvimento das vidas trans.

⁴³ Utilizamos sarcasticamente esse bordão que foi apadrinhado pelo ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva – Lula, para darmos ênfase ao fato de que nem mesmo nos ventos mais progressistas de nossa história existiu o interesse em construir material sistemático e governamental visando esses sujeitos.

⁴⁴ Embora não seja possível obter grandes resultados reflexivos acerca dessa forma de posicionamento no mundo, cabe-nos destacar que essa definição tanto pode ser um reforço da desvalorização das lutas e posições raciais - num país marcadamente racista como o Brasil; quanto pode refletir uma negação às denominações e classificações que tem se imposto sobre nossas vidas. Sugiro ao leitor e leitora ampliar a reflexão.

pessoas acima de 60 anos de idade. Sessenta pessoas das que responderam o questionário residem fora do Brasil, sendo a maior parte delas na Itália (39).

De maneira geral, podemos perceber que o trabalho informal e o desemprego têm prevalecido entre essa população (1040), fazendo com que a maioria esmagadora (1406) esteja com uma renda média abaixo de 1000 reais ao mês.⁴⁵ Ao que os dados indicam, os serviços públicos de saúde (e eventualmente os privados) têm sido pouco acessados por essa população, já que 80% faz uso de hormônio sem nenhum acompanhamento profissional (CABRAL; NOGUEIRA, 2018) e 70% nunca tinha ido a um serviço de saúde após o processo de transição.⁴⁶

Conforme dissemos de início, esses dados devem ser agravados dramaticamente se cruzados com outros aspectos de classificação da vida – a exemplo da racialidade.⁴⁷ Portanto, certamente, se aproximarmos esse perfil com outros elementos de discriminação, os referenciais serão ainda mais assustadores. Entretanto, se levarmos em conta que o rendimento médio da população brasileira em 2017 era de 1.268 reais⁴⁸ e que 71%⁴⁹ da população brasileira têm ido aos serviços de saúde pública ao menos uma vez ao ano, já percebemos uma discrepância bastante considerável.

Em 2009 a Associação Nacional de Travestis e Transexuais – ANTRA, realizou uma ampla pesquisa sobre ocupação e expectativa de vida de Travestis e Transexuais no país. Nela, constatou-se que 90% das mulheres transexuais e travestis têm a prostituição (ANTRA, 2018) como único meio de sobrevivência em decorrência das violências e precariedades vividas precocemente por essas pessoas:

⁴⁵ Nesse item 142 pessoas informaram não ter renda nenhuma.

⁴⁶ Por processo de transição compreende-se o momento em que o sujeito percebe-se com uma identidade diferente daquela informada ao nascimento, reivindicando-a socialmente.

⁴⁷ Sobre isso, cabe observarmos os dados do Atlas da Violência de 2018, mostrando que quanto mais escuros os sujeitos são, maiores as chances de serem assassinados: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf>.

⁴⁸ Pesquisa realizada em 2017 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE, a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Contínua (Pnad Contínua). Disponível em: <www.ibge.gov.br>.

⁴⁹ Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2015/06/71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia>>.

As pessoas utilizam a prostituição como fonte de renda, e possibilidade de subsistência, devido à dificuldade de inserção no mercado formal de trabalho e a deficiência na qualificação profissional causada pela exclusão social, familiar e escolar (ANTRA, 2018).

Sobre esse aspecto cabe ainda destacar a fala trazida por Joana Oliveira⁵⁰ durante o atendimento realizado no Serviço Social no Espaço Trans do Hospital das Clínicas da UFPE em 18 de outubro de 2015:⁵¹

Eu nunca tive a intenção de me prostituir. Quando eu era pequena sonhava em ser enfermeira, eu achava e continuo achando uma profissão linda, sabe? Quando venho aqui no Hospital das Clínicas e vejo as enfermeiras passando fico babando. Mas eu não consegui realizar esse sonho, fui colocada para fora de casa quando tinha 17 anos, assim que meus pais perceberam que eu era trans. Eu não tinha outra escolha, estava na rua, sem terminar meus estudos, sem dinheiro, sem casa e cada vez com menos amigos. A prostituição foi a única alternativa, sabe? [...] eu ainda tenho fé que um dia vou sair dessa vida, não é fácil viver na rua, sabe?

Na mesma pesquisa, também se averiguou que a expectativa de vida de uma pessoa transexual no Brasil é de 35 anos, enquanto a média para a população cisgênera é de 75,8 anos.⁵² Reiteramos que essa média não representa a expectativa de vida de todos dos grupos aos quais você pertence, mesmo sendo cisgênero, a exemplo de pessoas negras, pobres e ribeirinhas. Nos atentarmos para as dimensões da raça, da classe, do gênero e do território, sem desprezar o fato de que a depender do lugar econômico e social ao qual a pessoa ocupa, das desigualdades e precariedades as tocam de uma forma diferenciada. Entretanto, não deixa de ser terrível perceber que as pessoas transexuais representam hoje no país o grupo político e identitário com a menor expectativa de vida. Não em vão, somos nós quem carregamos a coroa por **estarmos no topo do ranking mundial como sendo o país que mais mata pessoas trans no planeta.**

Esse último dado tem sido anualmente produzido e atualizado pela *Transgender Europe*, ONG europeia que tem se dedicado a construir informações e incidência para visibilizar e garantir políticas para a população transexual no mundo. Através do projeto *The*

⁵⁰ Nome fictício para representar uma mulher transexual que na época tinha 21 anos de idade e desde os 17 era trabalhadora sexual.

⁵¹ Essa informação foi extraída do meu diário de campo durante o período de estágio nesse serviço.

⁵² Dados do IBGE de 2015.

Trans Murder Monitoring,⁵³ a *Trangender Europe* tem denunciado os casos de violência ocorridos globalmente ao evidenciar o cenário de cada país nesse espetáculo dos horrores. Nele, o Brasil tem se destacado por estar a pelo menos 5 anos no topo da lista, deixando para trás com vantagem o segundo colocado, o México, que tem apresentado um número três vezes menor que o total de assassinatos ocorridos no Brasil.⁵⁴

Nacionalmente a ANTRA ainda tem buscado denunciar e dar visibilidade a esses crimes através do “Mapa dos Assassinatos de Travestis e Transexuais no Brasil em 2017”. Nele, constatou-se que somente em 2017 foram pelo menos 179 assassinatos de Travestis e Transexuais - uma estimativa de cerca uma morte a cada 48h, em que apenas 10% desses crimes resultaram em condenação e reclusão para os acusados pelos crimes. Bento (2008) nos oferece algumas alternativas para pensarmos essas impunidades seletivas. De acordo com ela, “um dos critérios para se definir a posição de cada assassinato deve ocupar na hierarquia dos operadores do Direito; parece ser a conduta da vítima em vida” (BENTO, 2008, p. 164). É “como se houvesse um subtexto: quem mandou se comportar assim?” (BENTO, 2008, p. 164).

Sobre o perfil das vítimas: em sua maioria mulheres Transexuais e Travestis, entre 16 e 29 anos de idade (67,9%), negras (80%), profissionais do sexo (70%) e predominantemente do nordeste brasileiro (39%). O mapa ainda aprofunda sobre a tipologia do crime, em que 52% foram realizados através de armas de fogo e 85% do total apresentam requintes de crueldades “como uso excessivo de violência, esquartejamentos, afogamentos e outras formas brutais de violência” (ANTRA, 2018, p. 21).

Esses dados acima citados, na medida em que nos oferecem algumas informações importantes sobre o perfil das pessoas trans no Brasil, também nos provoca a pensar outras questões que não podem ser silenciadas nesse trabalho: O que sustenta a situação de precariedade vivida pelas pessoas trans ao longo dos anos? Quais são as causas que motivam o ódio generalizado contra essas pessoas? Quais as relações existentes entre a violência praticada contra as pessoas trans e as tantas outras formas de violências (especialmente racial e contra mulheres cisgêneras)? Para nos ajudar a construir respostas para esses

⁵³ O *The Trans Murder Monitoring* monitora, coleta e analisa sistematicamente os relatórios de homicídios de gênero e de pessoas trans em todo o mundo (tradução nossa) - TRANGENDER EUROPE, disponível em: <<https://transrespect.org/en/tmm-update-trans-day-remembrance-2017/>>.

⁵⁴ Para acessar o relatório, acesse: <<https://transrespect.org/en/trans-murder-monitoring/tmm-resources/>>.

questionamentos, trazemos para o debate, a princípio, Jaqueline Gomes de Jesus⁵⁵ e Berenice Bento.

Jaqueline Gomes de Jesus (2012), em seu texto, “Transfobia e crimes de ódio: assassinatos de pessoas transgênero como genocídio”, expõe que a nossa história de nação é construída e atualizada a partir de um potente agente de violência voltado ao aniquilamento de Travestis e Transexuais. Segundo ela:

A população transgênero (composta por Travestis e pessoas transexuais) é estigmatizada, marginalizada e perseguida, devido à crença na sua anormalidade, decorrente do estereótipo de que o natural é que o gênero atribuído ao nascimento seja aquele com o qual as pessoas se identificam e, portanto, espera-se que elas se comportem de acordo com o que se julga ser o adequado para esse ou aquele gênero (JESUS, 2012, p. 102).

Para a pesquisadora, a aproximação da transexualidade daquilo que se considera “anormal” tem sido um dos principais fatores que tem motivado e justificado os crimes praticados contra essa população e os lugares para ela destinados – a exemplo da prostituição. De acordo com Jesus (2012, p. 105) “pessoas trans ainda não são vistas como seres humanos, mas como seres abjetos, porque não são inteligíveis para os padrões hegemônicos de gênero (fundamentados no binarismo) e até mesmo de sexualidade”.

Ainda nesse texto, Jaqueline de Jesus (2012) expõe importantes e entristecedores dados relacionados à violência contra Travestis e Transexuais no território nacional, reforçando as informações que acima foram citadas. Para ela, é preciso que tenhamos em mente que vivemos um genocídio praticado contra esses sujeitos, com autorização explícita do Estado, seja pelo silenciamento, seja pela ação direta. Por isso, existe a necessidade de arquitetar cada vez mais estratégias de enfrentamento a esse sistema que tem gradativamente eliminado pessoas trans no mundo.

No texto “Brasil: país do transfeminicídio” Berenice Bento (2016) categoriza e amadurece categoricamente o que Jesus (2012) apresenta como genocídio. Para ela, é preciso nomear com precisão os tipos de crimes direcionados às pessoas trans. Portanto, há uma indicação da autora da necessidade de demarcar que “os assassinatos cometidos contra a população trans devem ser classificados enquanto transfeminicídio, reforçando que a

⁵⁵ Jaqueline Gomes de Jesus é uma Travesti Negra Doutora em Psicologia Social pela Universidade de Brasília – UnB, e professora do Instituto Federal de Tecnologia do Rio de Janeiro.

motivação da violência advém do gênero” (BENTO, 2016, p. 1). O transfeminicídio, que “se caracteriza como uma política disseminada, intencional e sistemática de eliminação da população trans no Brasil, motivada pelo ódio e nojo” (BENTO, 2016, p. 1), tem sua natureza diretamente ligada à aversão daquilo considerado feminino, sendo potencializado quando a feminilidade é incorporada por sujeitos que não carregam em seus corpos a marca daquilo que caracterizou-se como essencial para a feminilidade: a genitália.

Bento (2016), ainda na intenção de melhor caracterizar o transfeminicídio, desenvolve seis recorrências:

- 1) O assassinato é motivado pelo gênero e não pela sexualidade da vítima. Conforme sabemos, as práticas sexuais estão invisibilizadas, ocorrem na intimidade, na alcova. O gênero, contudo, não existe sem o reconhecimento social. Não basta eu dizer "eu sou mulher", é necessário que o outro reconheça este meu desejo de reconhecimento como legítimo. O transfeminicídio seria a expressão mais potente e trágica do caráter político das identidades de gênero. A pessoa é assassinada porque além de romper com os destinos naturais do seu corpo-generificado, faz isso publicamente;
- 2) A morte ritualizada. Não basta um tiro fatal, ou uma facada precisa ou um atropelamento definitivo. Os corpos são mutilados por dezenas de facadas, por inúmeros tiros. Os corpos são desmembrados pelo peso do carro que o atropela várias vezes;
- 3) Ausência de processos criminais. Considerando que se trata de uma absoluta impunidade, pode-se inferir que há um desejo social de eliminação da existência trans com a convivência do Estado brasileiro;
- 4) As famílias das pessoas trans raramente reclamam os corpos. Não existe luto nem melancolia;
- 5) Suas identidades de gênero não são respeitadas no noticiário da morte, na preparação do corpo e no registro da morte. A pessoa assassinada retorna ao gênero imposto, reiterando, assim, o poder do gênero enquanto lei que organiza e distribui os corpos (vivos ou mortos) nas estruturas sociais;
- 6) As mortes acontecem em espaços públicos, principalmente nas ruas desertas e à noite (BENTO, 2016, p. 2).

Essas ponderações nos alertam para o fato de não podermos entender o transfeminicídio a partir somente da morte executada. É preciso que tenhamos em vista que a morte é um estágio final de um processo de negligências, violências e precariedades vividas pelas pessoas Travestis e Transexuais. Talvez por isso as mortes dessas pessoas não causem tanta comoção social. Esses sujeitos estão sendo constantemente empurrados para o abismo da desumanidade.

O processo de exclusão das pessoas trans começa muito cedo. Quando as famílias descobrem que o filho ou a filha está se rebelando contra a

"natureza" e que desejam usar roupas e brinquedos que não são apropriados para seu gênero, o caminho encontrado para "consertá-lo" é a violência. Geralmente, entre os 13 e 16 anos as pessoas trans fogem de casa e encontram na prostituição o espaço social para sobrevivência financeira e construção de redes de sociabilidade (BENTO, 2016 p. 2).

Portanto, por mais que eventualmente nos seja inconveniente reconhecer que existe no cotidiano das pessoas trans uma morte anunciada – vide, por exemplo, os dados de não acesso aos serviços públicos, precisamos mais do que nunca admitir e atuar sobre esse fato. Assim, é sempre importante pensar essa violência a partir do pressuposto de “que o assassinato de pessoas trans no Brasil é simplesmente o desfecho de várias mortes metafóricas sofridas por essa população” (PINHEIRO; ARAÚJO, 2017 p. 48).

Apesar de demarcarmos ampla concordância com os argumentos apresentados pelas autoras, e que têm sido utilizados por tantos outros pesquisadores e ativistas, acreditamos que não podemos desconectar esse cenário de horror experienciado por pessoas transexuais e travestis de uma série de outros elementos que têm ligação estrita com a situação de violência vivida por essa população. Sobre isso, convém “jogar na roda” algumas outras questões que, seja lá qual foi o motivo, não foram devidamente trabalhadas pelas autoras nesses textos.

A primeira questão que queremos destacar é que o aprofundamento da precariedade da vida experienciada pelas pessoas trans, acompanhado do crescimento do número de assassinatos, tem acontecido paralelamente ao aumento da precarização e ataque à vida de outros grupos, ou dos mesmos, se considerarmos que ninguém é somente transexual. Os dados do Atlas da Violência (2018) nos fornecem um panorama detalhado do número de assassinatos ocorridos no Brasil nos últimos anos. Segundo consta no documento, entre 2006 e 2016 pulou-se de 49.000 homicídios ao ano para 62.517.

Ainda de acordo com o levantamento, o Nordeste é a região onde esse crescimento desponta, cabendo destacar que a diminuição dos números do Sul/Sudeste, a exemplo de São Paulo, que nos dez anos estudados diminuiu em 46% a taxa de homicídio, tem ocorrido em paralelo ao amplo crescimento dessas taxas no eixo Norte/Nordeste. No Rio Grande do Norte cresceu aproximadamente 257% no mesmo período. O estudo ainda revela que a taxa de homicídio contra negros cresceu 23%, enquanto que contra pessoas não negras reduziu 6,8%. Sobre o perfil desses sujeitos, são homens negros e jovens entre 16 e 29 anos que mais têm morrido no país, sendo um percentual de 2,7 vezes mais que os brancos. A taxa de homicídios entre as mulheres também revela o quesito racial como relevante; o número de

assassinatos de mulheres negras também cresceu 15,4%; em paralelo houve a diminuição da taxa de assassinatos para mulheres não negras em 8%.

Feita essa amostragem, fica a indagação: existe aproximação entre esses dados apresentados e aqueles referentes às mortes e precariedade da vida das pessoas transexuais e travestis? Para nós está bem explícita essa interdependência, entretanto, queremos aprofundar um pouco mais esse ponto de vista.

Conforme tratamos no item 2.4 do primeiro capítulo dessa dissertação, a partir da década de 1970, em decorrência de uma crise sem precedentes no sistema capitalista, avolumou-se a nível global um processo de reestruturação produtiva (NETTO, 2017). Essa dinâmica, que não somente teve efeitos para a produção, estendeu-se e teve rebatimentos importantes para a cultura, a política e, obviamente, a economia. As mudanças operadas nesse período estão em curso e foram aprofundadas nos dias atuais, revelando a insustentabilidade da convivência harmoniosa entre desenvolvimento social e acumulação capitalista.

Entretanto, esse processo empreendido na atualidade traz pelo menos um novo elemento para o cenário, “o exaurimento das possibilidades civilizatórias⁵⁶ da ordem do capital” (NETTO, 2012 p. 217), significando dizer que a ordem tardia do capital não tem mais condições de propiciar quaisquer alternativas progressistas para a massa dos trabalhadores e para a humanidade” (NETTO, 2012, p. 217). Nesse contexto, a descartabilidade da vida tem se tornado o imperativo maior para a continuidade do sistema, sendo desconsiderada como útil toda expressão que não contribui diretamente para o seu avanço nefasto. Os dados acerca das violências vêm, sobremaneira, “para atestarem que esta ordem só tem a oferecer, contemporaneamente, soluções desumanizantes para a vida social” (NETTO, 2012 p. 218), reverberando a desigualdade e desrespeito entre os grupos.

As relações sociais produzem os meios para que a existência de determinados indivíduos e grupos não seja percebida, registrada ou celebrada e, para que assim, os comportamentos mais convenientes à manutenção da ordem social sejam consagrados (ALMEIDA, 2018, p. 159).

⁵⁶ Particularmente, tenho pensado bastante sobre os sentidos da palavra “civilização” em nossas vidas, e por isso tentado colocá-la em desuso. Especialmente porque foi a partir dela que se justificou uma série de atrocidades cometidas contra as populações negras e indígenas ao longo dos anos. Entretanto, faço uso dessa citação para evidenciar o processo de acelerada desumanização empreendido pelo capitalismo em que não se consegue conciliar o mínimo necessário para a sustentação da chamada “cidadania”.

Por isso, por mais que tenhamos em mente que “a essência da sociedade capitalista expressa a desigualdade e a violação dos direitos em todas as dimensões: política, econômica, social, cultural e humana” (SILVA; SANTOS, 2015, p. 514), existem diferenças em seus processos históricos, demarcando descontinuidade entre o que ocorreu no passado e o momento presente em termos de desenvolvimento capitalista, estratégias adotadas para esse desenvolvimento e os rebatimentos para nossas vidas. Sendo certo afirmar que “quanto mais desigualdade, mais desrespeito e violação da diversidade humana, fundamentalismos, violência, racismo, sexismo, homolesbotransfobias” (SILVA; SANTOS, 2015, p. 514) se fazem presentes, precisamos admitir que o processo de recrudescimento empreendido por meio da reestruturação da vida e da produção.

Posto isso, não somente as vidas têm se tornado mais desperdiçáveis – diante do crescimento massivo da reivindicação da violência como melhor forma de diálogo, como também o Estado tem se retirado substancialmente do seu lugar de corresponsável pelo asseguramento da diversidade da vida em seu sentido amplo – raça, gênero, identidade de gênero e sexualidades. Portanto, cresce proporcionalmente o ódio às diversidades e a negligência do poder público no enfrentamento a essas questões, resultando nos dados assombrosos que foram expostos acima.

Silvana Mara e Mirla Cisne (2018) ainda alertam para o fato de que a sociedade capitalista, “notadamente em suas particularidades de realidade periférica, como é o caso da realidade brasileira, é uma sociedade violenta, posto que a desigualdade social define um modo de viver, de acordo com a classe social dos indivíduos” (MARA; CISNE, 2018, p. 127). Dialogar com as autoras e reconhecer a importância da afirmação para avançar no entendimento da realidade brasileira de capitalismo dependente de onde as relações sociais de desigualdades e violência se estabelecem com maior ferocidade em decorrência da nossa herança colonial. Entretanto, destacamos uma outra questão para nos ajudar a pensar alguns aspectos da nossa particularidade no que diz respeito à violência LGBTfóbica e de outras naturezas.

Os negros tinham que se submeter a tudo: eram apalpadados, apertados, beliscados, cheirados, amolengados, quase mordidos. Os mercadores ciganos eram os que mais expunham as negrinhas de tenra idade em posturas

sedutoras para atrair os compradores, tapando apenas seu sexo com tecidos diminutos (FREITAS, 2011, p. 66).

Esse trecho apresentado resume bem a forma como as relações sociais foram forjadas durante o processo de colonização: a partir de um radical de assujeitamento daquilo que não era considerado humano. Foi assim que se impôs o processo de colonização, e a partir do colonialismo são aperfeiçoadas as armas de dominação, disciplinamento e extermínio do que não tem importância social para o capitalismo-colonial. Portanto, se podemos demarcar uma particularidade com relação à violência transfóbica no Brasil, é porque as estratégias de extermínio têm intrínseco diálogo com outros mecanismos de genocídio produzidos há séculos. É por isso também que se tem observado, em nosso país e em grande parte dos países que vivenciaram o processo de colonização, uma crueldade que nos diferencia com relação ao que tem vivido as pessoas transexuais na Europa, por exemplo.

Essa característica, que em nada tem a ver com um menor ou maior amadurecimento da chamada civilização, é resultado de um processo histórico nos quais povos colonizados tiveram suas heranças e valores destruídos por uma dinâmica de absurda violência em que a única forma de contato estabelecido foi por meio da eliminação daquilo que era diverso. Esse movimento colonial, a partir de fortes pressões, foi sendo absorvido e incorporado na nossa cultura gradativamente. Sem querer com isso desconsiderar as particularidades históricas e culturais que têm ligação com a violência contra Travestis e Transexuais, identificamos um ponto de intersecção, o colonialismo. É o ódio colonial, construído e reiterado a partir da rotina de descomprometimento do Estado e acirramento dos processos de exploração capitalista, que tem garantido que estejamos há anos no topo do *ranking* mundial em termos de violência contra esses sujeitos. E é esse mesmo ódio que tem nos proporcionado indesejados encontros com a violência contra as mulheres, as pessoas negras e a comunidade LGBT+.⁵⁷

Portanto, concluímos esse item considerando que a violência e a precariedade vivida pelas pessoas transexuais e travestis no Brasil têm intrínseca relação tanto com aspectos

⁵⁷ No nosso entendimento, não é sem sentido que entre as Travestis e Transexuais tem prevalecido a morte das pessoas negras vindas do nordeste brasileiro (estado onde há maior presença de pessoas negras no país). Para entender mais sobre o caso, acesse: <<https://outraspalavras.net/brasil/marielle-franco-eu-sou-porque-nos-somos/>>.

culturais quanto políticos e econômicos, exigindo assim uma análise que considere as dimensões multifatoriais envolvidas nesse processo.

3.3 DO LUTO À LUTA: organização e luta do movimento LGBT e de Travestis e Transexuais no Brasil

Vocês querem nos matar, nos controlar/ Vocês não vão nos calar/ Mesmo sangrando a gente vai tá lá/ Pra marchar e gritar (MC CAROL, 2018).

Construir ações que desfoquem, ou substituam, os aspectos de negatividade associados a determinadas formas de produção de subjetividade e sociabilidade é uma das maneiras de garantir contravenções aos sistemas de poder instituídos sobre nossas vidas. Esses processos de resistência a curto prazo reivindicam o amparo do Estado nas confecções de políticas públicas específicas e, a partir de um lastro ampliado, abrem brechas importantes para a eclosão de determinadas formas de organização, exploração, controle e dominação.

São as negligências, as dores e as injustiças que têm levado, a partir de interesses e estratégias diversos, a organização política de uma centena de grupos por todo o mundo. Via de regra, o processo de violência na medida em que tem dizimado uma série de sujeitos e práticas, também tem produzido, involuntariamente, dinâmicas muito importantes de resistência e negação.

Os movimentos feministas, de trabalhadores, de mulheres, movimento negro e LGBT+, por exemplo, têm sido a materialização radical da ideia defendida pela frase “o luto também pode construir a luta”.⁵⁸ E embora tenhamos que confessar que esse argumento, em primeiro momento, e se usado sem profundidade, pode nos criar armadilhas perigosíssimas nas análises críticas sobre desigualdades e lutas sociais, ele aqui tem a intenção de dar suporte à ideia de que as mudanças sociais também podem ser oportunizadas a partir do reconhecimento e redimensionamento das dores imputadas pelo processos destrutivos capitalistas.

⁵⁸ Frase repetida recorrentemente na caminhada, ocorrida no Recife, no dia 15 de março de 2018, em alusão e repulsa ao assassinato brutal da vereadora do PSOL – Rio de Janeiro, Marielle Franco. Para melhor compreensão do ocorrido, acesse: <<https://outraspalavras.net/brasil/marielle-franco-eu-sou-porque-nos-somos/>>.

O aparecimento de determinadas organizações nem sempre acontece a partir de terrenos favoráveis ou pouco hostis a seu surgimento. A exemplificação explícita desse elemento pode ser observado ao recuperarmos a história do movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no Brasil. Esse movimento, nasce sobretudo em resposta às diversas e contínuas formas de violências direcionadas à comunidade sexo-diversa. Regina Fachinni (2002), em sua dissertação intitulada “Sopa de letrinhas? movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90: um estudo a partir da cidade de São Paulo” expõe que, embora houvesse outras aparições em tempos passados, é no final da segunda metade da década de 1970, em meio à Ditadura Civil-Militar Brasileira, que se constata a aparição politizada do até então Movimento Homossexual Brasileiro – MHB.⁵⁹

Para a autora, no que pese todo autoritarismo, desmobilização e temor provocados pela ditadura, não podemos desconsiderar que foi a partir dela que houve um estímulo importante para a “aparição e fortalecimento dos movimentos de resistência em diversos setores sociais” (FACHINNI, 2002, p. 65). Entretanto, como não há construção coletiva sem influências de condicionantes externos a essas organizações, foi também por ingerência dos processos ditatoriais exercidos no país na época que percebemos traços bastante marcados de autoritarismo, especialmente em seus primeiros anos de atividade, no movimento homossexual em sua primeira fase (FACHINNI, 2002). Na ocasião, não era incomum as notícias de ativistas do MHB de que não estavam respeitando, ou dando o mesmo respaldo, à pauta de mulheres lésbicas, por exemplo.

Fachinni (2002) destaca em seu trabalho o protagonismo exercido pelo grupo *Somos – Grupo de Afirmação Homossexual*, que embora não fosse o único existente na época, teve um papel elementar na politização da homossexualidade no Brasil. O *Somos*, que teve sua primeira aparição pública no primeiro semestre de 1978, conseguiu capilarizar a discussão das sexualidades dissidentes nacionalmente, inspirando a criação de diversos outros grupos Brasil afora. Com o decorrer dos anos, não somente houve uma reorganização interna do *Somos*, marcada por conflitos e disputas acerca dos projetos a serem defendidos pelo coletivo, como também chega para o movimento gay um elemento bastante controverso: o *boom* do HIV.

⁵⁹ O termo “movimento homossexual” era uma denominação utilizada na época para denominar um movimento que era construído e construía a identidade de pessoas LGBTQs na ocasião, embora não desprezemos o fato de serem os homens cisgêneros e gays aqueles com maiores possibilidades de atuarem dentro desse espaço. O uso dessa terminologia nesse momento é estratégico para pensar os processos de apagamentos históricos sofridos por Travestis e Transexuais dentro do movimento.

Para Fachinni (2002), o HIV suspendeu um cenário de amplas discussões e avanços que vinham sendo construídos no interior do movimento homossexual brasileiro. Com a epidemia da Aids, percebe-se uma diminuição dramática de ativistas no campo da homossexualidade, fato que se justifica em primeiro momento pelo medo e amplo rechaço que a chamada “peste gay” trouxe para os homossexuais e; depois pela aproximação de diversos ativistas para o campo do HIV, alguns deles, inclusive, chegando a óbito em decorrência de doenças oportunistas causadas pela Aids.

A verdade é que a Aids trouxe para dentro do movimento LGBT a necessidade de desenvolver, e exercitar rotineiramente, habilidades no trabalho institucionalizado, tendo em vista a precisão por estabelecer um diálogo cada vez mais qualificado com o Estado sobre políticas sociais específicas; igualmente, em decorrência da nova roupagem assumida pelo movimento a partir da ampla proliferação de Organizações não Governamentais – ONGs. Regina Fachinni (2002) argumenta que na mesma medida em que os chamados “grupos de riscos” trouxeram estigmas extremamente nocivos à vida das pessoas LGBT, foi seu uso estratégico que possibilitou um diálogo mais estreito entre o movimento e a Política de Saúde.

Nesse sentido “o uso da noção de ‘educação por pares’ possibilitou que grupos com dificuldades de obtenção de recursos passassem a ser financiados por agências de cooperação internacional e por organismos governamentais” (FACHINNI, 2002, p. 115). Entretanto, é inegável que em paralelo aos trabalhos que vinham sendo desenvolvidos pelo e com o Estado para garantir a prevenção e tratamento sem preconceito, foram sendo gestados diversos rearranjos no bojo do ativismo nacional. Dentre eles podemos destacar: i) a proliferação de ONGs LGBT em detrimento de uma ampla retração de organizações menos institucionalizadas e hierárquicas; ii) a inserção de recursos e estratégias de ativismos internacionais nas atividades locais e nacionais na luta LGBT; iii) a potencialização de tensões e disputas no seio do movimento sexo-diverso; iv) a emergência de vozes que demarcaram diferenças e desigualdades presentes no interior do movimento homossexual, denotando demandas e respostas específicas para o grupo a partir dos diversos lugares ocupados.

Com relação aos três primeiros itens citados, Fachinni (2002) destaca que a década de 1990 foi um momento de amplo redimensionamento para diversos movimentos sociais, especialmente LGBT. E embora tenhamos claro que nesse segmento específico o “boom” do HIV possa ser considerado a força motriz desse processo, especialmente se levarmos em consideração as nuances desenhadas a partir da inserção de recursos estrangeiros no ativismo

nacional, também existiram outros elementos, a exemplo do período de democratização, que trouxe desafios e fôlegos para os embates e alianças construídas no interior do movimento. Outra questão que merece atenção foram os processos de trocas globais que se tornaram cada vez mais recorrentes no interior do Movimento Homossexual Brasileiro - MHB. A participação em espaços internacionais de ativismo LGBT abriu diversas arestas para se repensar os limites da nomenclatura “Homossexual” como categoria guarda-chuva (FACHINNI, 2002).

Com relação ao quarto elemento, destaco aqui o aparecimento e/ou fortalecimento de dissidências e de organizações paralelas ao movimento homossexual brasileiro. Por exemplo, foi na década de 1990 (ALMEIDA; HEILBORN, 2008) que percebemos uma expressiva construção autônoma praticada pelas mulheres lésbicas e bissexuais que atuavam dentro do movimento homossexual. Parte significativa desse afastamento é justificada pela forte prevalência de machismo e misoginia praticados contra as ativistas por militantes homens, gays e cisgêneros. Almeida e Heilborn (2008) corroboram a ideia:

No início da década de 1980 e nos primeiros anos da década de 1990, as lésbicas realizaram vários esforços de afirmação identitária no interior de organizações mistas do movimento homossexual brasileiro (formadas por gays e travestis, principalmente), de organizações feministas e do movimento negro. Os grupos lésbicos contemporâneos surgiram em decorrência desse movimento de afirmação (ALMEIDA; HEILBORN, 2008, p. 225).

Outro elemento que motivou a construção de um campo mais autônomo no ativismo lésbico diz respeito às formas de silenciamento e apagamento produzidos dentro do movimento homossexual, relacionados às formas de prevenção e ao tratamento entre mulheres lésbicas e bissexuais, tornando essas possibilidades como direito exclusivista de gays. Fato que até hoje há um verdadeiro esvaziamento da discussão sobre Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva – SS/SR, de mulheres que fazem sexo e constroem afetos com outras mulheres.

Ainda com relação ao quarto ponto acima mencionado, torna-se indispensável destacar o aparecimento, ampliação e consolidação do movimento de Travestis e Transexuais a partir do MHB. De acordo com Carvalho e Carrara (2013), o surgimento das primeiras organizações específicas para Travestis e Transexuais versou entre o objetivo de enfrentar a

violência policial que se acirrava nos pontos de prostituição e a prevenção ao HIV, além do combate às discriminações sofridas por pessoas Transexuais e Travestis soropositivas. Sobre a violência policial, Mello, Avelar e Brito (2011) fazem um adendo para a necessidade de não perder de vista que a violência institucional praticada contra essa população segue um percurso bastante conhecido se pensarmos nos abusos praticados contra outras populações. Segundo eles:

A questão da violência policial ou dos excessos da polícia no Brasil não é pontual, é estrutural, histórica, perpetuando uma cultura de medo que remonta às origens do país, atravessando diversas configurações políticas, sempre mantendo o perfil de uma instituição que nasceu para fazer controle e repressão – moral, política e social dos pobres (MELLO; AVELAR; BRITO, 2011, p. 311).

Embora tenhamos registros de que existiam organizações anteriores coordenadas por Travestis que realizavam algum tipo de trabalho social, a exemplo do projeto Palácio das Princesas, desenvolvido pela Travesti Brenda Lee na cidade de São Paulo em 1984, cujo objetivo era acolher pessoas que viviam com HIV e não conseguiam trabalhar para se manter, “foi na década de 1990 que aparecem organizações propriamente ativistas” (CARVALHO; CARRARA, 2013, p. 326). Destaca-se nessa época a criação da ASTRAL – Associação das Travestis e Liberados, criada em 1992, em decorrência dos diversos abusos policiais que aconteciam na cidade do Rio de Janeiro contra Travestis que atuavam na prostituição no centro da cidade.

Entretanto, não há como negar que foi predominantemente a partir da epidemia do HIV, e das mudanças nas possibilidades de recebimento de recursos para o tratamento e prevenção dos considerados grupos de risco, que o movimento de Travestis e Transexuais foi ganhando os contornos que hoje acompanhamos. Isso não significa dizer que se trata de um movimento oportunista que se organiza meramente a partir de proventos disponíveis.

Somos apenas figuras de proa dentro do grupo de gays e lésbicas (ANTRA, 2016).⁶⁰

⁶⁰ Fala realizada por Adriana, travesti histórica do Movimento de Travestis e Transexuais.

Consideramos que foi a ausência de visibilidade dentro do MHB e consequente falta de ações específicas no combate à epidemia do HIV, que chegava com bastante força para esse grupo em decorrência dos riscos oferecidos na prostituição, que fez com que ficasse cada vez mais urgente a necessidade de criação de organizações exclusivas para a população T. Os afastamentos e aproximações do movimento de Lésbicas, de Travestis e de Transexuais do MHB jamais podem ser vistos como uma completa ruptura, na qual não se constroem alianças e agendas comuns, ao contrário, é a partir do reconhecimento das diferenças e dos aspectos comuns que tem se forjado a luta LGBT no país.

Prova disso é que em 1995, com a criação da ABGLT – Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, segunda maior associação LGBT da América Latina e primeira do Brasil, diversas associações de pessoas Transexuais e Travestis estiveram presentes em sua construção e estão presentes tocando suas agendas, demonstrando que, ao contrário do que vinha sendo colocado por alguns membros do MHB, o reconhecimento das especificidades não resulta necessariamente em desmobilização de pautas mais gerais dentro do movimento. Não à toa, depois de vários encontros e acúmulos, surge a ANTRA, sem com isso enfraquecer outras entidades LGBT existentes.

Desde 1990, diversas entidades, com estatutos diversos, de LGBT, de Travestis e de Transexuais foram sendo erguidas nacionalmente. Entretanto, estava claro que a maior parte delas somente encontrava espaço para conversas e construção junto ao Estado a partir do paradigma do HIV/Aids, denotando interesse estratégico e bem definido dos governantes com a população sexo-diversa. Essa situação manteve-se sem muitas alterações durante toda a década de 1990, expressando a apatia do Estado quanto às diversas formas de violências e negações que atravessavam o cotidiano de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

O início dos anos 2000 é marcado por expressivas mudanças no quadro político institucional no Brasil, a chegada de Lula à presidência impulsiona esperanças importantes no Movimento LGBT nacional, especialmente pela aproximação, e também eventual participação, do movimento na construção de plataformas políticas de inclusão social dentro do PT. A eleição de um presidente que, em decorrência de sua ascensão e pertencimento às classes populares, se apresentava como um sujeito que estava disposto a dialogar com os movimentos sociais sobre os vários condicionantes de desigualdade que permeavam o cotidiano nacional, despertou e fez avançar as diferentes formas de organização que estavam em curso no interior da arena LGBT.

Um fato emblemático nesse esperançoso e histórico processo de reordenamento e inserção de agendas no plano do Governo Federal foi quando em 29 de janeiro de 2004, 27 ativistas transexuais e travestis entram juntas(os) no Congresso Nacional para exigir ações que garantissem a integralidade, respeito e trânsito dessas pessoas nas políticas sociais. Com o tema “Travesti e Respeito”, a ocasião, que se tornou marco para a celebração do Dia Nacional da Visibilidade Trans, fomentou um diálogo importante com parlamentares sensíveis e engajados na luta pela defesa dos Direitos Humanos, representando uma importante guinada projetada pelo movimento de Travestis e Transexuais brasileiros, trazendo para o campo da política institucional o contexto e demandas vividos por essa população.

A ação teve uma repercussão bastante considerável no âmbito do Legislativo Federal e também do Executivo, sendo precursora para o lançamento, no ano de 2004, do maior programa específico e multidimensional destinado à população LGBT no Brasil, o programa Brasil sem Homofobia - BSH. O referido programa, que será explorado mais à frente, criou canais para articulação ainda maiores dentro do âmbito federal, sedimentando o terreno para a realização da I Conferência Nacional GLBT⁶¹ em 2008.

A Conferência foi organizada por articuladores do programa BSH, ativistas de organizações LGBT da sociedade civil, membros da Secretaria da Mulher – SPM, e trabalhadores da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR. A proposta era que o espaço da Conferência servisse tanto como um meio de articulação nacional dos movimentos e sujeitos LGBT, quanto um espaço que servisse para o Estado como uma esfera consultiva e deliberativa. Às/os delegadas/os, eleitas/os a partir das Conferências estaduais, debateram e propuseram entre os dias 5 e 8 de junho sobre os limites que a LGBTfobia tem criado em suas vidas, evidenciando a necessidade urgente de intensificação de ações que garantissem o pleno exercício da sexualidade. Na ocasião, também ficou evidente a vontade de analisar e avaliar o BSH, tendo em vista seus alcances e fragilidades.

O espaço foi marcado por momentos de celebração e muitas disputas, ficando evidente que existiam diversos pontos de aproximação e distanciamento internos na diversidade contida no que se convencionou chamar LGBT. Um dos grandes ganhos foi o momento de denúncia feita por Travestis e Transexuais diante dos apagamentos que vinham sofrendo nos espaços LGBT, inclusive naquele presente. Essa reflexão foi fundamental para criar rupturas e

⁶¹ Dentre as diversas proposições e deliberações, decidiu-se por convencionar o uso da sigla LGBT, ao invés de GLBT, demarcando a necessidade de dar visibilidade a mulheres lésbicas dentro do movimento.

deslocamentos no interior da Conferência, fator responsável pelo aparecimento de diversas propostas e encaminhamentos direcionados ao bem-estar desse grupo.

Naquele momento, percebe-se uma preocupação pulsante na Conferência: a de garantir uma integralidade no Processo Transexualizador no SUS, instituído recentemente pelo Ministério da Saúde, e uma ampliação do cuidado e de políticas direcionados aos Travestis e Transexuais que ultrapassassem o paradigma do HIV. Sem dúvidas, aquele momento cria mais um marco histórico para o movimento LGBT, especialmente T; embora isso, com uma quantidade numericamente menor que a de outros segmentos, a exemplo de Homens Gays, essas pessoas trouxeram para o centro do debate a necessidade de tirar, sem desprezar, a transexualidade e suas demandas do binômio: prostituição – HIV.

Ao final da I Conferência LGBT, formou-se um movimento de Travestis e Transexual mais fortalecido, coeso e cada vez mais hábil a ocupar o espaço da política institucional. Não restam dúvidas, portanto, que gradativamente as conferências, conselhos e outros espaços de participação da sociedade civil ganharam outros contornos na agenda trans a partir dessa experiência e de seu acúmulo.

Com a realização da II (2011) e III (2016) Conferências Nacional LGBT, percebemos um avanço importante para a população de Travestis e Transexuais, representado não somente pelo aumento expressivo de participantes com essa experiência, como também pela ampliação e aprofundamentos de pautas e demandas apresentadas por esse grupo. Destaca-se, com toda ressalva que eventualmente tenhamos, o protagonismo desses sujeitos na III Conferência Nacional LGBT, momento em que as e os representantes do movimento trans foram recebidas/os pela então presidente do Brasil, Dilma Roussef. A ocasião ocorreu diante da reivindicação por parte do movimento T em se instituir uma normativa que assegurasse o respeito ao nome social.⁶²

Na atualidade, diante do *impeachment* de caráter golpista praticado contra a presidenta eleita Dilma Roussef e da tomada do poder pelo presidente não eleito Michel Temer, o movimento de Travestis e Transexuais segue executando um verdadeiro malabarismo político, na intenção de assegurar minimamente a permanência das parcas, mas fundamentais, políticas específicas para a população T instituídas nos últimos anos. Sem dúvidas, essa estratégia tem sido a única possível, tendo em vista que também é alinhada a um processo de resistência aos

⁶² Por nome social entende-se aquele cujo os sujeitos transexuais e travestis se identificam, que em geral é diferente daquele registrado no nascimento.

desmontes das políticas voltadas à sociedade, nesse cenário de completo recrudescimento dos direitos sociais.

Entretanto, com a vitória do candidato Jair Bolsonaro à presidência da república, não existem expectativas de continuidade das políticas, ou ao menos dos diálogos institucionais, a nível federal, especialmente diante dos posicionamentos públicos feitos pelo referido chefe de Estado – fato que abordaremos com mais profundidade nas páginas subsequentes.

3.4 NÃO É “CLOSE”, SÃO CONDIÇÕES, ESTRUTURA E ACESSO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

Ah, comigo o mundo vai modificar-se. Não gosto do mundo como ele é (JESUS, 2014).

Não restam dúvidas que o planejamento, criação, desenvolvimento e avaliação das políticas específicas para a população LGBT brasileira somente foi aparecendo diante das inúmeras articulações e pressões exercidas por diversos grupos que atuam diretamente, ou transversalmente, entorno da chamada “política de identidade” (SORJ, 2004). Essas ações, que não devem ser sintetizadas como iniciativa espontânea de algum governante, embora não estejamos desprezando a maior ou menor sensibilidade deles, são sempre forjadas em um jogo dinâmico e complexo de disputas, apostas e resistências artesanalmente construídas a partir de diversas mãos.

As questões tratadas nesse item possuem um lastro temporal a partir dos anos 2000. Optamos por essa delimitação por entender que foi a partir dessa década que aconteceram importantes reconfigurações no campo dos direitos sociais para a população LGBT (especialmente de Travestis e Transexuais) brasileira. Por isso, corroboramos com Aguião (2015) quando ele defende o BSH como um marco histórico do desenvolvimento de políticas nacionais com essa finalidade. O BSH foi lançado em novembro de 2004, durante o Governo Lula, guiado a partir dos seguintes princípios:

1) A inclusão da perspectiva da não-discriminação por orientação sexual e de promoção dos direitos humanos de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais,

nas políticas públicas e estratégias do Governo Federal, a serem implantadas (parcial ou integralmente) por seus diferentes Ministérios e Secretarias; 2) A produção de conhecimento para subsidiar a elaboração, implantação e avaliação das políticas públicas voltadas para o combate à violência e à discriminação por orientação sexual, garantindo que o Governo Brasileiro inclua o recorte de orientação sexual e o segmento GLTB a serem realizadas por instâncias governamentais da administração pública direta e indireta; 3) A reafirmação de que a defesa, a garantia e a promoção dos direitos humanos incluem o combate a todas as formas de discriminação e de violência e que, portanto, o combate à homofobia e a promoção dos direitos humanos de homossexuais é um compromisso do Estado e de toda a sociedade brasileira (BRASIL, 2004).

Ao total, o programa previa 53 ações, distribuídas em 11 áreas, de prevenção, combate à LGBTfobia, contemplando também a garantia de acesso transversal às políticas denominadas universalistas, a exemplo do SUS. Mello, Avelar e Maroja (2012) estão em sintonia com Aguião (2015) ao também considerarem que o BSH serve como referência para pensar as políticas LGBT para além do paradigma do HIV. Entretanto, eles pontuam que em decorrência de se tratar de uma ação programática, que não contou com amplos recursos específicos, muito daquilo que foi proposto materialmente não se efetivou, especialmente em decorrência das correlações de forças exercidas dentro das bases de governo.

Diversos ativistas LGBT não pouparam críticas acerca da dinâmica que construiu e sustentou o BSH ao longo dos anos. Para eles, as feridas profundas e seculares deixadas pela LGBTfobia necessitariam de um cuidado muito mais atencioso e sensível do que foi feito pelo governo na época do programa. No supracitado artigo de Mello, Avelar e Maroja (2012), foram entrevistados gestores estaduais e federais que na época atuavam no BSH; destaca-se nessa pesquisa a análise de um gestor estadual ao se referir ao programa e suas ações:

Brasil sem Homofobia concretizou o quê? Os centros de referência e eles já estão fechando. Não conseguiu levar diante, não é uma política pública. Era um número. Construímos 50 centros de referência, bacana! Vai servir pra qualquer campanha eleitoral. Mas não se configurou como política pública porque eles estão fechando. Não me venha dizer que construir núcleos de pesquisa nas universidades e passar 23 mil reais pros núcleos de pesquisa é política pública. Porque depois esses 23 mil reais, que não servem pra nada, a não ser pra comprar computador e uma mobília e só e não voltar mais a ter diálogo com as universidades (...). Um... me... eu sou muito sincero. Acho que falta prioridade do governo federal... (MELLO; AVELAR; MAROJA, 2012, p. 297).

Esse discurso ganhou ainda mais eco em 2008, quando foi realizado o III Seminário de Capacitação dos Centros de Referência em Direitos Humanos de Prevenção e Combate à Homofobia, e dos Núcleos de Pesquisa e Promoção da Cidadania LGBT, organizado pela SDH. O apelo e crítica diante da falta de recursos suficientes para a manutenção dos Centros e desenvolvimento pleno das diretrizes propostas no Brasil sem Homofobia ficou evidente e numeroso. O espaço, que era prioritariamente destinado à capacitação, tornou-se um palco para que as avaliações do Governo Federal e seu comprometimento com as políticas LGBT fossem revistos.

Em um artigo intitulado “Políticas Públicas para população LGBT no Brasil: notas sobre alcance e possibilidades”, Luiz Mello; Walderes Brito e Daniela Maroja (2012) dão destaque às contradições que envolveram os anos 2000 com relação às políticas voltadas ao público LGBT. Segundo eles, o que se observa com relação a esses anos “é que nunca se teve tanto e o que há é praticamente nada” (MELLO; BRITO; MAROJA, 2012, p. 403). Além disso:

O caráter fragmentado dessas iniciativas, cujo alcance às vezes se restringe a áreas específicas como saúde, educação ou assistência social, explicita como as demandas da população LGBT têm encontrado acolhida crescente por parte da administração pública, ao mesmo tempo em que ainda não são objeto de políticas públicas mais organicamente articuladas e de alcance nacional (MELLO; BRITO; MAROJA, 2012, p. 411).

Não omitiremos aqui nosso flerte com as posições e críticas postas pelos autores acima, sobretudo, porque elas têm sido endossadas por diversos ativistas e entidades LGBT. Entretanto, o que a conjuntura não tem nos deixado desprezar é o fato de que, apesar de tímidas, as ações voltadas a Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis causaram imensos incômodos para aqueles que não toleram conviver socialmente com a diversidade. Comprovação clara disso foi o uso desonesto das ações desenvolvidas pela política de combate à LGBTfobia por parte do presidente eleito Jair Bolsonaro na última eleição. Com a acusação de que o governo petista esteve em sua gestão disseminando a crianças e jovens o chamando “kit gay”, o candidato conseguiu conquistar 71% dos votos válidos entre os evangélicos (DATAFOLHA, 2018), denotando a insatisfação desse segmento diante dos deslocamentos, ou intenções, gestadas durante esse período com relação à agenda da sexualidade e gênero.

Nesse sentido, considerando que os estudos analisados até o presente momento derivam de um momento histórico em que construir oposição colaborativa ao BSH era a forma mais eficaz de fortalecer a política direcionada a pessoas LGBT, nos sentimos responsáveis nesse trabalho por construir mediações, que extrapolem a crítica esvaziada de estratégia política. Por isso, avaliamos ser importante não deixar de expor as lacunas no plano operativo deixadas no campo das políticas para a população LGBT no país, não ocultar as fragilidades postas no desenvolvimento das políticas específicas LGBT, nem jogar na lixeira as histórias, encontros e avanços que essas ações proporcionaram.

Afinal de contas, admitimos que desenvolver políticas que reconheçam e combatam as desigualdades alimentadas pelo gênero e sexualidades coloniais é desafiar uma estrutura secular de violência gradativa e contínua. E no caso do BSH, a chamada “bancada evangélica”, que é uma articulação de parlamentares federais evangélicos e fundamentalistas, dentre outros elementos, foi essencial para o restrito desenvolvimento do programa, criando diversas falsas polêmicas que minaram eventuais adensamentos que o programa podia conter.

Por isso, consideramos que o parco desenvolvimento orquestrado no bojo do BSH somente pode ser explicado se articularmos a dimensão religiosa fundamentalista a outras questões, a exemplo da onda neoliberal, que nos intimidou bravamente diante da intenção de ampliação, ou construção, do regime democrático. Mesmo assim, é hegemônico dentro da arena LGBT, e seria desonesto da nossa parte não admitir, que apesar de todos os limites e fragilidades, o BSH inaugura no país uma etapa peculiar para a população LGBT em termos de política pública: a possibilidade de não somente ser objeto de estudo e intervenção, nos abrindo espaços para ser também articuladores, gestores e monitores.

Prova disso é que se no primeiro governo do presidente Lula (2003-2006) não havia nenhuma menção à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; no segundo mandato (2007-2010), não somente havia proposta, como objetivava o fortalecimento (MELLO; AVELAR; MAROJA, 2012) do BSH: *“Desenvolver e aprofundar as ações de combate à discriminação e promoção da cidadania GLBT (gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais), nos marcos do programa ‘Brasil sem Homofobia’, que será ampliado e fortalecido”* (LULA, PRESIDENTE, p. 32, grifos nossos). Esse aparecimento expressa, sobretudo, os movimentos de fissuras, disputas e avanços que estavam sendo gestados a partir do BSH.

A verdade é que foi a partir de 2004 que conseguimos situar na realidade brasileira as primeiras ações mais amplas para a população LGBT. Em 2005, a partir do BSH, foram instalados 15 Centros de Referência em Direitos Humanos e Cidadania Homossexual (CRDHCH) e “no ano seguinte, outros 30, em todas as capitais estaduais e em algumas das principais cidades do país, com o objetivo de prestar assistência jurídica, psicológica e social à população LGBT” (MELLO; AVELAR; MAROJA, 2012, p. 297). Ainda em 2006, a Secretaria de Direitos Humanos – SDH, estendeu o projeto da CRDHCH para as universidades públicas, incentivando, através de financiamento, oito Núcleos de Referência em Direitos Humanos e Cidadania Homossexual (NRDHCH). Esses núcleos foram fundamentais para o aprofundamento teórico e técnico do BSH.

Fazendo um rápido passeio sobre a história recente, constatamos que no campo da Educação destaca-se o Plano Escola sem Homofobia, cuja intenção era promover o diálogo com docentes do ensino médio acerca da diversidade. Os materiais produzidos nesse plano tinham a intenção de oportunizar que professoras e professores pudessem refletir sobre as estratégias de prevenção à homofobia na escola. Na ocasião, foi construída uma cartilha e feitos alguns vídeos falando sobre as violências e as alternativas para construção de um ambiente escolar que acolha o diverso. O material foi confeccionado por ativistas, gestores e profissionais do Ministério da Educação, com recurso de emenda parlamentar destinada pela Deputada Federal Fátima Bezerra (PT-RN). Em sua fase de finalização, o material foi atacado pela chamada “Bancada Evangélica”, que através da pressão conseguiu que o material fosse engavetado antes mesmo de ser distribuído, reverberando um prejuízo político para as pessoas LGBT e financeiro para os cofres públicos.

Entretanto, não podemos desconsiderar que em paralelo às perseguições e ataques ao que foi chamado de “kit gay”, cresceu-se o interesse e força dos movimentos sociais em cada vez mais dialogar com o campo da educação sobre a diversidade. Destaca-se nesse terreno a organização de Travestis e Transexuais na busca por garantir um espaço escolar acolhedor. O reflexo disso foi a homologação da resolução CNE/CP nº 1, de 19 de janeiro de 2018, que regulamentou o uso do nome social na educação básica.

Sob o âmbito da Segurança Pública, fazia-se presente um imenso desafio: garantir a segurança de um grupo que historicamente foi tratado como menos humano pela sociedade e Estado. Talvez por isso essa área, dentro do BSH, foi a que menos avançou ao longo dos anos. Entretanto, no que pesem todas as permanências, não podemos deixar de considerar que foi durante os anos 2000 que surgiram projetos de lei – a nível federal, estadual e municipal,

que objetivavam criar parâmetros mais qualificados de monitoramento e coibição da violência praticada contra pessoas LGBT. Destaca-se também desse período a capacitação de diversos agentes de segurança acerca das abordagens e demandas dessa população.

Assim, corroboramos com a ideia apresentada por Mello, Avilar e Brito (2011) ao se referirem às iniciativas potencializadas nesse período:

A despeito da inexistência de um marco legal, o tema da segurança pública para a população BLTG está presente em algumas tentativas de resposta do Governo Federal a questões levantadas pelo movimento LBTG como, por exemplo, a criação do Conselho Nacional Contra a Discriminação, CNCD (BRASIL, 2010d); o Programa Nacional de Direitos Humanos 2, PNDH 2; o Programa Brasil Sem Homofobia; o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT, PNPCDH-LGBT; e o Programa Nacional de Direitos Humanos 3, PNDH 3 (MELLO; AVELAR; BRITO, 2011, p. 332).

O tímido, mas importante, avanço que ocorreu nessa área refletiu diretamente no número de violência praticada contra a população LGBT ao longo dos anos. Certamente, foi essa falta de maior impulso que potencializou os números de assassinatos, que não somente permaneceram na última década como foram intensificados, conforme citado acima nesse trabalho. Nesse sentido, resguardando as devidas proporcionalidades e desafios, não seria injusto informar que faltaram mais empenhos para que essa agenda de fato avançasse.

Ao contrário do que aconteceu com a segurança pública, não há como questionar o fato de que foi no campo da saúde que mais se observou avanços para a população LGBT nos últimos anos, especialmente para Travestis e Transexuais. Parte desse avanço se justifica em decorrência do diálogo histórico que o movimento LGBT estabeleceu com a saúde por via do HIV/Aids; não sem motivos, cerca de 30% das propostas lançadas na I Conferência Nacional LGBT versava sobre o cuidado e combate à violência na saúde. Nesse mesmo ano, já estavam presentes os sinais que demarcavam a proposta de criação de uma política nacional de saúde para a população LGBT.

As ações e as propostas do governo federal passaram a objetivar de maneira cada vez mais explícita a construção de uma Política Nacional de Saúde Integral de LGBT a partir de 2008, com a divulgação de documento preliminar proposto pelo Ministério da Saúde, como destacado anteriormente. Tal objetivo também aparece expresso em iniciativas como

decretos, resoluções e portarias do Poder Executivo; planos, programas e documentos norteadores; além de discussões em espaços de interlocução entre sociedade civil e governo, como comissões e comitês técnicos que contemplam o debate acerca da saúde integral de tal população (MELLO; PERILLO; BRAZ, 2011, p. 22).

Paralelamente, ainda no ano de 2008, através da Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, o Ministério da Saúde implantou o Processo Transexualizador⁶³ no âmbito do SUS, a ser empreendido em serviços de referência devidamente habilitados. Dois anos depois, é lançada a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2010), que define com precisão ações programáticas sobre o acompanhamento respeitoso e sensível à população LGBT. Nela, fica explícita o importante destaque dado à população de Travestis e Transexuais, sobretudo porque existiam demandas específicas com as quais os serviços de saúde deveriam estar aptos a lidar.

Apesar de citarmos majoritariamente as produções ocorridas na esfera federal, não podemos deixar de citar que em âmbito municipal e estadual também observamos nessa mesma época mobilizações e deslocamentos importantes em termos de saúde de Travestis e Transexuais. Entre 2004 e 2018 percebemos uma ampliação em mais de 600% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) do número de ambulatórios especializados na saúde da população de Travestis e Transexuais no país. Em Pernambuco, por exemplo, temos o registro de pelo menos cinco ambulatórios com essa finalidade sendo inaugurados durante esse período, demonstrando a organicidade e poder de reivindicação do movimento de Travestis e Transexuais, além de uma maior abertura para o diálogo por parte dos governantes estaduais.

Diante do exposto, reiteramos nosso reconhecimento perante os avanços ocorridos nos últimos anos direcionados a Travestis e Transexuais, prioritariamente, sem desconsideramos as fragilidades que esses avanços expuseram. Expondo assim a necessidade de análises que não priorizem, ou deixem de contemplar, tantos os elementos de avanços quantos as lacunas deixadas durante os processos de execução desses serviços. A opção por essa direção se dar, prioritariamente, por termos clareza da necessidade de mediações que não se esgotem nem no fenômeno nem deixe as amostras do cotidiano não se expressarem. Nesse sentido, as análises que decorrerão no terceiro capítulo, que versarão sobre um serviço sumariamente importante

⁶³ Como o próximo capítulo é predominantemente dedicado a explorarmos o Processo Transexualizador no SUS, a partir da experiência do Hospital das Clínicas da UFPE, optamos por não aprofundarmos agora a discussão sobre esse dispositivo.

para essa população, não serão isentas de mediações com a história e a conjuntura que nos cercam enquanto pesquisadores-ativistas.

4 CONTRADIÇÕES, DESAFIOS E POTÊNCIAS NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS: a experiência do Hospital das Clínicas de Pernambuco

No capítulo anterior, demos ênfase às questões relacionadas aos efeitos da construção e transgressão do gênero na vida de Travestis e Transexuais, ao destacarmos tanto os processos de assujeitamentos experienciados por esses sujeitos e as lutas coletivas e sociais travadas no interior do movimento LGBT, quanto a proposta de obter respostas institucionais do Estado para o asseguramento de políticas e ações voltadas a esses sujeitos e às produções de equipamentos e espaços de diálogos ofertados pelo governo nos últimos anos. Nas próximas páginas, buscaremos percorrer, problematizar e construir sínteses de parte das experiências, fluxos e trocas realizados no Espaço de Acolhimento e Cuidado para Pessoas Trans da UFPE durante o período pesquisado.

Nesse capítulo existe a pretensão de aprofundar as relações e dinâmicas que têm repercutido para a atual configuração do Processo Transsexualizador no SUS do Hospital das Clínicas da UFPE. Demarcamos a vontade de a partir dele criar estreitamentos entre os elementos coletados nesse serviço – seja por entrevistas, seja por observação direta de campo e de análise de documentos, e os dados e tendências percebidas na Política de Saúde em um país de capitalismo periférico e colonizador. Portanto, esse último capítulo será um espaço reservado a problematizar, expor, construir caminhos e trazer descrições sobre as formas de estruturação de um serviço contraditório, necessário e bastante emblemático para Travestis e Transexuais do país.

Assim, esperamos que ele consiga contribuir para a insurgência e fortalecimento de outras lentes analíticas, capazes de produzir verdadeiras rupturas e potencializações no processo de lutas e conquistas no campo das políticas sociais voltadas a esse segmento. Do mesmo modo, objetiva-se disponibilizar um repertório político e teórico que ofereça ainda mais ferramentas para o enfrentamento dos desmontes ao SUS, especialmente nesse momento de amplo recrudescimento dos direitos sociais e triunfo do conservadorismo como resposta às crises.

4.1 “A GENTE RELEMBRAMOS SEMPRE NOSSA HISTÓRIA”: passeios, retratos e reflexões sobre a trajetória do Processo Transexualizador no SUS

Conforme discutido nas páginas anteriores dessa dissertação, evidencia-se que os espaços que ofertam serviços para a população de Travestis e Transexuais são recentes no Brasil; especialmente se considerarmos que existe um paradigma histórico presente nas ações e propostas de políticas para essa população, ficando restrito ao campo do HIV/Aids. A pouca capilaridade desses lugares e a alta demanda dessa população coloca necessidades urgentes de se estabelecer constantes campos analíticos sobre esses serviços. No campo da saúde, seria o Processo Transexualizador um serviço de referência nacional, exigindo diálogos e apostas constantes sobre eles.

O processo Transexualizador no SUS configura-se como uma política pública que "disponibiliza, nos estabelecimentos credenciados, uma equipe multiprofissional e determinados procedimentos ambulatoriais" (TENÓRIO; VIEIRA; LIVADIAS, 2017, p. 2) e cirúrgicos especificamente voltados para Travestis e Transexuais. A primeira Portaria que regulamentou esse serviço foi promulgada no ano de 2008 através da Portaria nº 1.707/2008 do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde (GM/MS) (BRASIL, 2008), e "suas diretrizes foram estabelecidas pela Portaria nº 457/2008 da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS)" (TENÓRIO; VIEIRA; LIVADIAS, 2017, p. 2).

Com a criação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013) e a II Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos LGBT (2011), ficaram evidentes as fragilidades presentes na supracitada Portaria. Na Conferência Nacional LGBT denunciou-se a exclusão das Travestis nos serviços e os dilemas vividos pelos homens trans em decorrência da manutenção do "*status*" de cirurgia experimental para a mamoplastia masculinizadora e a histerectomia.⁶⁴

Com isso, após mais de um ano de revisão, o Ministério da Saúde lança a Portaria GM/MS nº 2.803/2013, que substituiu a Portaria nº SAS/MS 457/2008 (BRASIL, 2013). A atualização dessa normativa foi somente possível em decorrência do árduo trabalho desenvolvido pelas organizações da sociedade civil (Associação de Travestis e Transexuais -

⁶⁴ A portaria impedia que Travestis tivessem acesso às cirurgias de redesignação sexual sob a justificativa de que somente as mulheres transexuais tinham essa necessidade. Igualmente, a cirurgia de mastectomia e mamoplastia masculinizadora requerida pelos homens transexuais era colocada como procedimento de caráter experimental, não sendo contemplada na maior parte dos serviços credenciados na época.

ANTRA, ABHT) e dos Conselhos Federais de categoria, a exemplo do Conselho Federal de Medicina.

Partindo para uma análise comparativa, não restam dúvidas de que a atualização dessa normativa trouxe vários avanços. Além das demandas acima citadas e que foram incorporadas, também houve uma mudança significativa quanto à metodologia de trabalho a ser adotada nesses espaços. A nova Portaria instituiu a obrigatoriedade da atuação multidisciplinar, estabelecendo a indispensabilidade de profissionais do Serviço Social, da Psicologia e da Enfermagem para o funcionamento desses serviços. Essa medida, embora não garanta automaticamente uma abordagem mais ampliada, abre precedentes para a execução de um serviço que ultrapasse o olhar clínico-cirúrgico, tão cultuado na concepção restrita de saúde.

Obviamente, ao passo que avançou, a Portaria 2.803/2013 não conseguiu superar algumas questões emblemáticas do Processo Transsexualizador, as quais podemos destacar: i) a permanência na lógica patologizante das transidentidades como motor operacional dos serviços; ii) a necessidade da autorização dos pais para a hormonização dos sujeitos trans menores de 18 anos de idade e; iii) a necessidade da/o usuária/o possuir mais de 21 anos para a realização da cirurgia de redesignação sexual.

Ao todo, atualmente existem em funcionamentos somente cinco serviços dessa natureza em exercício no Brasil. Conforme consta em Portaria, esses espaços só podem ser criados se vinculados a Hospitais Universitários, possibilitando que exista uma troca e aprofundamento de saberes entre os estudantes, os profissionais que atuam neles e os usuários que os frequentam. Em Pernambuco, o Processo Transsexualizador no SUS existe de maneira regulamentada desde 2014, entretanto, a trajetória de intervenções em pessoas transexuais ocorre pelo menos desde 2001. Para darmos um passeio maior sobre ela, segue um trecho de uma entrevista:

Em função da falta da intervenção multiprofissional, decorreram muitos problemas, muitos é... muitas consequências negativas e isso decorreu demanda para o Ministério Público. Isso fez com que o serviço sofresse um refluxo. Foi o período em que o cirurgião se aposentou e aí a sociedade começou a demandar pelo programa, e nem tinha cirurgião e nem tinha serviço.

A narrativa acima foi extraída da entrevista realizada com Ana Flor, uma das profissionais que atuam no Espaço Trans da UFPE. Consideramos importante iniciar a discussão a partir dela pois acreditamos que existe um significado bem importante nesse trecho, especialmente porque ele traduz parte da experiência histórica vivida no bojo de um serviço que aos trancos e barrancos tem se apresentado como referência nacional em sua área. Foi a partir de uma intervenção realizada pelo Ministério Público, amplamente potencializada pelas denúncias e movimentações de Travestis e Transexuais que faziam uso e sofriam abuso, que o Espaço Trans ganhou o formato atual.

Leonardo Tenório, Suzana Livdias e Luciana Vieira (2017), em um artigo intitulado “*Da luta à execução do Processo Transsexualizador: experiência no Hospital das Clínicas da UFPE*”, resgataram com maestria parte importante de uma história pouco contada sobre esse serviço. Nessa produção, foram recolocados linearmente os acontecimentos emblemáticos que desenharam esse equipamento. De acordo com Tenório, Livdias e Vieira (2017), já em 2001 existia uma experiência de cirurgia de transgenitalização, associada ao serviço de Ginecologia do Hospital das Clínicas da UFPE. A equipe “era formada por um cirurgião ginecologista, um residente em ginecologia e um residente em urologia, uma psicóloga, um psiquiatra e uma assistente social” (TENÓRIO; LIVDIAS; VIEIRA, 2017 p. 1).

Avaliada como negativa, entre 2001 e 2011 foram realizadas cerca de 25 cirurgias, destinadas somente a mulheres transexuais. Os critérios de aptidão para os procedimentos cirúrgicos também garantiam que a concepção do saber médico sobre o que seria de fato uma mulher transexual não fosse afrontada. Nesse sentido, naquele momento de triagem, a partir daquilo que Bento (2008) nomeia como o paradigma do “transexual de verdade”,⁶⁵ se materializava cotidianamente o poder de definir se a demanda apresentada pelos sujeitos que buscavam aquele serviço era real ou ilusória, resultando em negativas ou acolhimento por parte da equipe que conduzia os trabalhos. Não por acaso, não existem registros de pessoas que se autoidentificavam Travestis na época tendo suas demandas por cirurgias respondidas, pois esse procedimento era exclusivo àquelas que se encaixassem à reduzida ideia do que é ser mulher, ou ao menos aparentassem convincentemente ser a imagem de uma.

⁶⁵ Em seu livro “O que é Transexualidade”, Bento (2008) argumenta que há um entendimento normativo acerca do que seria o verdadeiro transexual. Esse receituário parte do pressuposto de que existe um desejo consciente e radical de modificação do corpo vivido pelas pessoas transexuais, balizado por uma negação constante e crescente da genitália e dos atributos relacionados à feminilidade ou masculinidade atribuída no nascimento. Essa ideia seria o guia para definir quem seriam os sujeitos transexuais de verdade e os que somente estariam confusos quanto a sua identidade.

Essa opção estava em sintonia com os parâmetros internacionais de assujeitamento e definição do que era o *transexualismo* e *travestismo*, relegando a primeira condição à única possibilidade de realização de cirurgia:

A posição do Conselho Federal de Medicina, guiada pela normativa internacional, condicionava a aplicabilidade dos procedimentos médicos de alteração dos caracteres sexuais ao diagnóstico de transexualismo, tanto em relação à transgenitalização quanto à hormonioterapia. As travestis, portanto, permaneciam excluídas da atenção à saúde e relegadas à automedicação ou à ação das bombadeiras - travestis que injetam silicone industrial para a modelagem dos corpos de outras travestis (LIONÇO, 2009, p. 55).

Tatiana Lionço (2009) levanta uma hipótese sobre essa determinação. Segundo ela, a regulamentação da “aplicabilidade dos procedimentos médico-cirúrgicos sobre caracteres sexuais é restrita a casos de transexualismo porque se compreende, mediante a reparação cirúrgica, que uma certa normalidade poderia ser restituída” (LIONÇO, 2009, p. 55). Essa ideia levantada é bastante útil, e pode nos trazer respostas importantes sobre essas escolhas, embora reconheçamos que possam também existir outras determinações que atravessavam essas opções e que nesse trabalho não conseguiríamos dar conta.

Em meados de 2011 os procedimentos são suspensos, sob a justificativa da aposentadoria do médico responsável. Como saldo, restava um intenso desrespeito psíquico, social e fisiológico para com as pessoas (des)acompanhadas nesse processo, prevalecendo durante essa época o desrespeito ao nome social – aquele que socialmente as pessoas transexuais e travestis se identificam e que em geral é diferente do que foi registrado durante o cartório ao nascimento; cirurgias com urgentes necessidades de reparos; ausência de acompanhamento pós-cirúrgico pelo médico; falta de transparência e informação sobre os procedimentos e prioridades estabelecidos dentro do serviço com as pessoas transexuais e atividades centralizadas na cirurgia sem a intervenção e; diálogo amplo com outros profissionais não médicos e médicas (TENÓRIO; LIVDIAS; VIEIRA, 2017).

Após a suspensão dos procedimentos, ganharam destaque na grande mídia as diversas denúncias de violação experienciadas por Transexuais que circularam no Hospital das Clínicas durante os anos de funcionamento das atividades. Essas denúncias também foram se avolumando junto ao Ministério Público do Estado, que instaurou um processo de investigação acerca dos ocorridos nos últimos anos. Toda essa movimentação atraiu um olhar

atento e curioso voltado à saúde de Travestis e Transexuais em Pernambuco, fazendo com que seus respectivos movimentos ganhassem força para exigir maior rapidez nos processos de reparação dos danos causados pela traumática experiência, e a gestão do Hospital das Clínicas começasse a repensar com maior atenção sobre os próximos passos a serem dados relacionados ao cuidado a essa população.

Tenório, Livadias e Vieira (2017) destacam alguns passos importantes dados após o fechamento do serviço, e que foram fundamentais para sua (re)construção:

1) Em fevereiro de 2012, foi feita denúncia pelo homem trans ativista Leonardo Tenório – em função de também sua história pessoal de vida ter sido prejudicada pelo fechamento do serviço –, no Ministério Público de Pernambuco (MPPE). A denúncia resultou na abertura de um inquérito civil conjunto pelas promotorias de Direitos Humanos (com o promotor Westei Conde y Martin Júnior) e de Saúde (com a promotora Helena Capela) em julho de 2012. (PERNAMBUCO, 2012) O MPPE pressionou e acompanhou a Secretaria Estadual de Saúde e a direção do Hospital das Clínicas até o ano de 2016, já com o serviço implantado e funcionando; 2) Dentro do Conselho Estadual de Saúde (CES-PE), os ativistas Leonardo Tenório (Amotrans-PE) e Henrique Eduardo Alves, ocupando o cargo de conselheiros estaduais de saúde, representando o movimento LGBT, também garantiram a inclusão da meta de “Implantar Núcleo Estadual de Atenção à Saúde da População LGBT” (sic) dentro do Plano Estadual de Saúde de 2012-2015 (PERNAMBUCO, 2012); 3) No segundo semestre de 2011, durante as conferências municipais, estadual e nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos de LGBT, e a partir de reivindicações trazidas pelos ativistas Leonardo Tenório, Chopelly Santos e demais ativistas da Amotrans-PE, foi incluída nas resoluções de todas as conferências a demanda da implantação do Processo Transexualizador em Pernambuco, dentro dos moldes regulamentados pelo Ministério da Saúde; 4) Organizado pelo CES-PE, foi realizado o I Seminário Estadual de Saúde da População LGBT no Controle Social, em Itamaracá (PE), nos dias 24 a 26 de agosto de 2012, no qual esteve presente o então Secretário Estadual de Saúde, Antônio Carlos Figueira. O mesmo anunciou que criaria a equipe do Processo Transexualizador em Pernambuco, e assinou uma portaria criando um Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral LGBT (PERNAMBUCO, 2012) para assessorar a secretaria, entre outras coisas, na implantação do Processo Transexualizador no SUS no estado; 5) A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa da SES-PE, sob gestão de Andreza Barkokebas, interrogou as direções dos grandes hospitais estaduais pernambucanos e o Hospital das Clínicas, que é federal, sobre a possibilidade de criação do serviço. Apenas o Hospital das Clínicas se candidatou. Em consenso entre a SES-PE, a DAGEP e o DAE do Ministério da Saúde e o movimento social trans, o serviço seria criado contanto que nenhum profissional da equipe não-credenciada anterior fizesse parte e o atendimento prezasse pela humanização, o respeito ao nome social e tivesse pelo menos uma pessoa trans trabalhando na equipe; 6) Em outubro de 2014, o Ministério da Saúde através da Portaria SAS/MS nº 1.055/2014, credenciou oficialmente o HC-

UFPE como estabelecimento de saúde habilitado a disponibilizar o Serviço de atenção especializada do Processo Transexualizador no SUS nas modalidades ambulatorial e hospitalar. (TENÓRIO; LIVADIAS; VIEIRA, 2017, p. 3).

Um elemento que também merece destaque é a mobilização interna realizada por profissionais que se sensibilizaram e indignaram com a situação de descaso com a qual a população de Travestis e Transexuais estava enfrentando dentro do espaço institucional do Hospital das Clínicas. Essas pessoas foram igualmente fundamentais para potencializar os terrenos de discussão e polêmicas, como também para a criação de alternativas a um público que somente acessava os serviços dentro do hospital por gambiarras bastante malfeitas. A fala de Ana Flor, ao retratar as angústias, inseguranças e desejos sentidos diante das primeiras aproximações com as primeiras meninas transexuais atendidas no hospital, que buscavam respostas frente a suas demandas, traduz e sintetiza bastante os sentidos e sentimentos disputados e desprendidos por essas profissionais para que esse serviço ganhasse outros contornos:

Então, é... Essas meninas me suscitaram assim, muita reflexão. Como é que eu vou trabalhar com esse público? Aí, a primeira coisa que eu fiz foi escutar! E a partir dessa escuta eu identifiquei que a questão do nome social e a questão da retificação do nome era uma demanda significativa. E aí eu achei que isso tinha a ver com a minha intervenção enquanto profissional de Serviço Social. E aí eu comecei a fazer a articulação com a rede externa no sentido de viabilizar o trânsito de forma pública. Porque as meninas desconheciam o mecanismo de acesso pela política pública e estavam precisando dispor de um dinheiro que não tinham para constituir um advogado para retificar o nome. E aí, isso foi o meu ponto de partida.

Amanda Palha, servidora do Hospital das Clínicas da UFPE, reitera a importância do trabalho realizado em conjunto com Ana Flor ainda anterior ao credenciamento desse espaço Trans do HC⁶⁶ pelo Ministério da Saúde, reiterando os deslocamentos de fluxos pressionados e construídos no interior do Hospital das Clínicas:

⁶⁶ Politicamente a terminologia “Processo Transexualizador no SUS”, conforme consta nas normativas do Ministério da Saúde, é questionada pelos profissionais e usuários do serviço no Hospital das Clínicas da UFPE. Sobre tudo porque existe o entendimento de que existe nesse serviço um efeito transexualizador que age na vida das pessoas que buscam esse serviço. Portanto, por um entendimento interno e reconhecimento dos serviços, tem

Então em função das demandas dela e em função, é... do meu trabalho na clínica e aqui no ambulatório, a gente foi convidada a pensar um pouco sobre esse movimento de... implementar o processo Transexualizador no SUS, né? Agora mais organizado, que existia uma história anterior no HC.

Portanto, compreendemos que a construção do Espaço de Acolhimento e Cuidado para Pessoas Trans do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco foi impulsionada a partir de diversas articulações, disputas e sentimentos envolvidos. Sendo o movimento social, as usuárias do antigo serviço e as trabalhadoras que hoje compõem a equipe parte fundamental para esse atual desenho. Destacam-se ainda as posturas da gestão do Hospital das Clínicas nesse processo. Na ocasião “a direção do HC desenvolveu várias reuniões com as diversas chefias de serviços ambulatoriais e cirúrgicos” (TENÓRIO; LIVADIAS; VIEIRA, 2017 p. 4), fato evidenciado por Ana Flor:

No começo, a gestão, é... deu suporte político pra gente estabelecer um diálogo interno com os chefes de clínicas do serviço. É... a gente saiu chamando os serviços afins, que tinham a ver. E, é... Várias reuniões aconteceram com a participação da gestão. E aí era um movimento de... nós na ponta, Ministério... a gestão colaborando, parte dos usuários também em diálogo...todo mundo junto pra oferecer respostas mais satisfatórias possíveis.

Assim, aos poucos foram sendo construídos protocolos, fluxos e dinâmicas que, emergencialmente, tinham o interesse de acolher e responder às demandas das pessoas usuárias, que em decorrência de uma experiência traumática, tiveram suas vidas cerceadas, a partir de uma clara e reiterada violência institucional. Desse modo, foi se priorizando aportar alternativas para minimizar os efeitos de uma centena de intervenções equivocadas feitas a partir do corpo e desejo daquelas pessoas, sendo estas ancoradas a partir de outro paradigma: o do cuidado holístico em saúde.

Ainda em 2014, foi contratado para atuar como recepcionista, a partir de um processo seletivo público, o coordenador da ABHT – Associação Brasileira de Homens Trans, e emblemático ativista na causa trans, Leonardo Tenório. Leonardo, além de exercer as atividades comuns atribuídas a sua função, também entra na equipe para adensar as

se utilizado o nome Espaço de Acolhimento e Cuidado para pessoas Trans do HC – PE para se referir a esse ambiente.

compreensões de saúde, cuidado e desejo requeridos e ofertados por/para Travestis e Transexuais. Sua participação foi fundamental para a materialização dos redimensionamentos necessários para a construção de outras posturas, atividades e diálogos com as pessoas transexuais e travestis usuárias dos serviços do hospital. Em paralelo à contratação dele, também foram instituídos como trabalhadoras regulares desse espaço uma psicóloga, uma assistente social, uma enfermeira e um médico urologista – cirurgião. Em 2016, após a realização de um concurso, contrata-se mais duas profissionais – psicóloga e assistente social, para compor e fortalecer o serviço

Na perspectiva de oferecer um cuidado integral em saúde, diversas pessoas transexuais e travestis foram se reconhecendo e projetando expectativas de satisfação nesse espaço, fazendo com que rapidamente o espaço ganhasse outras formas de visibilidade e se tornasse referência no cuidado em saúde para esse público. Evidencia-se nesse trabalho a retirada do lugar da cirurgia como única alternativa para uma vida plena, resultado de esforços coletivos para romper radicalmente com o paradigma da transexualidade do supracitado “transexual de verdade”. A ideia do Espaço de Acolhimento e Cuidado para Pessoas Trans é oferecer serviços que dialoguem com as diversas dimensões da vida dos sujeitos a partir de um acolhimento multidisciplinar e inteiramente reflexivo, além de participativo do ponto de vista de quem recebe as intervenções.

Outro elemento que merece destaque nesse trabalho é a contravenção da patologização da transexualidade como força motriz das atividades e serviços ofertados nesse lugar. Diferente do que ocorre em outros serviços no Brasil, no Espaço Trans predomina o entendimento de que a transexualidade, como outra experiência social, é o reflexo de uma diversidade humana presente e potente na sociabilidade que habitamos. Não podendo jamais ser engessada ou reduzida a uma única forma de comportamento ou expressão. Essa percepção é o que fundamenta os arranjos e cardápios disponíveis no Espaço de Acolhimento e Cuidado para Pessoas Trans.

Entretanto, no que pesem todos os avanços, reordenamentos e posturas que diferenciam esse serviço, tanto da experiência passada quanto de outros existentes no país, existem pontos inflamados e urgentes de serem resolvidos que nos colocam o desafio de pensar com mais profundidade sobre os processos que condicionam as formatações desse serviço na atualidade. Dizemos isso porque não há possibilidade de desprezarmos o fato de: haver uma demanda reprimida de mais de 200 pessoas esperando para serem acolhidas; a fila

entre aquelas pessoas que desejam cirurgia se estender por mais de 20 anos e; existir uma ampla espera para a realização de exames e consultas dentro do HC.

Na busca por não deixar de evidenciar os avanços conquistados nesse espaço, não desconsideramos as problemáticas persistentes e sofisticadas dentro dele, buscando nos próximos itens refletir sobre alguns tópicos que avaliamos serem úteis para responder e refletir acerca da estrutura na qual o serviço se encontra. Faremos isso sem nenhuma pretensão de esgotar as discussões, reconhecendo o caráter limitado desse trabalho.

4.2 “CLARO QUE A EBSE RH MUDOU NOSSA ROTINA”: precarizações, desfinanciamentos e privatizações no Espaço Trans à luz dos desmontes ao SUS

Eu digo assim... mesmo sensorialmente, é... Eu sinto uma mudança de lógica da cultura interna, meio que uma tentativa de mudar no DNA da coisa. Então, vem assim um caráter privatista, como se aquilo fosse uma empresa e não um órgão do SUS.⁶⁷

A fala acima surge a partir de um questionamento relacionado à entrada da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSE RH, no Hospital das Clínicas de Pernambuco. A intenção da pergunta era poder, a partir dela, refletir se/como essa empresa trouxe desafios e potências para o Espaço Trans da mesma instituição. Realizamos esse questionamento por entendermos que a racionalidade posta pela EBSE RH pode traduzir parte importante do cenário atual vivido no Espaço Trans.

A EBSE RH, que se define como uma empresa pública com personalidade jurídica de direito privado, foi criada em 15 de dezembro de 2011 e sancionada através da Lei 12.550 no governo Lula, denotando mais um complexo e intrigante processo de contradição presente em um governo que outrora defendia ferrenhamente os princípios do SUS. Na ocasião, justificou-se a urgência em instituir uma empresa que gerisse com racionalidade os gastos dos Hospitais Universitários Federais – HUs, tendo em vista a necessidade de aprimoramento dos desempenhos dessas instituições, consideradas tão caras aos cofres públicos.

⁶⁷ Trecho da entrevista realizada com Ana Flor.

A EBSEH foi apresentada pelo Governo Federal como a única solução para a crise do maior complexo hospitalar público do país, resultante da progressiva redução de pessoal que assolou o setor público e da falta de investimentos para dar conta dos objetivos dos Hospitais Universitários: ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde (FRENTE NACIONAL CONTRA PRIVATIZAÇÃO, 2014).

Obviamente, esse malabarismo retórico foi importantíssimo para encobrir uma série de implicações, não justificáveis, que estavam diretamente relacionadas à implementação da EBSEH. Raquel Soares, em sua tese aqui já apresentada, argumenta que fez parte da estratégia dos governos petistas apresentar discursos capazes de tornar nebulosos os verdadeiros sentidos das mudanças em curso, sendo seguido também na implementação da EBSEH.

Os princípios do SUS não são negados explicitamente, tendo em vista as possibilidades de resistência. Os princípios e fundamentos legais do SUS são refuncionalizados, adquirem conteúdos distintos da racionalidade hegemônica no projeto de reforma sanitária, incorporando elementos da nova racionalidade hegemônica [...] (SOARES, 2010, p. 56)

O fato é que anterior à entrada da EBSEH, os HUs tinham suas atividades reguladas pelo artigo 45 da Lei Orgânica da Saúde (LOS), a qual definia que:

Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados (BRASIL, 1990).

A legislação em destaque também previa as bases de financiamento dos HUs, que além do Ministério da Saúde também recebiam recursos provenientes do Ministério da Educação, tendo em vista seu caráter de Hospital – Escola. Em geral, as verbas destinadas aos HUs eram superiores as que detinham outros Hospitais, tendo em vista a condição deles de também incorporarem em suas rotinas a extensão e pesquisa como prática cotidiana. Administrativamente, os Hospitais Universitários eram gerenciados pelas instituições as quais eles estavam vinculados, garantindo, além de uma maior possibilidade de autonomia

administrativa e política, a construção de planos de trabalho harmônicos às demandas universitárias.

A regulamentação da EBSEH se dá em um contexto de plena contenção de investimentos em saúde e ampla satisfação do setor privado, oferecida pelo Governo Federal; sendo sua implementação o resultado exaustivo de uma construção paulatina que argumentava ser necessário dar vazão aos problemas estruturais e históricos dos HUs, tais como: ineficiência dos serviços; ausência de corpo profissional suficiente; necessidade de maior diálogo com setor privado em saúde e; melhor direcionamento dos recursos destinados aos hospitais; melhoria na estrutura física dos HUs. Obviamente, foi preciso escamotear, através de um discurso radicalmente estratégico, a natureza e funcionalidade da entrada da EBSEH no circuito do HUs.

A defesa de que se tratava de uma empresa pública, e por isso não havia nenhuma proposta de privatização em cena, foi um importante trunfo usado para justificar a adesão dos HUs à EBSEH. Sobre isso, abro aqui rapidamente um pequeno parêntese para compartilhar um registro extraído de um caderno pessoal de anotações escrito por mim durante a graduação. Nele, há uma anotação de uma atividade ocorrida em agosto de 2013 em um espaço da universidade, onde uma figura emblemática e histórica na defesa do SUS fez uma fala em defesa da adesão da EBSEH, argumentando que “se for pra melhorar e fortalecer nosso hospital público, eu acho que vale a pena, sim, inclusive porque temos problemas muito graves nele e não existe nada nessa empresa que desfoque dos princípios do SUS”⁶⁸.

Sem a intenção de aprofundar as especificidades que envolveram o processo de adesão do HC à EBSEH – porque pretendo fazer isso em instantes, achei pertinente trazer essa passagem porque talvez ela sintetize bem as estratégias adotadas por aqueles que vislumbravam na EBSEH a possibilidade de dar prosseguimento aos processos de privatização do SUS a partir de uma via menos conturbada. Essa intenção é confirmada, inclusive, na própria regulamentação da EBSEH, que apresenta como princípio:

A prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao

⁶⁸ Na intenção de impedir constrangimentos e outras repercussões não desejadas, optei por não identificar a pessoa que realizou essa fala.

ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada a autonomia universitária (BRASIL, 2011).

Essa estratégia, em detrimento dos diversos movimentos contrários que vinham alertando os perigos e intenções trazidos pela EBSEH, ganhou ampla disseminação popular, tornando ainda mais possível a adesão sem grandes entraves. Na realidade do HC-PE, algumas táticas foram adotadas para além do discurso de que não se tratava de privatizar um espaço público. Recordo-me bem que poucas semanas antes da votação que garantiria ou não a adesão do HC à EBSEH, uma grande rede de televisão local reservou parte importante de seu telejornal diário para “denunciar” os descasos e precariedades no Hospital das Clínicas⁶⁹. Obviamente, não houve um só momento em que se evidenciou que as condições atuais do hospital era o retrato de um desinvestimento histórico por parte do governo, reverberando na ausência de um corpo profissional suficiente, de uma estrutura ideal para os procedimentos e investimento em tecnologias necessárias. Ao contrário, a reportagem restringiu-se a expor somente os problemas, dando a entender que se tratava apenas de uma questão administrativa.

Além da investida midiática, a Reitoria da Universidade Federal de Pernambuco lançou mão do artifício da repressão, usando e abusando dos poderes de decisão a partir de formas arbitrárias. Sobre isso, destaca-se que diante da exigência, por parte do corpo discente e docente da instituição, do amplo debate com toda a comunidade acadêmica sobre os riscos, potências e desafios da adesão à EBSEH, foi-se utilizando de estratégias de desmobilização social, fazendo com que a adesão fosse realizada em detrimento de um importante movimento de resistência orquestrado por estudantes, técnicos, trabalhadoras/es do HC e docentes da UFPE. Tal movimento, que ocupou por mais de quatro dias a Reitoria da supracitada instituição, foi duramente reprimido, garantindo que a adesão de fato ocorresse, com a promessa de que existiriam melhorias significativas na dinâmica e estrutura do HC.

Torna-se interessante e necessário o registro de que o Espaço Trans tem seu credenciamento, nos marcos dessa empresa, sendo ela constantemente referenciada nas discussões sobre a materialização do processo transexualizador do HC. Resgato aqui uma anotação em meu diário de campo de estágio do ano de 2015, que se refere a uma reunião em que se discutia as projeções previstas para o Espaço Trans; em termos de aquisição de novos

⁶⁹ Para ter acesso a uma das reportagens, consultar o *link*: <<http://g1.globo.com/pernambuco/noticia/2013/04/em-hospital-de-pe-aparelhos-para-exames-estao-em-caixas-lacradas.html>>.

equipamentos e ampliação do corpo profissional, a gestora de uma política específica ligada à Reitoria relatou:

Apesar de não ser de acordo com a proposta como se deu, acredito que o Espaço Trans sofrerá mudanças bastante positivas. Tenho conversado com o Reitor e já o informei de nossas necessidades. Ele pediu para que eu as levasse para o (gestor do Hospital) e elas serão atendidas.

Essa fala corresponde bastante às expectativas – reais ou forjadas, criadas em torno da EBSEH a partir das necessidades e particularidades sentidas no Espaço Trans. Entretanto, ao contrário do que foi projetado, as condições de acesso e trânsito não somente não melhoraram com o tempo, como se agravaram a partir de alguns elementos potencializados pela inserção dessa empresa. Ana Flor destaca que em substituição ao discurso de que existiria, com a entrada da EBSEH, um fortalecimento do SUS, o que se tem observado no plano real do dia a dia é um ataque feroz aos princípios basilares do Sistema Único de Saúde:

Tem se perdido o sentido de um serviço público, entende? É... eu digo isso porque a gente trabalha no dia a dia com a demanda de maneira geral, e a gente vai vendo que as mediações ficam cada vez mais difíceis a partir da própria demanda dos usuários. Então, eu digo que a gente vem tendo uma mudança de curso no sentido da prestação da política. Essa política ela vem perdendo a sua característica de Política Pública, e o Hospital como integrante de uma rede, não é?

Percebe-se, nesse trecho, que existe uma contravenção àquilo que se define como integralidade; pois de que maneira pode se construir uma alternativa de cuidado onde pressupõem-se “a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos” (BRASIL, 1990) em um contexto de plena restrição de acesso e articulação como tem se estabelecido no Hospital das Clínicas? Ao que tudo indicia, o que tem prevalecido é uma contraposição à ideia de um serviço que seja verdadeiramente público, universal, integral e equânime (BRAVO, 2007), já que as tentativas de desvinculação do HC do SUS refletem uma afronta a todas essas propostas de trabalho.

Convidada a refletir sobre as mudanças positivas trazidas pela EBSEERH ao Espaço Trans, Amanda Palha traz a seguinte questão:

Então a EBSEERH, eu não sei em que medida facilitou, eu não vejo. Porque são seleções simplificadas, mas que tem também a necessidade de cumprir com um quadro. E se a gente precisa de mais também não tem, então, não é uma coisa que facilitou a qualquer hora a gente pode ter. Não! Vai seguindo mais ou menos a mesma lógica de orçamento; de necessidade diante do jeito que se cuida, então eu tenho que ter no mínimo. A gente percebe que é o mínimo que tem, a gente tem que ter mais do que mínimo. A gente vem pensando, por exemplo... Falava-se em uma equipe, né? Existe lá na portaria uma equipe mínima e a gente propôs mais profissionais, mas em função da demanda mesmo, né? Que a gente tem... e não foi atendida a nossa solicitação. Ou seja, mudou em que mesmo?

Essa última narrativa, por si só, traz os elementos necessários para constataremos que é falaciosa a ideia de que era possível avançar em um serviço específico dentro do hospital em detrimento de uma gestão centrada na contenção de investimentos em saúde. Durante a entrevista, a tendência da precariedade do serviço ficou evidente. No decorrer da conversa, por exemplo, Amanda Palha informou que em decorrência da alta demanda de atendimento naquele dia, não havia almoçado, denotando a inexistência de um número suficiente de profissionais que respondam a uma intensa demanda durante a carga horária de trabalho, sendo preciso também sacrificar o tempo de descanso garantido em lei. Ainda durante a entrevista, fomos interpeladas, por pelo menos duas vezes, por usuários que buscavam informação sobre atendimentos, apesar de somente iniciarmos a conversa às 18h30min – ao fim do dia de trabalho. Cabe também destacar que tal situação também se deve ao fato de que existe somente uma sala onde se realiza acolhimento, grupos terapêuticos com usuários e reuniões de equipe, funcionando também como sala de espera.

Pelo que observamos, e também foi apontado em entrevista, a sobrecarga de trabalho é uma realidade vivida por todos os profissionais que atuam diretamente no Espaço Trans, sendo intensificada para os profissionais terceirizados do Hospital, que embora existam anterior à EBSEERH, durante essa gestão, têm se intensificado as cobranças por produção, como relata Amanda Palha:

Tem uma pessoa na recepção, que foi aí uma demanda do Movimento Social, que a gente achou muito importante ser uma pessoa Trans, que aí

respondia à questão da identificação e tal. Mas essa pessoa é extremamente sobrecarregada, porque ela tem que se dividir em várias atividades e funções. No fim ela é administrativa, secretária e recepcionista ao mesmo tempo, isso é difícil viu!?

Um outro aspecto importante potencializado pela EBSEH foi a coexistência de pelo menos mais de um vínculo de trabalho entre os profissionais. Anteriormente, todos os trabalhadores considerados profissionais de atividade-fim (médicos, assistentes sociais, psicólogos/as, enfermeiros/as, etc.) eram contratados via Regime Jurídico Único – RJU, garantindo a irredutibilidade de vencimentos e a estabilidade funcional. Com a entrada da EBSEH, o vínculo empregatício passa a ser estabelecido por meio da Consolidação da Lei do Trabalho – CLT. Aparentemente seria somente uma forma diferente de regime jurídico, entretanto, significa também, e sobremaneira, uma possibilidade menor de enfrentamento às propostas de intensa precarização e sobrecarga de trabalho.

É, e... ela meio que muda a relação, sabe? É... a gente começa a incorporar outra cultura, não é? Porque se são contratos com... mais flexíveis, mal flexibilidade. Facilita muito o processo de controle, sabes? De controle, a questão do assédio moral...isso mexe bastante com nossas possibilidades e potências...tenho percebido isso com frequência no dia a dia.⁷⁰

Sobre a relação institucional estabelecida entre a gestão do Hospital das Clínicas e o Espaço Trans, evidenciou-se que existem aspectos nebulosos que pairam sobre esse diálogo. Sobretudo, porque há uma ausência, ou ineficácia, de resoluções das demandas apresentadas pelo Espaço Trans junto à gestão, demarcando o caráter frágil no qual essa relação é estabelecida:

As nossas reuniões, que são pouquíssimas inclusive, quase nunca trazem bons retornos, né? Em geral a gente apresenta as demandas, fala da necessidade de resolvê-las, daí nos dão um prazo e no fim não se resolve... isso tem sido a regra geral, embora, claro, também tenha havido exceções... parece que nossas demandas não têm muita ressonância para eles.⁷¹

⁷⁰ Trecho da entrevista realizada com Ana Flor.

⁷¹ Trecho da entrevista realizada com Amanda Palha.

Um elemento que chama a atenção nesse aspecto trazido acima é que, em uma reunião de monitoramento social ocorrida em agosto de 2017, foi informado pela coordenadora do Espaço Trans que o serviço ocupava um lugar de destaque em termos de produtividade no hospital. Tal fato aparentemente garantiria uma parcela importante dos recursos destinados ao hospital para o Espaço Trans, já que essa produtividade se configura em arrecadação para a EBSEH junto ao MS. Entretanto, esse lugar de destaque na produtividade que o Espaço Trans ocupa não se reverte em maior investimento no serviço, ou seja, não é ele que usufrui dos benefícios que sua posição deveria trazer.

Existe uma falta de priorização. Então, a gente se por um lado somos bastante produtivos, não é? No sentido de vários procedimentos a gente faz aqui os nossos procedimentos, eles têm até um certo... eles têm um valor maior, são sete vezes mais, né? Se eu vou dar uma injeção no SUS que custa cinco, a injeção da hormonização é 35. Então, cada procedimento ele tem um valor maior justamente pra talvez incentivar, incrementar um pouco o serviço, no sentido, né? Da sua necessidade. Claro que... Se o preço é bem pequenininho, é bem pequenininho vezes sete, mas é vezes sete. Então ele é um pouquinho maior, né? Isso daria um incentivo tecnicamente. Mas não! Então a gente percebe que a gente traz um dinheiro interessante para o Hospital, mas isso não se reverte para o nosso serviço.⁷²

O trecho acima sela uma parte importante de uma aproximação reflexiva sobre a EBSEH e suas repercussões para o Espaço Trans a partir da sua lógica de funcionamento. Considerando, conforme dito em páginas anteriores, que o Espaço Trans está correspondendo ao ideário de produtividade aprofundado com a entrada da EBSEH e que não existe uma simetria entre ele e o recurso repassado ao serviço, o que justificaria essa postura? Um caminho importante que optamos ao pensar é que a tarefa de racionalizar os gastos dentro dos HUs é aplicada somente a alguns procedimentos específicos, sobremaneira àqueles que não acarretam nem em lucros significativos ao capital hospitalar nem alimenta a lógica biomédica tão interessante ao capital.

Então é uma outra lógica de cuidado também que visa muito produtividade. Uma produtividade que não diz respeito a uma resolutividade, mas a uma

⁷² Trecho da entrevista realizada com Amanda Palha.

produtividade, que somente tem interesse de engodar os orçamentos disponíveis para a empresa que gerencia as contas desse hospital.⁷³

Um último elemento característico da entrada da EBSEH destacável nesse item é que dialoga diretamente com as questões levantadas acima refere-se à ausência, ou fragilidade, dos espaços de participação social dos usuários e profissionais para a tomada de decisão sobre o gerenciamento de recursos e outras questões relativas ao funcionamento do HC. Tal fato fica evidente diante das respostas das entrevistadas sobre os recursos destinados ao HC e como eles são distribuídos:

Olhe, eu particularmente não sei nada sobre recursos tu acredita? Eu acho que eu não saber também é intencional, sabe? Porque assim, eu acho que quanto menos a gente souber do que acontece em termos administrativo da EBSEH melhor ela exerce suas funções e objetivos. Eu acho até que a coordenadora do serviço pode saber, mas eu garanto que os profissionais que trabalham comigo na assistência aos usuários nos serviços não sabem... e isso é bem sintomático, tu não achas?⁷⁴

Consoante à falta de transparência, Amanda Palha também relata:

A gente num tem acesso a nada disso, pelo menos eu não. Eu não sei se os coordenadores dos outros serviços têm essa informação, mas eu, desde que assumi essa coordenação não tenho essa dimensão.

Trazendo a reflexão necessária para essa questão, Ana Flor argumenta sobre os motivos desses desconhecimentos:

Essa falta de transparência toda é estratégica, Henrique. Ela serve para que a gente não participe ativamente dos processos de decisão. Eu sei que não tem nada mais útil para uma organização tão misteriosa quanto a EBSEH do que ocultar informações importantes para nossa mobilização. E isso não é uma particularidade nossa, é parte de um protocolo de desvalorização do SUS do jeito que a gente conhece e defende. Então é assim, por aqui, as

⁷³ Trecho da entrevista realizada com Amanda Palha.

⁷⁴ Trecho da entrevista realizada com Ana Flor.

decisões são de fato tomadas em gabinetes, sem diálogo nenhum com os trabalhadores e usuários que constroem cotidianamente esse hospital.

Em um relatório publicado em 2014 pela Frente Nacional contra a Privatização⁷⁵ chamado “*Relatório Analítico das irregularidades e dos prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário causados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEERH*”, apontou-se que as problemáticas – de ausência de transparência, de insuficiência de recursos e seletividade das demandas, vividas e expressas no Hospital das Clínicas a partir dos profissionais do Espaço Trans, é uma realidade que tem se tornado regra nos HUs que adotaram a EBSEERH como forma de gerenciamento, nos informando que se trata de um princípio presente em todas as unidades as quais a empresa gerencia e não somente uma tendência no HC-PE. O relatório denuncia que após poucos anos de adesão à EBSEERH, os HUs têm apresentado uma semelhança profunda, em termos de cenário.

No documento, alguns pontos podem ser aqui explorados. 1) a irregularidade, prejuízos financeiros e insuficientes serviços de saúde para a população usuária. Sobre esse aspecto, cabe destacar a nota lançada no mês de novembro de 2018 pela assessoria de imprensa do Hospital das Clínicas informando sobre o cerceamento de acesso a exames laboratoriais e consultas de rotinas em decorrência da ausência de recursos para tais procedimentos, contrariando radicalmente as promessas realizadas durante o período em que se discutia a necessidade de aprovação da EBSEERH para gerir o HC (ver anexo D). Obviamente essa tendência tem se agudizado ao longo dos anos, especialmente em decorrência de um desfinanciamento massivo tocado pelo governo ilegítimo do presidente Michel Temer.

Nesses últimos dois anos aí, de um desgoverno, que traz a lógica da privatização, a lógica do corte de financiamento, né? Enfim, essa precarização toda, inclusive dos processos de trabalho dos... Não só dos usuários, mas dos próprios servidores, né? Então a gente vê um desmonte de todo esse processo, isso tem reflexo, óbvio né? A gente não tem os insumos porque não é prioridade, que sempre vai ter falta de dinheiro, né? Além da falta de dinheiro real, concreta, em função desse desfinanciamento.⁷⁶

⁷⁵ A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde é uma organização composta por diversos Fóruns estaduais em torno da luta por um SUS 100% público, estatal e de qualidade.

⁷⁶ Trecho da entrevista realizada com Amanda Palha.

Em um artigo intitulado “Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS”, Raquel Soares (2018) argumenta que atualmente “estamos vivendo a fase mais intensa da contrarreforma no Estado brasileiro, especialmente na Política de Saúde, sendo o Governo Temer o mentor de uma demanda internacional do capital onde não cabe a dimensão do direito social” (SOARES, 2018, p. 5). Nesse sentido:

Evidencia-se uma profunda instrumentalização do Estado brasileiro em favor dos interesses do capital da saúde, sem qualquer preocupação em atender os interesses da classe trabalhadora. O compromisso explícito do governo nessa fase da contrarreforma da saúde é com as grandes corporações econômicas privadas da saúde (SOARES, 2018 p. 4)

Cabe ainda observar, como ressonância dessa adesão, 2) indícios de desperdícios no uso do dinheiro público nas capacitações de gestores da Empresa; 3) irregularidades nos “concursos” realizados pela EBSEH; 4) insatisfação dos empregados contratados pela EBSEH explicitada através da deflagração de greves; 5) desrespeito à autonomia universitária e aos órgãos colegiados de deliberação nos processos de adesão à EBSEH e; 6) judicialização de demandas contra a EBSEH.

Não sem razão, os elementos destacados no relatório dialogam bastante com as problemáticas apresentadas pelas profissionais em diálogos durante as entrevistas, que também estão em simetrias com as literaturas construídas e as observações realizadas durante a pesquisa no campo. Entretanto, cabe um questionamento, que tem como pretensão ser respondido nas próximas páginas: *Como essa tendência de sucateamento do SUS, e nesse caso mediado pela EBSEH, se soma às outras dinâmicas específicas relacionada a um serviço oferecido àquele grupo que historicamente somente podia transitar nas noites e nas ruas?*

4.3 “TEM TRANSFOBIA POR AQUI, SIM”: aversão, desleixos e desconhecimento às demandas de Travestis e Transexuais no Hospital das Clínicas de Pernambuco

Em paralelo aos processos de precarização tipicamente implementados no âmbito da política pública de saúde – que tem dificultado historicamente acessos e trânsitos dos usuários na Política de Saúde, existem condicionantes específicos, e agravantes, que acometem os fluxos e respostas no bojo do Espaço de Acolhimento e Cuidado para Travestis e Transexuais

da UFPE. A transfobia institucional tem sido um elemento condicionador nesse serviço, trazendo traços específicos para sua composição cotidiana. Acerca dela, apresentaremos alguns pontos que podem nos levar a entender, ou questionar, sobre como a aversão à transexualidade é uma questão fundamental para situar as possibilidades e desafios na estruturação de um serviço voltado a esse segmento.

Quero iniciar esse item apresentando parte das anotações que resgatei de meu diário de campo de estágio, o qual traz referência a uma conversa que tive com uma usuária travesti do Espaço Trans em julho de 2015. Na ocasião, após acompanhá-la na realização de uma marcação de consulta, papeávamos sobre como ela se sentia ao ser invadida pelos olhares dos usuários e trabalhadores do Hospital das Clínicas. Entre uma conversa e outra, Carla⁷⁷ me diz: “Henrique, te juro, às vezes me bate uma vontade tão grande de não sair mais de casa, de não vir mais pra meu tratamento aqui no HC, e vez ou outra eu acabo não vindo por isso também, me sinto um extraterrestre passando”.

Apesar dessa passagem ter sido de um registro feito em 2015, aparentemente não existe uma ruptura tão radical com essas dinâmicas na atualidade, denotando que pode não se tratar de um problema relacionado ao desconhecimento do serviço, já que se trata de um equipamento existente e atuante desde 2014 com regularidade, mas de um estranhamento generalizado acerca daqueles corpos, desviantes e impróprios, para estarem no espaço de saúde.

Se você caminhar dois ou três passos atrás de uma travesti enquanto ela tá indo fazer alguma coisa no outro serviço você percebe os olhares que ela recebe, sabe? São olhares para intimidar mesmo, meio que perguntando: ei, porque você está aqui? E isso nos dá um trabalhão pra enfrentar viu, Henrique.⁷⁸

Berenice Bento (2008), já tão bem apresentada, fazendo do espaço escolar campo de reflexão, nos ajuda bastante a pensar sobre esses olhares, que ao contrário do que se pode argumentar, não significa uma curiosidade somente, mas “uma sinalização clara de que o limite territorial colocado para os corpos desviantes foi rompido, sendo assim cabe o alerta para que ele se reestabeleça” (BENTO, 2008, p. 60). Esse reestabelecimento significa a

⁷⁷ Nome fictício.

⁷⁸ Trecho da entrevista realizada com Amanda palha.

expulsão imediata daqueles sujeitos dos lugares sociais comuns aos “cidadãos de bem”, pessoas que publicamente assimilam comportamentos caracterizados dentro da norma hétero e cissexual.

Na realidade específica do HC, em que há um serviço de referência regional para Travestis e Transexuais, a transfobia ainda tem aparecido com frequência contra esses sujeitos. Essa violência, que se potencializa a partir de diversos marcadores (raça, classe, região e orientação sexual, por exemplo) tem colocado desafios emblemáticos para a dinâmica do Espaço Trans. Parte dessas posturas foram registradas pelas profissionais entrevistadas.

Como ilustração, já que temos a consciência de que jamais conseguiríamos descrever em sua totalidade as diversas situações absurdas vividas por Travestis e Transexuais no espaço do HC, Amanda Palha retrata dois episódios em que profissionais do hospital diretamente se movimentaram contra usuários/as transexuais e travestis que estavam na instituição à espera de atendimento:

A gente teve duas situações bem chatas, né? Um profissional aí da neurologia que saiu filmando e trazendo justamente essa discussão: ‘imagina o HC, porque que tá fazendo atendimento pra esse tipo de gente? Né?’ Então a gente percebe que tem assim uma hierarquização também nos cuidados. Tem coisa que é mais importante, tem gente que é mais importante ser cuidado. [...] A outra aconteceu com um menino transexual que ficou aqui internado e as enfermeiras se recusavam a chamá-lo no masculino, mesmo depois de nós termos feito todo um trabalho de conscientização sobre as necessidades, demandas e pronomes a serem observados e respeitados por elas.

É importante destacar que por transfobia não se compreende apenas o ato de conscientemente e diretamente atacar fisicamente pessoas transexuais ou travestis, mas também por sonegar, impedir ou negligenciar acessos a dispositivos que promovam harmonia entre a identidade vivida por aquele sujeito e o reconhecimento social. Um desses instrumentos úteis e bastante desrespeitado é o nome social. Esse, que embora esteja normativamente garantido desde 2009 no âmbito do SUS, através da portaria do MS de número 1.820, não tem sido garantido no cotidiano dos espaços de saúde pública, denotando uma incompatibilidade entre o “legal” e o que de fato acontece no dia a dia.

Ainda tem nos chegado informações e denúncias de respeito ao nome social. Alguns casos é mais uma falha institucional mesmo, porque não saia na capa do prontuário o nome que as pessoas se identificam, mas tem casos que não, é o profissional que vai lá, ler o nome social da pessoas, mas na hora do tratamento se refere no ‘ele’ se for uma Travesti, por exemplo.⁷⁹

Sobre essa questão, importa pontuar que para Travestis e Transexuais o desrespeito ao nome social tem sido uma forma histórica de construir barreiras para um atendimento contínuo em saúde, fazendo com que essas pessoas não se reconheçam naquela proposta de cuidado e consequentemente evadam do serviço. Diversas pesquisas e reflexões já foram confeccionadas no sentido de dar visibilidade às consequências do desrespeito ao nome social para Travestis e Transexuais (ROCON, 2015; SILVA, 2017); entretanto, no caso específico do Espaço Trans, existe um agravante importantíssimo: trata-se de um Hospital de referência regional para essa população, um espaço cuja proposta é tão ousada quanto construir um oceano no sertão do Nordeste. Portanto, torna-se ainda mais grave que um serviço com esse *status* reitere uma discriminação, que tem sido fundamental para afastar Travestis e Transexuais do acesso aos direitos.

No intuito de buscar respostas que justifiquem o desrespeito a questões tão introdutórias no cuidado em saúde para Travestis e Transexuais, nos cabe pensar: *será que existe de fato um entendimento hegemônico de que oferecer cuidado e promover ações em saúde para Travestis e Transexuais seja uma demanda legítima a ser colocada para os profissionais do Hospital das Clínicas?*

Amanda Palha nos auxilia a responder esse questionamento ao compartilhar suas impressões:

Então, há uma lógica que vai entender que esse espaço não deveria estar sendo ofertado para as pessoas trans. Há muitas outras coisas mais importantes do que isso. E as pessoas também têm um cunho muito moral, né? Então, muita gente vai falar com jeito, né? Da nojeira, da sujeira, do submundo, né? São pessoas degeneradas, né? Que tão aqui perpassando.

No nosso ponto de vista, essa reflexão é bastante importante, sobretudo porque expõe uma questão fundamental para irmos amadurecendo o questionamento acima destacado:

⁷⁹ Trecho da entrevista realizada com Ana Flor.

existe uma disputa em torno do entendimento do que é ou não um serviço legítimo de estar em um hospital como a proposta do HC. Os elementos eletivos que definem sobre o que é válido ou não levam em consideração o perfil e as demandas dos sujeitos que povoam aquele serviço. Como trata-se de uma população que representa a ameaça, tanto à moral ocidental cristã quanto à perspectiva restrita de saúde – já que existe uma proposta de prevenção e promoção em saúde embutida nesse espaço, obviamente haverá maiores resistências à materialização desse serviço.

Nesse sentido, achamos importante situarmos essa resistência à luz de duas questões fundamentais: primeiro por se tratar de um serviço credenciado em um momento em que há uma racionalidade cada vez mais dura em relação aos gastos, induzindo a focalização (BENTO, 2008); segundo porque esse serviço funciona em um local tipicamente orquestrado a partir da lógica da reabilitação e cura. Portanto, é preciso percebermos que a não priorização de um serviço como esse é completamente estratégica para a manutenção das desigualdades, com isso, não faz nenhum sentido em meio à ausência de recursos contemplar um espaço onde opera-se a destituição da cisheterossexualidade (ARAN; MURTA, 2008). Ademais, chega a ser uma afronta que em meio à escassez contemple-se o abjeto.

Nesse sentido, essa resistência irá se apresentar de diferentes maneiras e a partir de um perfil bastante variado de indivíduos que constroem aquela instituição. Uma das formas de garantir a negação do acesso à saúde se dá através da inexistência intencional de um corpo profissional que respondesse às demandas apresentadas pelos usuários e as ações previstas na Portaria que regulamenta o Processo Transexualizador no SUS.

Os profissionais têm uma expertise, mas eles não querem lidar com a transexualidade, as pessoas trans, né? Então, sempre tem uma questão: “Ah, não sei lidar com isso”, “Ah, não me sinto bem”, “Ah...eu não conheço estudos que me ofereçam retaguarda” “ahh...” Bom! E como não é uma emergência existe a prerrogativa do profissional não se sentir bem, ele não atende, né?⁸⁰

Na reunião de monitoramento social, uma trabalhadora do Espaço Trans informou que, em decorrência do afastamento, por motivos de licença, da médica responsável pela cirurgia de mastectomia, o procedimento estava suspenso por motivos de não haver até o

⁸⁰ Trecho da entrevista realizada com Amanda Palha.

momento nenhum outro médico ou médica que se disponibilizasse em realizar o procedimento, resultando em uma paralização de mais de quatro meses. Na ocasião, um médico da instituição estipulou que somente toparia realizar o procedimento se houvesse uma retaguarda jurídica, que o resguardasse de eventuais processos éticos em decorrência dessas cirurgias.

Sobre esse episódio, chama-se a atenção para o fato de que a Portaria do MS que regulamenta o serviço, já disponibiliza a retaguarda requerida pelo profissional, entretanto, a exigência de outro artifício jurídico que os ofereça ainda mais refúgio a eventuais processos nos coloca a refletir. Sem a possibilidade, nem intenção, de problematizar com profundidade essa situação, questiono: *O que representa esse excesso de retaguarda jurídica exigida por esse profissional? Poderia ser essa posição a forma mais sutil de comungar com a ideia de que esses sujeitos não merecem serem cuidados e suas demandas atendidas? Existe alguma articulação entre ela e as sofisticadas formas de construir impedimentos aos cuidados em saúde para Travestis e Transexuais?*

Em meio a tantos questionamentos, uma informação trazida por Ana Flor, e percebida durante o tempo de estágio no campo de pesquisa, nos deixa afirmar com mais precisão a nossa posição de que existe uma estigmatização que paira no ambiente, e está presente entre os profissionais e usuários do Espaço Trans, sendo esta essencial para as dificuldades de acesso e trânsito desses sujeitos no supracitado serviço.

Pensando sobre isso dentro do próprio Hospital, a gente se percebe um serviço estigmatizado dentro da própria unidade. As pessoas não reconhecem como importante as demandas do nosso público. E isso é percebido por nós e pelos usuários o tempo todo, sabe? Às vezes um simples encaminhamento vai custar uma imensidão de mediação para que a pessoa do outro ambulatório possa entender que aquilo é uma coisa séria, é direito.

Portanto, o não reconhecimento dos usuários desse equipamento como pessoas com direitos existe como uma tentativa constante de desmobilização do serviço no interior do Hospital das Clínicas, no sentido de evidenciar e reprimir aquilo que é considerado inadequado para ter corpo dentro do espaço hospitalar. Como cidadãos/ãs portadores de direitos devem ter suas demandas validadas e respondidas, no HC e no Espaço Trans .

Aconteceu uma situação de uma usuária que era surda e teve um contratempo com um funcionário do Hospital... E na ocasião se mobilizou em raio de segundo toda a segurança junto com pessoas da gestão que foram para o espaço trans tomar satisfação com a gente. Então, eu te digo que os problemas que acontecem ali, quando dizem respeito com essa população, mobilizam rapidamente os mecanismos de defesa daquela instituição com muita velocidade. Entende? O mesmo não percebo quando se trata de um desrespeito com o nosso usuário, por exemplo.⁸¹

Esse trecho acima alimenta a nossa hipótese de que exista um desejo latente, que é constantemente aprimorado para a materialização, de expurgação de determinadas demandas e pessoas que circulam no HC. É uma vigília que ininterruptamente fiscaliza, aciona e pune determinadas posturas a partir de sexualidades e corporalidades (BENTO, 2008), se alimenta de uma herança colonial que institui corpos, desejos e gêneros inteligíveis ao cuidado, em detrimento da negação, omissão e ação contra outros sujeitos.

Sobre isso, cabe trazer ao debate novamente Butler (2015) a partir de seu livro “Problemas de Gênero: Feminismo e subversão da identidade”. Nessa produção ela argumenta que a matriz cultural, por meio da qual a identidade de gênero se torna inteligível,⁸² “exige que certos tipos de identidades não possam existir – isso é, aqueles que o gênero não decorrem do ‘sexo’, ou aqueles que as práticas e desejos nem decorram do ‘sexo’ nem do ‘gênero’” (BUTLER, 2015, p. 44). Por uma simples assimilação, podemos perceber que existe uma funcionalidade e sentido na negação de cuidado a Travestis e Transexuais no âmbito do SUS, e nesse caso específico do Hospital das Clínicas da UFPE; pois garantir o cuidado integral a esses sujeitos é contrariar uma norma secular que tem produzido sensação de estabilidade e naturalidade na sociedade capitalista.

Entretanto, não podemos incorrer no erro de afirmar que todas essas posturas de negação e omissão sejam feitas de maneira consciente e intencional pelo conjunto de trabalhadoras e trabalhadores que atuam no HC. Igualmente, também é impossível descartar que existe uma completa falta de associação entre aquilo que é orquestrado na dinâmica de atendimento a Travestis e Transexuais no Hospital das Clínicas e as condutas morais e éticas impostas por um sistema complexo, sofisticado e violento trazido pela ventania colonial do gênero.

⁸¹ Trecho da entrevista realizada com Ana Flor.

⁸² Gêneros e corpos inteligíveis são aqueles que, em certo sentido, instituem e mantêm relações de coerência e continuidade entre gênero, sexo, prática sexual e desejo (BUTLER, 2015).

À guisa de concluir esse item, ainda achamos oportuno problematizar o fato de que existe uma disputa interminável no âmbito da saúde sobre o que seria de competência e prioridade para a saúde pública brasileira. Nessa arena de disputa, ainda paira com bastante força a ideia de que saúde se refere à ausência de doenças, devendo a Política de Saúde restringir-se à execução de ações com caráter curativo. Citada em outro momento, Fleury (2009) é também útil para esse debate ao argumentar que a Reforma Sanitária constrói-se – em termos de avanços e recuos, cotidianamente, sendo o tempo todo seduzida pela ótica de uma saúde restrita – em termos sujeitos e grupos alcançados e procedimentos realizados. Essa perspectiva ganha ainda mais força em contextos de exorbitantes austeridades - tal como vivemos atualmente, já que a racionalidade dos gastos institui a necessidade de optar pelo que é prioritário.

Essa lógica torna-se ainda mais agressiva quando se refere ao terreno onde o Espaço Trans se situa atualmente: o campo do hospital – instituição em que historicamente foi associado ao lugar do emergencial; nele somente as urgências têm importância concreta. Nesse lugar, e sob a lógica adotada pela gestão da EBSEH, a transfobia encontra solo fértil para a sua disseminação, seja por restrição de recursos que autoriza a negação de procedimentos básicos a Travestis e Transexuais sob o argumento de que “é preciso priorizar”, seja pela impossibilidade da formação do corpo profissional que atua no HC, em decorrência da exigência de um produtivismo cada vez mais exacerbado, além de, obviamente, pelas rotinas de violência praticadas contra pessoas trans, que se dilui no conjunto de outras igualmente praticadas contra outros usuários não transexuais.

Nesse sentido, compreendemos que a transfobia alimenta e é alimentada pela lógica da precarização, da não universalidade e do produtivismo, inseridos prioritariamente no governo de FHC, sendo potencializados no contexto da inserção da EBSEH. Sendo ela alimento e alimentada pela gramática colonial do sexo-gênero, que historicamente tem sido fundamental para a construção de aparatos de exclusões e negações.

4.4 “O NOSSO PROBLEMA COM A REDE É HISTÓRICO”: (des)articulações e descontinuidades

Especialmente na última década, diversos estudos têm surgido na intenção de evidenciar, problematizar e garantir o trabalho em rede na saúde (SILVA, 2011). Essas produções têm destacado que além de essencial para o cuidado integral em saúde, as redes de

saúde - com suas *expertises* e potencialidades, possibilitam também uma racionalidade de custos para o SUS, seja por garantir a prevenção e promoção em saúde – que prioritariamente evita gastos com uma patologia previsível, seja por ofertar o cuidado integral, que diminuiu as chances de um mesmo problema em saúde aparecer diversas vezes (SILVA, 2011).

Em um texto intitulado “Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos”, Matos (2006) aprofunda a discussão do uso da categoria integralidade, entendendo sua efetividade como resultado preciso de uma atuação conjunta e coexistente de diversos níveis de saúde e política sociais. Para ele, integralidade em saúde “é uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição de 1988, cujo objetivo é mover ações efetivas e concomitantes envolvendo diferentes equipamentos, níveis e atores prioritariamente na saúde” (MATOS, 2006, p. 4). A opção por adotar um sistema integral, tal como preconiza o SUS, é reflexo da luta do MRS reverberando a intenção de garantir um serviço que supera a visão fragmentada e seletiva, que por bastantes anos era hegemônica no campo da saúde pública brasileira.

Matos (2006) ainda destaca que para que prevaleça uma abordagem verdadeiramente integral, torna-se essencial a articulação do campo da saúde com outros setores e políticas, reverberando um conceito amplamente caro na discussão de políticas públicas: intersectorialidade. Para essa discussão, o autor utiliza o termo pouco usual nessa discussão “políticas especiais” – “que são políticas especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem um certo grupo populacional” (MATOS, 2006, p. 8), embora sua tradução seja a correspondência dos apontamentos do MRS diante da necessidade de articulação.

Matos (2006) evidencia ainda que essa proposta de superação de uma resposta setorial e fragmentada foi prioritariamente construída e sofisticada pelo movimento feminista, especialmente a partir da construção da política integral de saúde das mulheres, que apontou a importância de não desprezar que o machismo e a cultura de extermínio das mulheres tem colocado dificuldades e demandas, que para serem respondidas em sua plenitude requeriam outras mobilizações, não somente no campo da saúde. Nesse sentido, reivindicou-se uma intersectorialidade, ou seja, esforços conjuntos de diversas políticas no intuito de dar respostas coletivas e articuladas a problemas coletivos e articulados.

Entretanto, embora a intersectorialidade e integralidade sejam presentes nas normativas que regulamentam as formulações das diferentes políticas em saúde, a materialização dessa

prática ou rede está aquém do que foi e é reivindicado pelo MRS e os diversos outros movimentos que lutam por essa proposta. Silva (2011) destaca um elemento fundante para essa não concretização, o descompasso histórico dos investimentos nos diferentes níveis de saúde, que se agudiza pelo desfinanciamento generalizado na saúde pública e estatal nos últimos anos. Embora o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) aponte que as unidades de saúde passaram de 16.319, em 1992, para cerca de 40.000, em 2008, sabemos que nos anos subsequentes esses espaços foram fragilizados por um *tsunami* de ataques sistemáticos à atenção básica em saúde, em detrimento de um alavancamento do setor privado em saúde, que não tem mostrado interesse em investir, nem ampliado o campo da prevenção e promoção em saúde.

No entanto, precisamos admitir que as fragilidades no percurso da *intersectorialidade* e *integralidade* não se referem somente aos desinvestimentos, já que nem em momentos de ápice dos investimentos em saúde alcançamos a plena materialização desse caminho metodológico de trabalho e princípio do SUS, respectivamente. A sua pouca expressividade no cotidiano também é reflexo de uma cultura de desvalorização de um nível de saúde e de determinadas políticas sociais em detrimento de outros e outras; de uma forte prevalência de formações de profissional tendenciosamente fragmentadas; da pouca exploração das potencialidades de cada nível de saúde e política social; de escassas ou inexistentes formações continuadas para os profissionais e trabalhadoras do SUS que desconhecem as redes de serviço existentes; de eventualmente esgotamento, ou ao menos diminuição radical; de práticas de educação em saúde realizadas com usuários do SUS, no sentido de garantir a compreensão e consciência sobre esse complexo e essencial sistema de saúde e; condicionantes sociais e culturais que têm dificultado trânsitos comumente realizados por outros usuários no âmbito do SUS e de outras políticas sociais.

Entretanto, em que pese todas essas dificuldades, de ordem estrutural e conjuntural, não há como perder de vista a importância de se construir cada vez mais ações, políticas e programas que reforcem sumariamente em seus princípios a necessidade de um trabalho conjunto para que sua implementação se dê a partir de carizes cada vez mais amplos. A possibilidade de evidenciar essa necessidade, obviamente, somente se torna possível diante da mobilização e pressão políticas dos sujeitos que monitoram, usufruem e avaliam as políticas no campo da saúde.

No âmbito do Processo Transexualizador, foi a partir de muitas reuniões, mobilizações e pressões que ficou estabelecido em sua diretriz:⁸³ o trabalho integral e interdisciplinar, sendo essencial a articulação em rede dos serviços do SUS para que as pessoas transexuais e travestis acessem com êxito ao referido serviço, já que a Portaria prevê a atenção básica como porta de entrada. Obviamente, a intenção dessa diretriz é não desconectar os espaços credenciados ao Processo Transexualizador dos outros equipamentos de saúde existentes na rede.

Entretanto, diversas barreiras tornam essa diretriz não somente inacessível do ponto de vista prático como também dificultou o trânsito desses usuários nos serviços credenciados durante alguns meses:

No começo que o serviço foi credenciado, a gente ficou um tempo atendendo somente pela regulação. Aí os postos de saúde iam encaminhar pra gente, né? Mas nesse período pouquíssimas pessoas chegaram até a gente. Daí a gente foi refletir porque isso tava acontecendo e chegamos à conclusão de que a maioria das pessoas trans não estavam frequentando as unidades básicas de saúde, então como elas iriam chegar até a gente?⁸⁴

Essa colocação feita acima é fundamental para pensar sobre os processos específicos vividos pelo Espaço Trans com relação aos diálogos e trânsitos específicos realizados ou cerceados por Travestis e Transexuais com os diversos outros equipamentos e nível de saúde para além do HC.

Sim! Eu acho que eles trazem uma história mesmo de não acesso e traz muitas, é... demandas, inclusive da mediação com o território. Então a gente precisa meio que resgatar essa relação deles com os serviços. Porque, eles é... se... meio que incorporaram essa lógica de que não é o lugar deles. Entende? Porque isso ajuda muito a... a população não ter acesso. Quer dizer: mesmo com os equipamentos que a gente tem, trabalhando com fragilidade, a falta de articulação... é... realça muito mais o problema, não é?! Então a gente precisa criar um mecanismo de comunicação contínua, pensar instrumentais, pensar na porta de entrada, e pensar duas vezes a mais na hora de encaminhar pra outro serviço.⁸⁵

⁸³ Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013.

⁸⁴ Trecho da entrevista realizada com Ana Flor.

⁸⁵ Trecho da entrevista realizada com Ana Flor.

Nesse sentido, abre-se ainda mais espaço para uma ambivalência presente no trabalho desenvolvido pelo Espaço Trans: se por um lado há um reconhecimento de que aquele é um serviço acolhedor para aquelas pessoas e também por isso elas procuram com grande intensidade por aquele serviço, o que evidencia que a rede de serviços não funciona para esse grupo populacional, por conta de suas especificidades ou o repele; por outro evidencia uma limitação cada vez maior de que somente é aquele o local destinado a seus trânsitos. Com isso, fica evidente de que não se trata somente de uma dificuldade de articulação intersetorial e integral comum a todos os usuários do SUS, embora também esteja presente tal dificuldade, mas trata-se de um desafio reiterado pela transfobia e não reconhecimento de que essas pessoas têm outras necessidades, para além do que oferece o Espaço Trans.

Sobre isso, resgato uma anotação feita em meu diário de campo do estágio, realizada em 15 de novembro de 2015. Nela, existe uma menção a uma menina autoidentificada Transexual e que na manhã daquele dia estava na fila com cerca de 70 pessoas para a realização de um exame. Ao passar e vê-la, fui cumprimentá-la e entre uma conversa e outra, ela me disse que estava lá para realizar um hemograma completo. Eu, no ápice da curiosidade, fui perguntar o porquê dela não o fazer em sua cidade, já que se tratava de um exame laboratorial simples e que ela residia em uma cidade localizada a mais de 100km do Recife. Com um sorriso no rosto e o aspecto de cansada, diante de uma viagem em que precisou sair de casa às 4h da manhã,⁸⁶ ela respondeu: “Porque aqui eu me sinto bem, sabe, Henrique? Eu sei que se eu sofrer alguma discriminação eu posso contar com Ana Flor e Amanda Palha⁸⁷ pra me ajudar a enfrentar isso. Aqui é meu lugar, de verdade, não é mesmo?”.

Esse registro nos coloca, necessariamente, a obrigação de refletir sobre quais sentidos e sentimentos tão em volta da relação Espaço Trans e pessoas transexuais e travestis no que tange ao cuidado em saúde. Isso nos põe a urgência de pensar quais são os impactos qualitativos e quantitativos, das ausências de acesso a outros serviços de saúde por Travestis e Transexuais, para o Espaço Trans? Como essa inexistência, ou dificuldade, de outros trânsitos institucionais responde, ao menos parcialmente, por essa alta demanda reprimida e ampla produtividade?

Durante a observação de reunião de equipe, foi apresentada uma dissertação, defendida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPE, na qual, entre tantos

⁸⁶ Horário que o Transporte Fora de Domicílio – TFD, sai de sua cidade com destino ao Recife.

⁸⁷ Na conversa os nomes reais das trabalhadoras do Espaço Trans foram citados.

dados, havia a informação de que pelo menos 30% das pessoas transexuais e travestis que foram entrevistadas/os pela pesquisadora⁸⁸ não tinham tido, anteriormente, nenhum acesso a qualquer equipamento do SUS. A pesquisa indica, portanto, que para essas pessoas o Espaço Trans é o único equipamento no qual esses sujeitos realizam os primeiros atendimentos e consultas no âmbito de um sistema imensamente extenso, complexo e com finalidades bastante definidas. Isso significa dizer que haverá necessidade de oferta de vários serviços no hospital para acolher a demanda reprimida em outros serviços do SUS.

Essa situação agudiza de uma maneira bastante profunda a superlotação vivida no Espaço Trans, já que esse serviço acaba assumindo em suas dinâmicas a responsabilidade por outras debilidades e não acessos presentes nas esferas do SUS.

Aí a gente tem muita gente já com condição de alta, mas a gente não tem pra onde referenciar e essas pessoas quando é do interior, é mais difícil ainda, não tem a assistência mínima ambulatorial que ela precisa, porque hormonioterapia ela vai fazer a vida inteira. E aí, a gente fica nessa dificuldade, a gente não pode contrarreferenciar sem ter um suporte lá na ponta, no território.⁸⁹

Considerando que o Espaço Trans localiza-se em um hospital de alta complexidade, é necessária a efetividade da atenção básica para que as funções do Espaço Trans sejam plenamente executadas, uma vez que o não acesso a outros serviços aumentam as requisições por procedimentos que são específicos de outros níveis de atenção à saúde. Ou seja, para esses sujeitos, torna-se ainda mais desafiador ter suas demandas respondidas com êxito, tendo em vista as questões já acima elencada. Assim, faz todo sentido a narrativa que Ana Flor trouxe para nos auxiliar no debate sobre as redes de serviço em saúde para a população LGBT:

Olhe, eu acho que dificuldade de rede é um problema geral pra população. Mas em particular a questão LGBT, eu acho que tem nuances, né?! Que agravam essas dificuldades. A questão do estigma, a questão da abjeção dessa população. Eu acho que realça ainda mais essa dificuldade que é comum, e comum! Quer dizer... A gente tem uma deficiência e Política Pública, né?! Significativa para nossa população. A cidadania é algo a ser conquistado. Mas no que tange à população LGBT, isso tem um agravo na

⁸⁸ Foram entrevistadas em média 10 pessoas transexuais e travestis. Em decorrência da não publicização da supracitada pesquisa até a defesa dessa dissertação, não houve a possibilidade de referenciá-la para consulta e aprofundamentos.

⁸⁹ Trecho da entrevista realizada com Ana Flor.

medida, é... em quê essa população vivencia singularidades diferentes do restante da população. A questão do preconceito, a questão da deslegitimação da própria identidade. Essas pessoas são deslegitimadas nas suas identidades. Então, não é só ter o equipamento, né? É preciso que esses serviços também, é... saibam trabalhar com essa população, passe a reconhecer como cidadãs e cidadãos de direitos. Quer dizer... Eu acho que o desafio ainda é maior.⁹⁰

Esse fragmento da entrevista do nosso ponto de vista é bastante elucidativo, porque ela nem desconsidera as dificuldades históricas de articulação em rede no SUS, conforme acima destacado, nem deixa de visibilizar o não acesso dessas pessoas a outros equipamentos em saúde em decorrência do desrespeito e transfobia, embora não seja possível resumir a transfobia como sendo a única causa que justifique a ausência desses trânsitos em outros serviços na saúde.

Sobre isso, Amanda Palha nos oportuniza um importante encontro com canais analíticos ao informar que a falta de acesso a outros serviços de saúde, atrelada à incompreensão de alguns usuários em conceber algumas ações, como o cuidado em saúde, também rebatem nas intenções e linhas de cuidados pensadas e executada pelas profissionais do serviço; existindo uma resistência, ou pelo menos uma valoração diferente, quando comparadas às consultas que geram intervenções corpóreas ou resultem em um receituário para medicação.

Eu imagino que a dificuldade nessa rede tem a ver com a transfobia, mas também fala da dificuldade que a gente tem de entender o quanto a atenção básica é importante, do quanto é necessário prevenir e promover ações em saúde. Eu digo isso porque aqui também a gente vive esse descrédito, então assim, se você não sair com uma receita, você não tá tendo cuidado. Então muitas vezes tem essa compreensão. As terapias não são entendidas sempre tanto como cuidado, o cuidado mesmo é o hormônio, é marcar, é ver, é me dar a receita. Então tem uma questão muito pragmática aí, né? Que não é só da transexualidade, acho que é lógica da saúde, né? De entender o cuidado.

Não restam dúvidas que a transfobia é um importante impeditivo de acesso de Travestis e transexuais à atenção básica, sendo essa questão levantada, inclusive, por Amanda Palha nesse trecho acima. Afinal de contas, o cuidado à saúde ainda se espraia a partir de uma lógica binária e cissexista (ÁRAN; MURTA, 2008), ocasionando em uma invisibilização e/ou

⁹⁰ Trecho da entrevista realizada com Ana Flor.

repulsa a outras formas de corporalidades e desejos que não a heterossexual e cisgênera (BENTO, 2008). Entretanto, a questão levantada por Amanda traz uma possibilidade de pensarmos sobre outro aspecto fundamental no cuidado em saúde: a centralidade da medicalização e do hospital no cuidado em saúde na vida de Travestis e Transexuais no Espaço Trans do HC UFPE.

Em diálogo com Amanda Palha, diversas pesquisas têm comprovado que no âmbito do SUS a hierarquização ainda não foi superada, em termos de importância atribuída, que os profissionais e usuários têm conferido aos diferentes níveis de atenção em saúde (SOARES, 2010). Em estudo realizado no ano de 2004, os pesquisadores Túlio Franco e Helvécio Junior (2004), constataram que mais de 30% dos casos encaminhados aos serviços de atendimento especializados não tinham explorado toda potencialidade que a atenção básica poderia oferecer no cuidado a suas doenças (FRANCO; JUNIOR, 2004). Os motivos para o encaminhamento à rede especializada versam entre o despreparo (ou oposição) técnico do profissional que atua na atenção básica em reconhecer as possibilidades de resolutividade naquele espaço, e “os insistentes pedidos das usuárias para que o encaminhamento fosse realizado” (FRANCO; JUNIOR, 2004, p. 4).

A cultura que alimenta esse desprestígio àquilo onde a alta tecnologia abre espaço para o cuidado e promoção em saúde, se alimenta:

No exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos, em ação substitutiva da prática que valoriza a clínica como o exercício ampliado de múltiplos profissionais, em relação entre si e com o usuário. Sendo o exercício da clínica, traduzido em atos de fala, escuta, onde o diagnóstico ganha a dimensão do cuidado, substituído pelo ato prescritivo a relação sumária entre profissional e usuário (FRANCO; JUNIOR, 2004, p. 5).

Essa postura, que tem estreita ligação com aquilo que Maria Inês Bravo (2007), expõe como sendo a atual e antagônica disputa de projetos em saúde. De acordo com ela, a cultura de rebaixamento daquilo que não envolve medicamentos, profissionais especialistas e um amplo arsenal tecnológico, está em sintonia com a proposta de mercantilização da saúde; demonstrando, portanto, que o SUS, por conta dos diversos desafios que tem enfrentado, ainda não conseguiu alterar a cultura da população em relação aos serviços de saúde. Sendo a fala de Amanda Palha uma ratificação do ideário de que só é saúde se houver algo a ser

diagnosticado e receitado, também se expressando a partir das pessoas usuárias do Espaço Trans.

Nesse sentido, fica evidente que a falta de entendimento da importância de outros níveis de atenção para o cuidado integral alia-se aos cerceamentos impostos pela transfobia institucional, produzindo uma demanda que poderia ser descentralizada para outros campos, fortalecendo inclusive a proposta de cuidado integral. Além do trabalho em rede no campo da saúde, é notória a existência de uma urgência por abordagem de trabalho intersetorial, tendo em vista o perfil de vulnerabilidade apresentado pelas pessoas transexuais e travestis que buscam e acessam o Espaço Trans.

Em geral, as pessoas que chegam até a gente são pessoas que não tem muitos recursos nem contam com uma rede de apoio familiar tão solidificada, né, daí a gente precisa entrar em contato outras políticas para juntas conseguirmos dar respostas mais efetivas às demandas desse público. É uma Travesti que chega querendo fazer a hormonioterapia, mas que também não tem renda, não conseguiu e quer terminar os estudos regulares e formais.⁹¹

Em sintonia ao que apresenta Ana Flor, Elaine Behring (2011) argumenta que estamos vivendo em meio a uma crise sem precedentes na história do capitalismo. Uma crise que não se trata de um descompasso tipicamente cíclico ocasionado no interior do sistema, mas de um sinal claro da impossibilidade de conciliar desenvolvimento social e econômico. Nesse sentido, defende ela, quanto mais capitalismo houver, “mais pobreza, miséria e violência restará” (BEHRING, 2011, p. 9), tendo em vista que não há mais caminhos para uma suposta “civilização” a partir dessa sociabilidade.

Essa crise tem agravado a pobreza em todos os territórios mundo afora, imprimindo particularidades especialmente entre aqueles países de capitalismo dependente, como é o caso brasileiro. Nesses países, tem se notado cada vez mais números exorbitantes de desemprego, subemprego, violência e fome. Em paralelo a isso, conforme aprofundado no primeiro capítulo, tem-se um Estado cada vez mais simétrico aos interesses capitalistas, retraindo-se gradativamente da responsabilidade de oferecer respostas para as necessidades das e dos trabalhadoras/es (BEHRING, 2011).

⁹¹ Trecho da entrevista realizada com Ana Flor.

Obviamente, essa situação acentua-se a depender de que lado do tabuleiro esse sujeito está em termos raciais, de sexualidade e gênero, por exemplo. Por isso, é fundamental perceber que as diversas requisições que as pessoas transexuais e travestis apresentam são alicerçadas por um estágio do capitalismo em que não há mais espaço para o diverso, sendo a desigualdade da tônica da diferença. Portanto, as múltiplas necessidades é uma realidade apresentada pela maioria das pessoas transexuais e travestis, seja por elas não serem pessoas cisgêneras, seja por serem trabalhadoras em meio à crise capitalista estando em um país colonizado.

Diante do desafio de ter pleitos crescentes, multidimensionais e urgentes, apresentados pelas usuárias e usuários, em paralelo a uma retração radical do Estado, as profissionais do Espaço Trans têm explorado alternativas possíveis para que haja uma maior aproximação da integralidade. Portanto, na busca por dar vazão e articular melhor essas demandas, têm sido exploradas iniciativas de diálogo que tentem garantir uma melhor amplitude nas respostas institucionais diante das complexas requisições.

A gente tem provocado e participado de audiências do Ministério Público para envolver mais e melhor os diferentes gestores das diversas políticas. A ideia é que todo mundo se implique com as demandas desse público, sabe? Eu mesma acho massa, porque pelo menos a gente passa a conhecer quem são nossos possíveis parceiros e a quem a gente pode acionar.⁹²

Apesar de reconhecermos a importância dessas ações, conforme já destacado acima, não é demais lembrarmos que essa busca por articulação surge em um período em que a regra é racionalizar os gastos com as políticas sociais (BEHRING, 2006), que resulta em priorizar os recursos e definir o público alvo central delas, que em geral não tem sido essas pessoas. Nesse sentido, apesar de fundamentais, a tônica desses espaços tem sido a descontinuidade de reuniões e fragilidade das ações que cada gestor tem se comprometido.

A questão é que tudo descontinua, né? Então assim, a reunião tá num pique bem legal, cada órgão traz um plano de ação e a gente, óbvio, fica toda animada. Daí o tempo passa, as reuniões já não acontecem com tanta frequência e as coisas vão esfriando. Isso desanima, sabe? Porque assim, as

⁹² Trecho da entrevista realizada com Ana Flor.

necessidades dos usuários não podem esperar essa volta, ninguém consegue esperar estando com fome, por exemplo.⁹³

Achamos pertinente estabelecer um diálogo entre o trecho exposto e algumas questões trazidas por Elaine Behring (2011). Behring tem desenvolvido a tese de que as políticas sociais, a depender de diversos fatores, terão maior ou menor abrangência. Acerca destes, ela destaca a dimensão econômica – que tem relação direta com as estabilidades e crises existentes dentro do sistema; a dimensão da política – que tem a ver com as possibilidades de organização da classe trabalhadora no sentido de exigir a implementação de políticas específicas e; a dimensão cultural, que diz respeito à forma como determinados grupos são cerceados dos direitos sociais em decorrência de seu lugar racial, sexual e de gênero. Portanto, não podemos deixar de levarmos em consideração que as descontinuidades por Ana Flor destacadas não podem ser entendidas apartadas dos processos de influxos que têm sido gestadas no âmbito das políticas sociais. Sendo, portanto, essas fragilidades, parte de um conjunto de medidas essenciais para o reestabelecimento das estabilidades almejadas pelo capitalismo.

Entretanto, conforme citado pela autora, não é possível desprezarmos que essas dificuldades se fortalecem na medida em que está se discutindo e pleiteando direitos para uma população historicamente estigmatizada. Nesse sentido, o aparecimento de fatores de ordem moral e religiosa também podem estar presentes nessas investidas. Afinal de contas, o que significaria investir em uma política que possibilita melhores condições de vida a um grupo que simboliza, para muitos cristãos, a decadência da moral e tradição colonial que nos sustenta há anos? Para nos ajudar na reflexão, recupero do meu diário de campo uma audiência pública ocorrida em 2016, no Ministério Público de Pernambuco, quando na ocasião diversos gestores das políticas públicas da região metropolitana do Recife reuniram-se, com objetivo de estabelecer diálogos e construir agendas comuns. Na ocasião, por diversas vezes os gestores informaram que havia um receio bastante considerável, por parte da Gestão Municipal, a qual estavam vinculados, de que houvesse uma reprovação social massiva contra os prefeitos que estavam empenhados a desenvolver políticas para grupos que iam de encontro aos valores de parte significativa da cidade.

Essa questão, ao meu ver, não foi superada em um só momento ao longo dos anos, sendo ela um fator bastante importante na hora de realizarmos análises acerca das potências,

⁹³ Trecho da entrevista realizada com Ana Flor.

fragilidades e descompassos das políticas sociais voltadas a Travestis e Transexuais, especialmente no contexto do Nordeste, onde os códigos de gênero permanecem arraigados e a ideia do “macho” como símbolo da mais alta evolução humana exige a eliminação de todas as outras formas de corporalidades que não as binárias e hierárquicas (ALBUQUERQUE, 2013). Isto dito, reiteramos que é essencial demarcar que as discontinuidades as quais Ana Flor se refere não podem ser explicadas, tão somente; nem a partir da crise conjuntural a qual tem se interrompido direitos, nem pela transfobia institucional que há décadas tem subtraído acessos e negligenciado direitos. Apesar de os desafios imporem dificuldades para a materialização das pontes entre o Espaço Trans e outras políticas sociais, os investimentos estão sendo feitos no sentido de garantir a maior amplitude dessas políticas.

Por isso, sem deixar de buscar alternativas, as profissionais do Espaço Trans têm insistido na importância de mobilizar a rede de políticas sociais, no sentido de desafogar e criar possibilidades de respostas a múltiplas e complexas demandas. Nesse sentido, tem-se encaminhado os usuários e usuárias para outros serviços, levando em consideração, especialmente, a localização territorial das pessoas transexuais e travestis que frequentam o Espaço Trans. Ana Flor conta que, embora não seja um trabalho fácil, levando-se em consideração tudo que anteriormente foi apontado, é necessário que:

As contrarreferências que nos têm chegado nem sempre são as melhores, né? Ainda escutamos bastantes queixas das pessoas que encaminhamos... elas falam que são olhadas meio de lado, que são às vezes destratadas... mas aí eu explico que ali também é lugar delas, e que vamos fazer um esforço para que elas ali estejam, sendo tratadas bem, inclusive.

Entretanto, diante das dificuldades de responder integralmente as requisições e necessidades apresentadas pelas/os usuárias/os do serviço, têm sido rotineiramente exploradas as alternativas, sobretudo porque há o entendimento de que os fluxos estabelecidos entre a rede de serviço são condicionantes da estrutura do Espaço Trans, especialmente na atualidade. Nessa intenção, em novembro de 2018, foi articulado um encontro entre os diversos serviços e gestores de políticas LGBT do estado de Pernambuco com o objetivo de pactuar ações e amadurecer melhor os caminhos de acesso para pessoas transexuais e travestis para além do Hospital das Clínicas. Na ocasião, além de chamar a atenção o fato de existirem similaridades entre os desafios dos diversos equipamentos e a gestão de políticas para esse segmento, em termos de precarização, falta de profissionais suficientes e ausência de dotação orçamentária

específica, também se destacou o fato de que, embora Pernambuco tenha se tornado referência no atendimento à população LGBT, ainda tem sido o Espaço Trans o que detém o maior número de usuário e oferta de serviços no âmbito da saúde, denotando que existe uma fragilidade na rede para além da transfobia.

Como resultado desse encontro, criou-se uma agenda de trabalho comuns no intuito de não somente estabelecer as ações desenvolvidas por esses setores de gestão e política LGBT, como também com a função de que esses gestores desenvolvam em seus territórios ações que fortaleçam, ou inaugurem, os vínculos entre Travestis e Transexuais e suas áreas de cobertura nas quais elas/es estão inseridas/dos. No nosso entender, essa proposta é essencial para que haja maiores brechas para uma eventual desarticulação da estrutura atual do Espaço Trans.

4.5 “VAMOS PRECISAR RESPONDER E RESISTIR”: estratégias, disputas e respostas construídas no Espaço de Acolhimento e Cuidado para Pessoas Trans

Diante de todo o exposto nas páginas anteriores, fica evidente que há no interior no Espaço Trans uma série de condicionantes que têm imprimido particularidades na estruturação desse serviço. Entre eles, citamos as inflexões alavancadas na Política de Saúde; a transfobia institucional e estrutural que têm cerceado vidas, direitos, acessos e satisfações e; a dificuldade histórica de respostas intersetoriais e integrais entre as políticas, com destaque no SUS. Sem dúvida, não foi possível, nem intencional, nessa pesquisa, dar conta de todos os outros elementos existentes que tocam, e às vezes atingem, a dinâmica desse espaço. Entretanto, temos consciência de que esse terceiro capítulo forneceu um importante radiografia de como e porque essa realidade persiste nesse serviço.

Esse último item busca apresentar e saudar os gestos de resistências que têm sido assumidos pelos profissionais e movimentos sociais que atuam bravamente, para que, apesar de todas as fragilidades, esse equipamento continue existindo e tendo a potência de transformação, ou pelo menos de provocação, para a vida de Travestis e Transexuais. Consideramos que não existe forma melhor de finalizar uma pesquisa com cariz crítico se não pela exaltação dos pontos contrapontos à tendência de desqualificação daquilo que é público e que busca promover ações de prevenção em saúde e cuidado humanizado em saúde. Fizemos isso sobretudo porque mais do que nunca é preciso reafirmar que a história não acabou e que existem alternativas a essa brutalidade imposta pelo conservadorismo.

Durante a conversa com Ana Flor, falamos sobre as estratégias que têm sido adotadas para que os procedimentos, exames e consultas pleiteados pelas usuárias e usuários fossem garantidos, considerando que há alguns anos, e especialmente nesse momento, a ordem do dia tem sido a negação de toda a demanda que não se enquadre como urgente:

Olhe! Pessoalmente, eu construí um trânsito interno, né? Pelo tempo que eu tô lá e pela minha maneira de trabalhar. Nossa profissão trabalha muito na mediação de redes internas também, a partir das demandas, né? E no serviço de alta complexidade a demanda por questões de saúde são muito fortes. Então, eu não fico esperando que os pactos sejam oficializados pela instituição, não, até porque isso demora. Então eu vou construindo os trânsitos internos por minha conta, porque acredito que tem uma causa maior aí envolvida: a garantia do direito àquele usuário que já sofreu tanto na vida.

Apesar de defender que as pactuações mencionadas por Ana Flor sejam fundamentalmente importantes, porque elas conferem legitimidade institucional às demandas das e dos usuárias/os, reconhecemos que também são fundamentais as articulações extraoficiais construídas pela profissional referida. Sobretudo, porque a tendência hegemônica que tem guiado a construção dessas pactuações oferecem poucas aberturas para que o Espaço Trans seja normativamente contemplado. Sendo assim, o duplo movimento de pressionar pela formalização desses trânsitos e construir alternativas provisórias, explorado pela profissional, é radicalmente importante para o fortalecimento do serviço.

Ainda na entrevista, Ana Flor retrata que existe um desentendimento, ou ausência de vontade para compreender, acerca dos fluxos requeridos pelo Espaço Trans para as usuárias. A ideia de que trata-se de uma demanda por privilégio, e não um cumprimento do princípio da equidade, tem levado as trabalhadoras e os trabalhadores do HC a negar as solicitações e encaminhamentos feitos pelo Espaço Trans, requerendo dos profissionais que atuam nesse serviço um trabalho que corrija o imaginário criado acerca dessas requisições.

Eu já vou munida de argumentos, não é? Nesses argumentos eu estou sempre colocando essa população no contexto de toda a população, né? Não é um tratamento diferenciado, não, eles são tão cidadãs e cidadãos como qualquer outro. Mas a gente não pode esquecer de jeito nenhum do que esse pessoal passa até chegar no hospital. Daí geralmente eu vou desconstruindo o

argumento biomédico que acha que só merece tá sendo atendido no hospital quem está doente.⁹⁴

Esse processo de convencimento torna-se ainda mais intermitente quando existe um cenário tal como está desenhado no HC na atualidade. No momento presente, os critérios excludentes de triagem triunfam cada vez mais, e os esforços para justificar a importância de resposta diante das necessidades apresentadas por Travestis e Transexuais são ainda mais intensos.

Aqui o funcionamento é por classificação de risco, né? Na verdade, essa estratégia não tem sido usada para fins de classificar risco, mas de excluir pessoas. Então, assim, como nós não entramos nessa classificação como urgência, nada que diz respeito às necessidades dos nossos usuários são de fato eleitas como prioridades.⁹⁵

Ainda na conversa, Ana Flor nos informou que sempre “vai munida” para outras clínicas no HC quando o objetivo é agendar algum procedimento para a população de Travestis e Transexuais. Essa munção, citada por ela, sem dúvida, compõe parte dos artifícios políticos de resistência para que o direito seja garantido. Embora ela não garanta sua ampla efetividade, e não deixe de representar uma gambiarra sem nenhum sentido pejorativo, é uma forma importante de criar pontos de dissidência dentro da lógica predominante no HC.

Outro trunfo importante é a abertura e convite constante dos movimentos de Travestis e Transexuais para interagirem no interior do Espaço Trans. O entendimento hegemônico na equipe é o de que esses atores sociais carregam em suas bandeiras e lutas a capacidade de potencializar e transformar parte importante da realidade vivida no interior do hospital. Essa ação, que se contrapõe diretamente à tendência da EBSEH, tem permitido que outras ideias e enfrentamentos circulem dentro do HC, pluralizando as estratégias de enfrentamento através da coletivização de vozes e corpos dissidentes. No nosso entendimento, além de acertada, a opção por trazer para perto outras pessoas e vozes é estratégica, tendo em vista as consequências que as desarmonias provocadas pelos enfrentamentos unicamente realizados pelas profissionais do Espaço Trans podem gerar.

⁹⁴ Trecho da entrevista realizada com Ana Flor.

⁹⁵ Trecho da entrevista realizada com Ana Flor.

Os movimentos sociais são fundamentais para nosso trabalho, querido. Eu digo assim, que sem ele isso aqui nem ia existir da forma que é hoje. É por isso que a gente tem feito tanta questão de que eles estejam presentes sempre, porque tanto garantem que nosso trabalho esteja sendo realizado em conformidade com as discussões que têm ocorrido no movimento, tanto fortalecem com a gente essa batalha que é ter esse serviço funcionando.⁹⁶

Embora tenhamos observado que essas estratégias são compartilhadas pela maior parte das profissionais que atuam nesse serviço, sendo elas responsáveis por uma importante parcela das respostas possíveis a partir do Espaço Trans, não é possível deixar de situá-las à luz das disputas internas travadas nesse serviço. Disputas que são desenvolvidas estrategicamente a partir de variados entendimentos acerca do que seria direito de uma Travesti e/ou Transexual em um espaço de saúde com a finalidade do supracitado equipamento. Sobre elas, vale mencionar uma observação realizada no dia 24 de outubro de 2018 durante uma reunião técnica de equipe; na ocasião, um médico-cirurgião que dela participava trouxe para a grupo sua posição com relação aos diversos procedimentos de reparos, que estavam sendo solicitados pelas meninas travestis e transexuais que tinham realizado cirurgia de redesignação sexual. De acordo com o médico⁹⁷, “seria urgente estabelecer melhor os critérios dessas correções, porque as pessoas estão avacalhando nas solicitações para reparos”. Obviamente não podemos desconectar essa fala de uma realidade bastante comum aos espaços cirúrgicos na maior parte da realidade brasileira: a busca incessante por uma suposta perfeição anatômica, que somente seria possível através de um imensurável número de intervenções cirúrgicas. Sendo assim, não há como desconsiderar que esse desconforto apresentado por ele também pode se referir a uma preocupação diante das expectativas e desejos forjados a partir de uma indústria da estética que tem cada vez mais ganhado espaço na saúde, esta que tem retroalimentado os padrões de feminilidade e masculinidades hegemônicos.

Entretanto, é possível perceber que o apontamento feito por ele diz respeito também à noção de saúde pública e coletiva, já que, sucedendo essa colocação, o médico dispara “aqui nós atendemos demais, nos outros espaços do Brasil os limites quantitativos são maiores e isso facilita muito o trabalho deles lá”. Ou seja, não é somente sobre o número de

⁹⁶ Trecho da entrevista realizada com Ana Flor.

⁹⁷ Com a finalidade de não gerar desgastes e repercussões não desejadas, optei, novamente, por preservar a identidade do profissional citado.

procedimentos cirúrgicos que o supracitado profissional tem uma posição, mas é sobre a noção de universalidade, defendida hegemonicamente, que ele busca incidir. Não à toa, em contraposição a essa colocação, as profissionais do serviço rapidamente apresentaram uma justificativa para assegurar a manutenção dos procedimentos de correção e do atendimento em capacidade máxima dos usuários e usuárias que requisitam o serviço.

Não me abstendo da responsabilidade de realizar mediações, patinar sobre as incertezas e afirmar que essa colocação se trata de uma hipótese, reconheço nessa posição demarcada pelo médico uma possibilidade importante de diálogo com Michel Foucault (2010). Em seu texto, intitulado “Crise da medicina ou a crise da antimedicina”, Foucault defende que devemos pensar a medicina como necessariamente social, sendo interpelada por interesses, conflitos, morais e éticas as quais a contemporaneidade expressa e zela. Sua proposta é que sumariamente desprezemos a concepção da medicina como atividade de tipo individual, contratual, entre o doente e seu médico (FOUCAULT, 2010). Ao contrário, essa área do saber, que tanto tem demandado poder sobre nossas vidas, tem sido, por excelência, um canal importante pelo qual as posições de mundo ocidentalizantes e heteronormativas chegam em nossos cotidianos.

As opções, resistências e reticências apresentadas pelos profissionais da medicina, necessitam sempre ser avaliadas sobre o prisma da individualidade e do poder coletivo adquirido por essa categoria, exigindo pensarmos até que ponto elas são reflexos individuais de uma postura profissional isolada e descolada; ou se são reiterações inconscientes de uma normatização construída no bojo de um campo onde há abundante circulação de poder. Particularmente, avalio que não se trata de um ou outro isoladamente, tendo em vista que nesse caso a dicotomia é extremamente perigosa, mas que precisamos refletir, e nesse caso convido-as/os, leitoras e leitores, a realizar comigo essa avaliação. Pois o que significa pensar que, em meio a uma crise cíclica do capital e triunfo do conservadorismo, existe uma perspectiva de reordenamento que paira sobre o Espaço Trans, onde a defesa envereda por uma racionalização dos procedimentos de reparos e o número de atendimentos?

Sem nenhuma intenção e condição de aprofundar essa discussão – embora pulse uma imensa vontade para tal, resta afirmar que no que diz respeito ao binômio lutar por ampliação *versus* criar critérios de avaliação para racionalizar o número de usuários, tem sido a segunda opção a apresentada por esse profissional, opção essa que, naquele momento, tem destoado da posição do restante das outras profissionais presentes naquela reunião. Ou seja, apesar de não ser possível afirmar que existe uma intrínseca relação entre a posição apresentada pelo

profissional destacado e a intenção de construir instrumentos que forjem conformação e aprisionamentos potenciais de luta no interior do Espaço Trans, avaliamos pertinente apresentar essa tensão percebida durante a observação de campo.

Ainda no campo das diferenças político-analíticas, importa registrar as posições e projeções dos profissionais que atuam no Espaço Trans acerca do cenário para os próximos anos, diante da possibilidade⁹⁸ da eleição de um candidato que abertamente se colocou comopositor aos direitos da população LGBT.⁹⁹ Nessa disputa presidencial, tivemos brutais amostras¹⁰⁰ daquilo que há de mais desprezível, e presente, na nossa sociedade; se consolidou a vitória daquele que defendeu abertamente menos direitos para pessoas negras, mulheres, quilombolas e indígenas. Candidato que, inclusive, votou, sem nenhuma amostra de arrependimento posterior, a favor da reforma trabalhista e pela PEC- 95, acima mencionada.

Quando questionada sobre as angústias, medos e perspectivas para o Espaço Trans em 2019 diante da confirmação dessa eleição, Ana Flor responde:

Eu não tenho dúvida que as coisas vão piorar para gente. Porque assim, já não estão das melhores com um presidente que ao menos não tem se pronunciado contra as pessoas Travestis e Transexuais, imagina se esse outro assume. Eu fico com medo, né? Medo e ao mesmo tempo angustiada já que há um risco de ir por água abaixo tudo que temos construído com tanto esforço.

Amanda Palha quando indagada com a mesma pergunta, acrescida do questionamento acerca de uma possível revogação da Portaria que regulamenta o Processo Transexualizador, afirma:

Henrique, sinceramente eu acho que a minha grande preocupação é primeiro: O que está acontecendo com o psiquismo das pessoas diante dessas ameaças, né? A gente tem sentido um desconforto crescente, né? Uma ansiedade maior ou um sofrimento mais frequente. Então, primeiro é o estado emocional, estado físico inclusive, estado em geral de cuidado. Então como

⁹⁸ Como a última observação de campo se deu na primeira quinzena de outubro de 2018, ainda não havia sido eleito o presidente do Brasil para o quadriênio 2018-2022.

⁹⁹ Nesse *link* é possível ter acesso às diversas colocações do candidato em questão sobre as pessoas LGBT: <<https://revistaladoa.com.br/2016/03/noticias/100-frases-homofobicas-jair-bolsonaro/>>.

¹⁰⁰ Mulher cisgênera é agredida ao ser confundida com travesti: <<https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2018/10/14/empresaria-e-agredida-e-confundida-com-travesti-me-chamou-de-escoria-da-humanidade-veja-video.ghml>>.

é que está o bem-estar dessas pessoas? Depois a minha preocupação é de fato se vai existir saúde pública no nosso país, né? Saúde coletiva. Eu vou chamar saúde coletiva no sentido de que não é só pública, não é só financiamento público, mas é coletivo no sentido de pensar um cuidado que seja voltado pra coletividade mesmo, com maior número. Não basta ser público e ter três ou quatro participando, mas que isso seja mais abrangente. Então, eu acho que esse cenário tá se configurando aí em um ataque direto à saúde pública e coletiva. E que talvez a gente não tenha acesso, não tenha disposição, não tenha... como é que se chama? Não tenha oferta e serviços. E muitas vezes as pessoas me perguntam se o Processo Transexualizador vai acabar? (longa pausa) Acho! Acho que o SUS vai acabar se a gente continuar dessa maneira, e o processo vai ser só mais um engolido, né? Engolido nesse montante todo. Não há... acho que não vai ser uma ameaça direta agora, mas pouco a pouco, sim. Paulatinamente as coisas vão acabar, né? Porque vai acabar mesmo essa lógica de cuidado, de responsabilidade sanitária, de dever do Estado, de Direito do cidadão, né? Então enquanto pessoa, enquanto profissional e enquanto, né?

Diferente das preocupações que as entrevistadas apresentaram, o médico citado acima não somente expressou que iria votar no candidato mencionado, como também expressou não ter tantas preocupações com o que eventualmente virá diante de sua gestão

Eu vou votar nele [Jair Bolsonaro]. A gente precisa pensar que ele é um mal necessário e que apesar de poder haver uma ou outra repercussão para nosso trabalho por aqui, a candidatura dele é muito importante para todos. Eu tenho certeza que não vamos acabar, agora assim, eu acho que não vai haver investimento nesse nosso setor tão cedo. Daí cabe a gente se organizar pra trabalhar com o possível.

Acredito que as narrativas descritas traduzem bem as diferenças políticas engendradas no bojo do Espaço Trans do Hospital das Clínicas de Pernambuco. Sem conferir valor moral a elas, avalio ser pertinente registrar que não se trata de um julgo de valores em que objetiva-se classificar como boas ou ruins essa ou aquela posição. Entretanto, é indispensável percebê-las como inerentes às concepções de saúde, direito, cidadania e transexualidade que têm aparecido e disputado sentidos nesse serviço. Sendo impossível não demarcar que essas concepções constroem posturas que repercutem cotidianamente nas relações estabelecidas no âmbito do Processo Transexualizador no SUS.

Entretanto, no que pese toda disputa e diferença que atravessam o interior desse serviço, tem prevalecido o entendimento e luta por uma ampliação sistêmica de suas funcionalidades e alcance, sem deixar de registrar os esforços que têm sido empreendidos por

trabalhadores e trabalhadoras que atuam nesse espaço no sentido de conferir não somente a garantia de direito, mas de criar vínculos afetivos com as pessoas que circulam nesse lugar. Essa intenção, que tem se materializado no sentido mais profundo de uma *práxis* insurgente, tem relutado com muita mestria contra as tendências atuais apresentadas para as políticas sociais, reverberando a intensa necessidade de garantir um serviço que não somente exista, mas que seja de fato útil e crie pertencimento para uma população massivamente alijada de direitos.

Nesse sentido, não somente cremos que são fundamentais as estratégias adotadas pelas profissionais – que criam furos e desbloqueiam as naturalizadas dinâmicas de negação de acessos a Travestis e Transexuais, como também acreditamos que elas – a partir de suas portas vozes, têm apostado e construído um outro entendimento de saúde. Portanto, embora o Espaço de Acolhimento e Cuidado para Travestis e Transexuais esteja remando contra uma maré com um evidente *tsunami*, as contravenções têm sido executadas de diferentes maneiras e a partir de diversas mãos e corpos. Assim, não tenho dúvida, que em paralelo a todas as tentativas de desmonte que estão sendo arquitetadas pelo próximo presidente, também haverá processos de resistências com o mesmo vigor.

Eu tenho certeza que esse nosso povo vai resistir a tudo isso que vem por aí, Henrique. Não sem dor, mas com muita bravura de quem resistiu a vida toda. E com certeza a gente também vai lutar pra que tudo não acabe, porque inclusive é daqui que eu tiro forças pro mundo.¹⁰¹

¹⁰¹ Trecho da entrevista realizada com Ana Flor.

5 CONCLUSÃO

A diversas pesquisas que têm se ocupado em aprofundar os impactos da transfobia para a saúde da população de Travestis e Transexuais evidenciam/evidenciaram que existe, nessa condição, um elo que estrutura o não acesso aos serviços de saúde: a violência como expressão do ódio ao diverso (MURTA, 2008). Esse ataque ao diferente se alicerça em uma cultura colonial que não tolera expressões e desejos não heterossexuais e cisgêneros; sendo esses cerceamentos fundamentais para garantir espaços possíveis e intransitáveis para determinados grupos populacionais.

Duarte, Rocon e Sodré (2018) destacam que as pessoas transexuais e travestis, ao deslocarem-se dos gêneros “atribuídos em nascimento na direção ao gênero desejado, sofrem com rebatimentos de expressões da Questão Social e inúmeras violações de direitos que poderão culminar no seu extermínio – físico, social ou cultural” (DUARTE; ROCON; SODRÉ, 2018, p. 524). Esse extermínio pode ser percebido sem muitos esforços, podendo ser constatado a partir de uma busca rápida acerca do perfil da população de Travestis e Transexuais no Brasil: o país que mais mata essa população no mundo, sendo a expectativa de vida desse grupo de 35 anos de idade; cerca de 90% dessa população tem a prostituição como única alternativa laboral (ANTRA, 2018).

A violência, rotineiramente multifacetada e poliformica, é responsável por interditar acessos e trânsitos, mobilizando atores sociais e grupos organizados a combatê-la. Essa movimentação tem sido a principal responsável por garantir o debate sobre políticas sociais voltadas a Travestis e Transexuais no país, considerando que, em um sistema como o capitalista, o direito não vem por antecipação, mas pela luta organizada e cotidiana de grupos vulnerabilizados. Dentre os frutos dessa luta, está incorporado o Processo Transexualizador no SUS.

Esses serviços que somente tardiamente foram instituídos no âmbito do SUS, oferecem um importante suporte para as pessoas trans no âmbito da saúde, enfrentando com dificuldades, mas persistência, as rotinas de negação e cerceamentos vividas por esses sujeitos historicamente. E apesar de existir similaridades entre os cinco serviços existentes atualmente no Brasil, também existem particularidades, reverberando nas suas formatações, que também dependem de diferentes mediações e impulsionamentos dos sujeitos, profissionais e usuárias que ocupam esses equipamentos.

Na realidade do Espaço de Acolhimento e Cuidado para Pessoas Trans do Hospital das Clínicas de Pernambuco, destaca-se prioritariamente um diferencial, o fato de ser um serviço no qual as diretrizes de funcionamento fogem à ótica patologizante, que há tempos guia as discussões e ações no campo. Nele, durante o tempo de pesquisa, ratificamos o imenso empenho em construir cuidados a partir do paradigma da autonomia, afrontando as velhas práticas de tutelamento, empreendidas na arena das ciências psis – psicologia, psiquiatria e psicanálise. Por isso, com a pesquisa de campo, ficou ainda mais evidente que, ao contrário do que eventualmente pode acontecer em outros serviços do Brasil, no contexto desse espaço, existe um consenso entre as profissionais, que atuam nele, de que as vivências trans são mais um reflexo da diversidade humana em sua plenitude, ou “experiências que revelam diversas possibilidades de construir-se no gênero” (ROCON; DUARTE; SODRÉ, 2018, p. 524).

Entretanto também foi percebido que esse esquema analítico não é algo que se aplica em todos os outros ambulatórios no Hospital das Clínicas, reverberando a disputa sobre o que é cuidado em saúde e quem merece esse cuidado, que permanece viva e atual. Sobremaneira, em tempos de avanço desenfreado do conservadorismo, a transfobia permanece e é tonificada no interior do HC, evidenciando que, apesar da possibilidade de acesso ao serviço de saúde, a precariedade persiste quando pensamos na ideia ampla de cuidado, expressando aquilo que Bento (2008), ao se referir aos direitos e serviços voltados a Travestis e Transexuais, chama de “gambiarra de cidadania”. Isso reafirma que os redimensionamentos requeridos pelo movimento social de Travestis e Transexuais têm de exigir mudanças, que ultrapassem as produções de legislações, atingindo também a cultura transfóbica e colonial presente nas mentes e corações dos sujeitos que operam na saúde.

Todavia, além da transfobia, reconhecemos durante a pesquisa que existem outros aspectos da realidade social, nos quais o Espaço Trans se insere, que também produzem condições de acesso e trânsito nesse serviço, reiterando não se tratar de um cerceamento unicausal, mas de uma série de atravessamentos típicos de uma sociedade estruturada em classes, raças, gêneros e sexualidades. Nesse sentido, percebemos ser impossível descolar a precariedade existente nesse espaço de uma dinâmica característica de um capitalismo periférico em crise, no qual a desestruturação seletiva daquilo que é público é um requisito indispensável para a sua manutenção nesse contexto. Especialmente em um ambiente político nacional em que as mais brutais expressões de violência contra pessoas Transexuais e Travestis têm sido legitimadas, ou desconsideradas, por parte do presidente eleito.

Dizemos isso com o interesse de apresentar nossa percepção de que os ataques orquestrados no âmbito da política pública de saúde, especialmente aquela voltada à prevenção e promoção, tem determinado as condições de acesso as quais esse serviço se encontra. Pois “o Processo Transexualizador já nasce em um momento de desmonte do SUS”.¹⁰² Portanto, do nosso ponto de vista, torna-se impossível desprezar que o avanço de uma saúde privativa e com foco na doença tem impactos diretos num serviço com uma proposta de cuidado integral e multiprofissional, conforme consta na Portaria que regulamenta esse espaço.

Na realidade do HC, ainda constatamos que a entrada da EBSEH potencializou o avanço das negligências e cerceamentos orquestrados nesse hospital, especialmente para o Espaço Trans. Percebe-se que a entrada dessa empresa não somente turbinou a redistribuição desigual dos recursos destinados ao HC, desprivilegiando o Espaço Trans em detrimento de outros serviços, como também acirrou os processos de inviabilização de espaços para a participação democrática nas decisões relacionadas aos rumos da instituição. Associamos essas mudanças às práticas usualmente comuns nas gestões da EBSEH, compreendendo que elas têm contribuído para que cada vez menos se consiga negociar e enfrentar os desmontes vividos no Espaço Trans.

Outrossim, identificamos que a ausência e/ou precariedade da rede de serviços do SUS não proporciona assistência aos usuários e usuárias acompanhados no Espaço Trans, contribuindo significativamente para a superlotação do serviço, já que este tem se tornado para muitas pessoas o único espaço onde existe uma abertura para o cuidado. Sendo assim, o esfacelamento das políticas sociais a nível estadual e federal reabtem não somente na quantidade de demandas que chegam ao Espaço Trans, como também na (im)possibilidade de respondê-las integralmente.

Precisamos também registrar que a permanência de um serviço com a proposta do Espaço Trans no âmbito do SUS, mais do que nunca, tem sido alvo de tensão e, nesse caso específico, no Hospital das Clínicas de Pernambuco. Percebemos que as disputas entorno do que é saúde, de quem merece acessar os serviços públicos e quais demandas são legítimas estão em ebulição, expondo que permanece sendo indispensável a afirmação de espaços que sejam de fato para todas efetivamente. Acerca dessas tensões, registramos honrosa posição assumida hegemonicamente pelas profissionais que atuam nesse serviço. Sobretudo, porque

¹⁰² Trecho da entrevista realizada com Ana Flor.

acreditamos que sem as suas persistências e resistências, certamente as dinâmicas e formatos presentes no Espaço Trans seriam outros.

Nesse sentido, diante de todo exposto apresentado, concluímos que: i) as experiências transexuais são marcadas por violências institucionais, sendo elas, inclusive, mote para parte dos processos de cerceamentos e privações vividas por esses sujeitos; ii) o Espaço de Acolhimento e Cuidado para Travestis e Transexuais, por representar um campo de resistência à proposta de um SUS seletivo, fragmentado e assistencial, tem sido esvaziado progressivamente e diretamente, em termos de recurso; iii) não existem possibilidade de pensar as precariedades que estruturam o Espaço Trans apartadas das análises e dinâmicas empreendidas a partir de um capitalismo periférico em crise, no qual as políticas sociais representam empecilhos ao acúmulo capitalista e a subordinação; iv) em paralelo aos processos de desmonte, há resistências, e se existe a esperança de que esse serviço permaneça, mesmo diante dos desmontes prometidos pelo presidente eleito Jair Bolsonaro, é porque ela é potente.

Assim, ciente de que não foi possível, nem era intencional, esgotar toda a discussão cabível para esse tema, esperamos, ao evidenciar as fragilidades presentes no serviço, ter contribuído para o fortalecimento das forças progressistas, que tem se empenhado em manter atuante e com cada vez mais alcance e capilaridade, esse espaço que é fundamental para a vida de Travestis e Transexuais do Norte/Nordeste. Deixando como reflexão para os movimentos sociais, ativistas independentes, profissionais que atuam no serviço e outros indivíduos interessados na causa, a necessidade de não somente enfrentarmos a transfobia institucional, como situá-la como elemento da colonização capitalista. Sendo assim necessário um enfrentamento contra várias dimensões da vida.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, D. M. **A invenção do “falo”**: uma história do gênero masculino. São Paulo: Intermeios, 2013.
- ALMEIDA, G.; HEILBORN, M. L. Não somos Gays: Identidade Lésbica na visão de ativistas brasileiras. **Revista Gênero**. v. 9, n. 1, pp. 225-249, 2008.
- ALMEIDA, G. Identidade de Gênero com ênfase nas pessoas trans: particularidade e acesso à saúde, trabalho e educação. In: HILÁRIO, E. et.al. (Orgs.). **Hasteemos a bandeira colorida: diversidade sexual e de gênero no Brasil**. São Paulo: Expressão popular, 2018. pp.48-65 .
- ANTRA - Associação Nacional de Travestis e Transexuais. **Mapa dos Assassinatos de Travestis e Transexuais no Brasil em 2017**. 2017. Disponível em: < <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2018/02/relatc3b3rio-mapa-dos-assassinatos-2017-antra.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2018.
- ARÁN, M.; ZAIDHAFT, S.; MURTA, D. Transexualidade: Corpo, Subjetividade e Saúde Coletiva. **Psicologia & Sociedade**. v. , n. , pp. , 2008.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2014.
- BEHRING, E. R. Desafios Contemporâneos das políticas sociais. **Katálisis**. v. 14, n. 1, pp. 9-10, 2011.
- _____. Fundamentos da política social. In: MOTA, A. E. (Org.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. pp. .
- _____. Política Social no contexto da crise capitalista. **Revista Ser Social**. v. , n. , pp. , 2014.
- _____. **Brasil**: país do transfeminicídio. [s. l.]: CLAM, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/kXgdUJ>>. Acesso em: 26 jul. 2017.
- BENTO, B. **O que é transexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 2008.
- BRASIL. **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>. Acesso em: 28 ago. 2013.
- BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 28 ago. 2013.
- BRAVO, M. I. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. (Org.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.
- BUTLER, J. **Problemas de Gênero**: feminismos e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CABRAL, E. A; NOGUEIRA, S. N. B. Democracia e Estudos Populacionais das Identidades de Gênero. In: CABRAL, E. A; NOGUEIRA, S. N. B. **A carne mais barata do mercado: dos assassinatos à violação de Direitos Humanos da população Trans no Brasil**. Uberlândia: Observatório Trans, 2018.

CARDOSO, P. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao SUS. Disponível em: <file:///C:/Users/Henrique%20Costa/Desktop/download%20(1).pdf>. Acessado em 10 de dezembro de 2018.

CARRARA, S.; VIANNA, A. “Tá lá o corpo estendido no chão...”: a Violência Letal contra Travestis no Município do Rio de Janeiro. **Physis**: v. 16, n. 2, pp. 233-249, 2006.

CARVALHO, M.; CARRARA, S. Em direção a um futuro trans? Contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad**. s. v., n. 14, pp. 319-351, 2013. Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos.

CISNE, M.; SANTOS, S. M. M. dos. **Feminismos, diversidade sexual e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018.

COSTA, m. R. A trajetória das Lutas pela Reforma Sanitária. **Sociedade em Debates**. v. 13, n. 2, pp. 85-107, 2007.

D’EVREUX, Y. **Viagem ao Norte do Brasil feita nos annos de 1613 a 1614 pelo padre Ivo D’evreux, religioso capuchinho**. Maranhão: Typ. Do Frias, 1874. Disponível em: <<https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=hvd.32044080506272;view=1up;seq=485>>. Acesso em: 23 ago. 2018.

FACHINNI, R. “Sopa de Letrinhas”? - **Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90**: um estudo a partir da cidade de São Paulo. 2002. f. Dissertação (mestrado em Antropologia Social) – IFCH, UNICAMP, Campinas, 2002.

FAVRET – SAAD, J. Ser afetado. Revista Cadernos de campo nº 13. [2005]. Disponível em: < file:///C:/Users/Henrique%20Costa/Downloads/50263-Texto%20do%20artigo-62159-1-10-20130121.pdf>. Acessado em 01 de dezembro de 2018.

FERNANDES, E. R. Homossexualidade Indígena no Brasil: um roteiro histórico/bibliográfico. **ACENO**. v. 3, n. 5, pp. 14-38, 2016.

FILGUEIRAS, L. O Neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do Modelo Econômico. In: MASUALDO, B.; ARCEO, E. (Orgs.). **Neoliberalismo y sectores dominantes**: tendencias globales y experiencias nacionales. Buenos Aires: CLACSO, 2006. pp. 179-206.

FONSECA, C. M. O. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945)**: dualidade institucional de um bem público. Rio de janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

FLEURY, S. A seguridade social inconclusa. In: FLEURY, S. **A era FHC e o governo Lula**: Transição? Brasília: INESC, 2004.

_____. Os dilemas na Reforma Sanitária Brasileira. Ver. Adm. Pública. pp: 94-115. [1987]. Acessado em 26 de maio de 2018. Disponível em: < file:///C:/Users/Henrique%20Costa/Downloads/9610-21881-1-PB.pdf >.

_____. Reforma Sanitária Brasileira: dilema entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14, s. n., pp. 743-752, 2009.

FRANCO, T. B.; JUNIOR, H. Integralidade na assistência à saúde: a organização das Linhas de Cuidado. In: MERHY, E. E. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2004. pp. .

FREITAS, M. O cotidiano afetivo-sexual no Brasil colônia e suas consequências psicológicas e culturais nos dias de hoje. **Ponta de Lança**. v. 5, n. 9, pp. 53-58, 2011.

GOMEZ, T. **Quebrada Queer**. 2018. Disponível em: <<https://www.letras.mus.br/tchelo-gomez/quebrada-queer-part-guigo-murilo-zyess-harley-e-lucas-boombeat/>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

GONZALES, L. Racismo e Sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**. v. , n. , pp. 223-244, 1984.

HARVEY, D. **Breve História del Neoliberalismo**. Tres Cantos: Akal, 2015.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**. s. v., n. 5, pp. 7-41, 1995.

HAYEK, F. O mundo da servidão. Disponível em :<<http://www.portalmodulo.com.br/userfiles/BALAN%C3%87O%20DO%20NEOLIBERALISMO.pdf>>. Acessado em 05 de junho de 2018.

HOOKS, B. Intelectuais negras. **Estudos Feministas**. v. 3, n. 2, pp. 464-78, 1995.

IAMAMOTO, M. V. Estado, classes trabalhadoras e política social no Brasil. Pp:13-43. 2ª Ed. Cortez, 2009.

IANNI, O. A construção da categoria. **HISTEDBR**. v. 11, n. 41e, pp. 397-416, 2011.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da Violência**. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2018.

_____. **Radiografia dos Gastos Tributários em Saúde - 2003-2013**. 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160530_nt_19_radiografia_gasto_tributario_saude_2003_2013.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2018.

JESUS, C. M. de. **Diário de Bitita**. São Paulo: Editora SESI, 2014.

JESUS, J. G. Transfobia e crimes de ódio: assassinatos de pessoas transgênero como genocídio. **História Agora**. v. , n. , pp. 101-123, 2012.

MACIEL, D. O Governo Collor e o neoliberalismo no Brasil (1990-1992). **RUFG**. v. 13, n. 11, pp. 98-108, 2011.

MANDEL, E. Capitalismo Tardio. In: , . Os economistas. 1982.

MARTIN, L. M. A produção do conhecimento científico: relação sujeito-objeto e desenvolvimento do pensamento. **Interfaces**. v. , n. , pp. , 2015.

_____. As aparências enganam: divergências entre o Materialismo Histórico Dialético e as Abordagens Qualitativas De Pesquisa. **Revista GT**. – Educação, São Paulo, 2014.

MATTOS, R. A. de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Orgs.). **Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2011. pp. 43-68.

MC CAROL. **Marielle Franco**. 2018. Disponível em: <<https://www.lettras.mus.br/mc-carol/marielle-franco-part-heavy-baile/>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

MELLO, L.; AVELAR, R.; BRITO, W. A (In)segurança pública que o estado brasileiro oferece à população LGBT: mapeamento crítico Preliminar de Políticas Públicas. **Ser-tão**. v. , n. , pp. 309-355, 2011.

MELLO, L.; AVELAR, R.; MAROJA, D. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. **Sociedade e Estado**. v. 27, n. 2, pp. , 2012.

MELLO, L.; PERILLO, M.; BRAZ, C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualid, Salud e Sociedad**. s. v., n. 9, pp. 7-28, 2011.

MENEZES, J. S. B. de. Os Governos do PT e as Políticas Sociais: “Nada novo no front”. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. (Orgs.). **A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius, 2014. pp. 7-19.

NASCIMENTO, A. do. **Genocídio do negro brasileiro**: processo de um racismo mascarado. São Paulo: Perspectiva, 2016.

NETTO, J. P. Capitalismo e barbárie contemporânea. **Argumentum**. v. 4, n. 1, pp. 202-222, 2012.

PRATES, J. O método e a teoria marxiana. In: **Marx hoje**: pesquisa e transformação social. [2017]. Disponível em: <<https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/KtbxLthlwDHzvfbfxXdLmBHZJrqjNtPfwL?projector=1&messagePartId=0.1>>. Acessado em 01 de dezembro de 2018.

PEREIRA, P. A. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: TEIXEIRA, S. M.; MACEDO, J. P. S. (Orgs.). **Políticas sociais na contemporaneidade**: programas, serviços e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009. Pp. 87-108.

PERY, A. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Orgs.). **Pós neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. pp. 9-23.

PINHEIRO, T. D.; ARAÚJO, K. S. da S. Mortes que precedem a morte: trilhas e particularidades para a compreensão do transfeminicídio. **Inter-Legere**. v. 1, n. 21, pp. 43-62, 2007.

PONTES, C. F. A Saúde como Mercadoria: um direito de poucos. [2011].

QUEBRADA, L. da. **blasFêmea | Mulher**. 2017. Disponível em: <<https://www.lettras.mus.br/mc-linn-da-quebrada/mulher/>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

QUIJANO, A. Colonialidade e Modernidade/Racionalidade. In: BONILLO, H. (Org.). **Los conquistados**. Bogotá: Tercer Mundo/FLACSO, 1992. pp. 437-449.

RIBEIRO, D. O que é Lugar de Fala. São Paulo : Justificando, 2017.

SANTO, Vívian Matiais do. **Notas desobedientes**: decolonialidade e a contribuição para a crítica feminista à ciência. [2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822018000100242>. Acessado em 10 de maio de 2019.

SILVA, A. L.; SANTOS, S. M. de M. dos. “O Sol não nasceu para todos”: uma análise do direito à cidade para os segmentos LGBT. **Ser Social**. v. 17, n. 37, pp. 498-516, 2015.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 6, pp. 2753-2762, 2010.

SOARES, E. **O que se cala**. 2018. Disponível em: < <https://www.letras.mus.br/elza-soares/o-que-se-cala/> >. Acesso em: 22 jul. 2018.

SOARES, R. C. A contrarreforma na política de saúde hoje: impactos e demandas ao Serviço Social. 2010. 209 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, UFPE, Recife, 2010.

_____. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. **Argum.** v. 10, n. 1, pp. 24-32, 2018.

SPIVAK, G. **Pode o Subalterno falar?** Petrópolis: Vozes, 2010.

TEIXEIRA, K. C. da S. Políticas Públicas para População LGBT no Estado do Rio de Janeiro: a experiência dos Centros de Referência da Cidadania LGBT. **Revista de Políticas Públicas e Serviço Social**. v. 1, n. 1, pp. 13-35, 2017.

YAMAMOTO, O. A tradição Marxista: pesquisa e transformação social. In: Marx hoje: pesquisa e transformação social. [2017].

ANEXO A – ANA FLOR E AMANDA PALHA

ANEXO B – QUESTIONAMENTOS/ATAQUES À *PERFORMANCES* DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS POR PÁGINA DE “FEMINISTAS RADICAIS”



Gênero e Materialismo

Curtir esta página · 13 de setembro de 2015 ·

Editado ·

"Deste modo, a teoria queer (que abrangeria algo que podemos chamar de feminismo pós-modernista ou até "pós-feminismo") visa uma quantidade maior de "correntes" (identidades patriarcais de gênero). Com um discurso em sintonia com a suposta "pluralidade" do multiculturalismo neoliberal, pensa que celebra a diferença, quando, na verdade, promove uma adequação a uma sociedade fundada na desigualdade social e na ideologia individualista. E a infiltração do pós-modernismo nesse campo mira um reformismo ("festivamente" transgressor). É algo diferente da concepção materialista (como a ortodoxia na tradição marxista e o feminismo radical), que tem como finalidade a abolição da ordem patriarcal de gênero (na expressão usada por Heleieth Saffioti). Aliás, o próprio conceito-chave de patriarcado pode sumir do vocabulário feminista, anarquista e marxista se as tendências pós-estruturalistas/pós-modernistas continuarem a colocar uma neblina nas teorizações dessa questão.

Escreva um comentário...

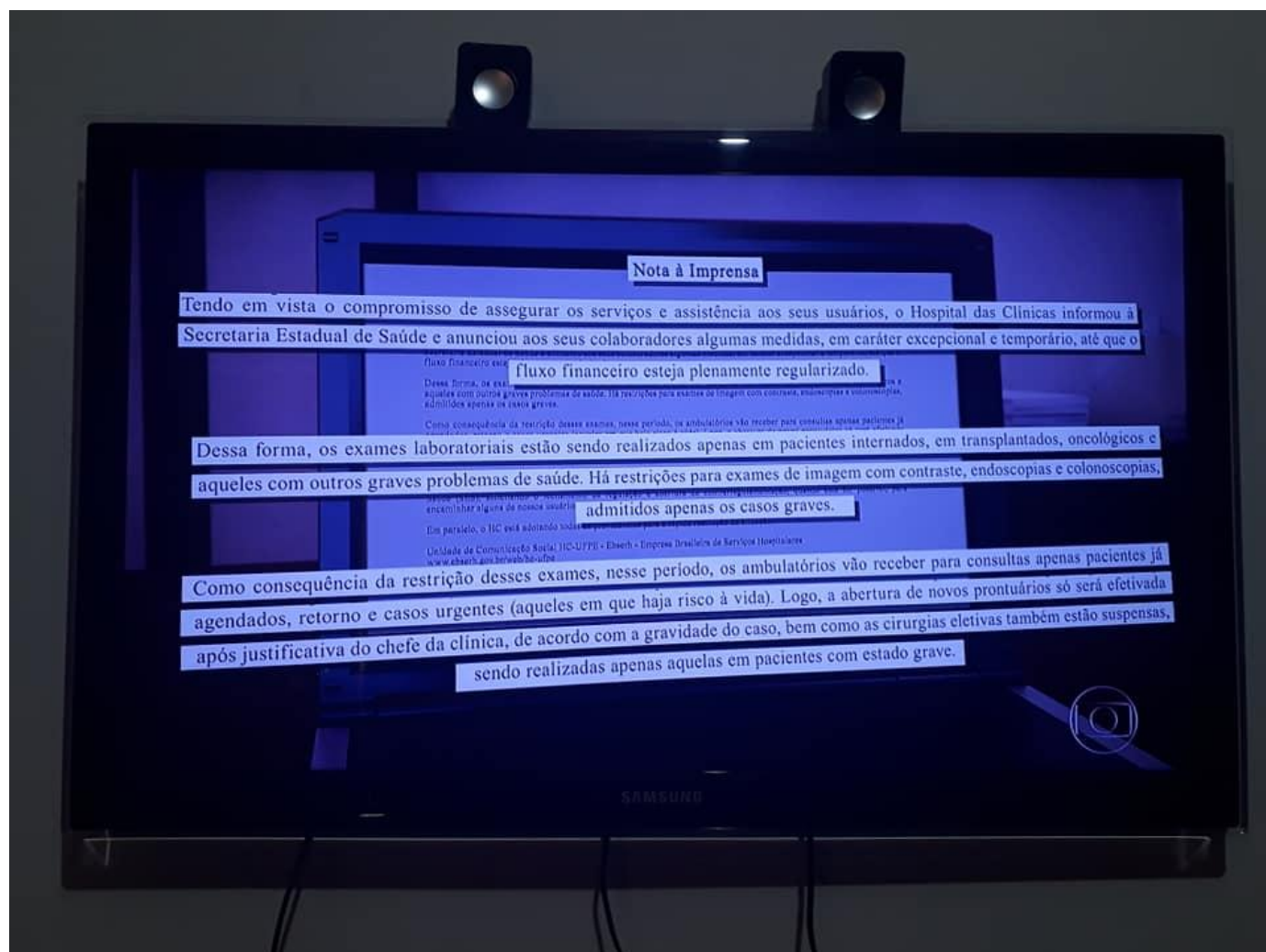


ANEXO C – PROTESTO REALIZADO CONTRA A FILÓSOFA JUDITH BUTLER EM SÃO PAULO (2017)



Fonte: Bruno Santos/Folhapress

ANEXO D – NOTA LANÇADA PELA EBSERH A RESPEITO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE



Fonte: site EBSERH