



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

KELLYANE DE SANTANA RICARDO

**“RESISTENTE COMO FLOR”:** Avanços, resistências e impasses da Política de Saúde LGBT e do Processo Transexualizador no Espaço Trans – Hospital das Clínicas/UFPE.

Recife

2020

KELLYANE DE SANTANA RICARDO

**“RESISTENTE COMO FLOR”:** Avanços, resistências e impasses da Política de Saúde LGBT e do Processo Transexualizador no Espaço Trans – Hospital das Clínicas/UFPE.

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

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Ana Cristina de Souza Vieira.

Recife  
2020

Catálogo na Fonte  
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

R488r Ricardo, Kellyane de Santana  
Resistente como flor: avanços, resistências e impasses da política de saúde LGBT e do processo transexualizador no espaço trans- Hospital das Clínicas/UFPE / Kellyane de Santana Ricardo. - 2020.  
216 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Cristina de Souza Vieira.  
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2020.  
Inclui referências e anexos.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Saúde LGTB. 3. transexualidade. I. Vieira, Ana Cristina de Souza (Orientadora). II. Título.

361 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2020 – 028)

KELLYANE DE SANTANA RICARDO

**“RESISTENTE COMO FLOR”**: Avanços, resistências e impasses da Política de Saúde LGBT e do Processo Transexualizador no Espaço Trans – Hospital das Clínicas/UFPE.

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

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Cristina de Souza Vieira (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vívian Matias dos Santos (Examinadora Externa)

Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Delâine Cavalcanti Santana de Melo (Examinadora Externa)

Universidade Federal de Pernambuco

Dedico especialmente essa dissertação à minha avó Antônia Genezia de Santana (*in memoriam*) por todo apoio e incentivo direcionado a mim durante todos esses anos. Estaremos sempre juntas, não importa a distância que nos separa.

E às pessoas transexuais e travestis, pois reconheço suas lutas por existência, visibilidade e por acesso aos seus direitos.

**Kellyane de Santana Ricardo.**

## AGRADECIMENTOS

“A gratidão é a memória do coração!”

Autor desconhecido.

Ter chegado ao fim desse ciclo me remete ao tanto de coisa que passei para chegar aqui, posso dizer que esse momento é meu, mas não é só meu, é também de todas as pessoas que estiveram comigo durante esse tempo e me energizaram positivamente. Lembro-me de todos os dias árduos que passei para chegar aqui, não foi fácil! Foi um prazer escrever essa dissertação, mas nem tudo foi só prazer, houve angústia, tristeza, medo, ansiedade, as lágrimas também regaram esse trabalho, junto com os sorrisos a cada etapa que venci. Essa conquista é minha e de todos aqueles e aquelas que me amam, me ajudam e torcem por mim, e como diz a música de Lenine: “Quem cruzou aquela ponte não vai se esquecer. O que eu sou, eu sou em par. Não cheguei sozinho, não, não”.

Primeiramente quero agradecer a Deus que me emanou luz e paz, e me deu saúde e a recuperou quando necessário para que eu pudesse chegar aqui nesse fim de etapa.

Agradeço com todo amor do mundo aos meus pais, Amaro e Patricia que sempre, mas sempre mesmo acreditaram em mim e no meu potencial. Incentivaram-me, me apoiaram, me acolheram, cuidaram de mim e sonharam esse sonho junto comigo. Nenhuma gratidão no mundo é capaz de alcançar todos os esforços que direcionaram para me dar boa educação, nada é capaz de pagar os impulsos que me foram dados a ser quem eu decidi ser e a realizar meus anseios profissionais e acadêmicos. Agradeço por tudo aquilo que vocês me deram, por tudo que abriram mão e por tudo que vocês foram base para mim. Eu sou eternamente grata pela minha família incrível, essa conquista é de vocês também. Amo vocês incondicionalmente, obrigada!

Sou grata à minha avó Antônia Genezia (in memoriam) que sempre fez de tudo por mim, sempre cuidou de mim e torceu pelas minhas conquistas, que até o fim da sua vida se orgulhou e vibrou de tudo que conquistei até aqui. A vi partir no final da escrita desse trabalho, e a ela dedico mais esse passo na minha vida. Vou lhe amar eternamente, minha querida avó.

À minha tia Lindalva por quem sempre fui cuidada e que sempre foi uma torcedora assídua pelo meu sucesso. Agradeço também a todas as pessoas da minha família que acreditaram, torceram e se orgulharam de mim, em especial: meus irmãos Fábio e Sidiclei, minha cunhada Lylyanny e a meus sobrinhos: João Vitor, Gabriela e Jéssica, pois nada se compara a receber um olhar amoroso de uma criança quando você mais precisa. A vocês, minha sincera gratidão, amo todos!

Agradeço de todo meu coração ao meu namorado incrível e maravilhoso, Israel Félix, por todo apoio, força, compreensão e incentivo, por sonhar todos os meus sonhos junto comigo. Meu bem, você esteve aqui comigo desde que esse mestrado era apenas um desejo, e está vendo se tornar realidade. Você cuidou de mim quando estive cansada, me fez sorrir quando chorei e me impulsionou a continuar, você sentiu comigo as dores e as coisas boas desse meu percurso. Seu amor, paciência, aconchego e carinho fizeram meu caminho mais leve e mais agradável. Serei sempre grata pela sua existência na minha vida. Ter sonhado e conquistado isso do seu lado é muito gratificante, saiba que você é parte de tudo isso! Meu amor por você é incondicional e imensurável. Obrigada, baby!

Carrego comigo uma gratidão imensa à minha amiga que se tornou irmã nos nossos quase seis anos de amizade, Gabriela Torres. Minha amiga, você foi sempre uma grande companheira nessa estrada da vida, e não foi diferente durante esse mestrado. Compartilhei com você muitas coisas, você sempre torceu por mim e me incentivou. Ajudou-me nas revisões, sempre tão disponível e afetuosa. Muito obrigada, pois o que você fez e faz para me ajudar nada no mundo é capaz de pagar. Amo-te muito! Obrigada!

Aos meus amigos e amigas que carinhosamente me apoiaram nesse tempo, me incentivaram e vibraram comigo desde a aprovação do mestrado. Que sempre emanaram boas energias. Amigos e amigas muito queridos/as que mesmo de longe sempre me mandaram forças, e estiveram sempre sinalizando a torcida por mim: Maria Claudia, Alexandre Correia, Diandra Maria, Maria Milena, Andrezza Catarina, Stella Freitas, Suzane Mireli e Mayara Camila (in memoriam). Também à Yasmin Lins que me ajudou bastante. Muito obrigada! A amizade de vocês é preciosa! Minha imensa gratidão a vocês e a todos outros/as amigos/as que não foram citados/as, mas que estão no meu coração.

Durante esse tempo, na minha turma de mestrado conheci pessoas incríveis! Grata por todo acolhimento, afeto, risadas e momentos compartilhados. Foram meses de convívio permeados de muito aprendizado. E de forma mais do que especial agradeço à Geiziane Cotrim, uma amiga que ganhei para a vida durante esse tempo, muito obrigada pela sua companhia, amizade, respeito, carinho e incentivo, por estar presente sempre mesmo quando estivemos longe. Muito obrigada!

Agradeço carinhosamente às profissionais do Espaço Trans: Ísis, Suzana, Mônica, Ericka e Cristiane, e a todos/as usuários/as por todo aprendizado e principalmente pelo acolhimento afetuoso que sempre tive nesse lugar. Gratidão.

Gratidão à minha orientadora Ana Cristina Vieira, que tive oportunidade de conviver mais de perto no último ano, uma pessoa que aprendi muito e sempre foi paciente e compreensiva comigo. Também à Vívian Matias e Delaine Melo por aceitarem a presença na minha banca e por todos aprendizados que tive com essas duas profissionais incríveis em todos esses anos de UFPE, desde a graduação até o mestrado. Muito obrigada a todas! Vocês me inspiram!

Por último, gostaria de agradecer de forma geral a todas as pessoas que contribuíram direta e indiretamente não apenas na construção dessa dissertação, mas também na minha vida acadêmica e pessoal. Levo comigo um pedaço de cada aprendizado colhido com todos/as vocês.

Minha sincera gratidão a todos/as.

“Sei, nasci pra ser sujeito  
Escolhi, decidi, quis ser eu mesma  
Me tornei abjeto  
Parece comum  
Um ser que não parece merecer afeto

A nós, um brinde  
Guerreiras sobreviventes  
Mais um dia  
No campo de batalha  
Da vida  
Do corpo  
Da alma”.

*Virgínia Guitzel*

## RESUMO

Esta dissertação tem por objetivo conhecer os limites e possibilidades de materializar a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis no Espaço de Acolhimento e Cuidado para Pessoas Trans (Espaço Trans) no contexto de acirramento da contrarreforma da saúde no período de 2017-2019. Partimos do pressuposto que a Política é documento fomentador e norteador do Processo Transexualizador no SUS que em Pernambuco é operacionalizado pelo Espaço Trans, e por isso emergiu a necessidade de discutir como essa aparece no cotidiano do serviço, na busca de perceber as congruências e dissonâncias. Para tal foi realizada a pesquisa com base em perspectiva de totalidade social, compreensão da realidade como dinâmica e em constante transformação. As técnicas metodológicas utilizadas para alcance do objetivo foram: a) pesquisa documental feita com a Política de Saúde LGBT e a Portaria 2.803/13 que regula o processo transexualizador no SUS; b) pesquisa bibliográfica; c) entrevistas semiestruturadas com quatro profissionais do Espaço Trans e; d) observação direta. Através dessas mediações foi permitido concluir que existe complexidade nas demandas apresentadas ao Espaço Trans, o que conseqüentemente requer respostas articuladas e intersetoriais do serviço. O serviço encontra dificuldades em dar conta plenamente das demandas em virtude do baixo investimento financeiro, que aparece como uma das expressões da contrarreforma da saúde que retrai significativamente os recursos tanto humanos como materiais. Outro aspecto dificultador é a transfobia institucional que ocorre tanto dentro do Hospital das Clínicas – UFPE quanto nos outros serviços que o Espaço Trans dialoga. Há entrave também no que tange à integralidade, à equidade e ao atendimento respeitoso no acesso à saúde pela população trans, não necessariamente dentro do serviço, mas nos espaços que o setor dialoga que são fundamentais para sua operacionalização. Mas, há positivamente o destaque do esforço coletivo e político da equipe nuclear em realizar cuidado em saúde integral, humanizado e despatologizante, como também de dialogar com os movimentos sociais e fortalecer-se através das lutas da população trans. Como resultado dessa discussão pode-se perceber que há possibilidades efetivas de materializar o cotidiano do Espaço Trans ancorado nas proposições da Política de Saúde LGBT, mas ao mesmo passo há inúmeras limitações estruturais que dificultam a tentativa do serviço de ser plenamente efetivado de acordo com os documentos norteadores. É observado que as principais limitações encontradas não são na atuação interna do serviço, mas em suas necessárias e constantes articulações internas e externas, como também na ausência de investimento financeiro suficiente na rede de cuidados para a população transexual no país e no estado de Pernambuco. O que demonstra o Espaço Trans como um ambiente de cuidado em saúde para pessoas trans permeado de avanços, desafios, resistências, resiliências e impasses.

**Palavras-chave:** Espaço de Acolhimento e Cuidado para Pessoas Trans (Espaço Trans). Sistema Único de Saúde. Saúde LGBT. Processo Transexualizador no SUS. Transexualidades.

## ABSTRACT

This thesis aims to know the limits and possibilities of materializing the National Policy for the Integral Health of Lesbians, Gays, Bisexuals, Transsexuals and *Transvestis* at the Hosting and Caring Space for Trans People (*Trans Space*) in the context of the deepening healthcare counter-reform in the 2017-2019 period. We assume that the Policy is a document that encourages and guides the Transsexualising Process in the Unified Health System (SUS) which is operated by the *Trans Space* in Pernambuco, and therefore the need to discuss how it appears in the daily life of the service, seeking to understand the congruences and dissonances. For this, the research was based on the perspective of social totality, understanding reality as dynamic and in constant transformation. The methodological techniques used to reach the objective were: a) documentary research made with the LGBT Health Policy and Ordinance 2.803/13 that regulates the transsexualising process in the SUS; b) bibliographical research; c) semi-structured interviews with four professionals from *Trans Space* and; d) direct observation. Through these mediations it was allowed to conclude that there is complexity in the demands presented to the *Trans Space*, which consequently requires articulated and intersectoral responses from the service. The service finds it difficult to fully meet the demands due to low financial investment, which appears as one of the expressions of health counter-reform that significantly shrinks both human and material resources. Another difficult aspect is the institutional transphobia that occurs both within the Hospital das Clínicas - UFPE and in other services that *Trans Space* dialogues. There are also obstacles with regard to integrality, equity and respectful care in the access to health for the trans population, not necessarily within the service, but in the spaces that the sector dialogues that are fundamental for its operation. But positively there is the noticeable, collective and political effort of the nuclear team to perform integral, humanized and depathologizing healthcare, as well as to dialogue with social movements and strengthen themselves through the struggles of the trans population. As a result of this discussion it can be seen that there are effective possibilities to materialize the daily life of the *Trans Space* anchored to the LGBT Health Policy propositions, but at the same time there are numerous structural limitations that make it difficult for the service to attempt to be fully implemented according to guiding documents. It is observed that the main limitations found are not in the internal performance of the service, but in its necessary and constant internal and external articulations, as well as in the absence of sufficient financial investment in the care network for the transsexual population in the country and state of Pernambuco. This demonstrates the *Trans Space* as a healthcare environment for trans people permeated by advances, challenges, resistance, resilience and impasse.

Keywords: The Hosting and Caring Space for Trans People (*Trans Space*). Unified Health System (SUS). LGBT Health. Transsexualizing Process in SUS. Transsexualities.

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>CAPÍTULO 1 - TRANSEXUALIDADE(S): A DIVERSIDADE COMO ELEMENTO HUMANO</b> .....	20
1.1 A emergência das categorias sexo, gênero e identidade de gênero. ....	20
1.2 “É cruel achar que o corpo vai definir alguém” - Transexualidade(s): o enfrentamento aos padrões de gênero. ....	30
1.3 Articulações coletivas da população transexual. ....	48
1.3.1 “Há a possibilidade de um feminismo para todas?": Apontamentos sobre os Transfeminismos. ....	48
1.3.2 “Eles também querem voz ativa”: Considerações sobre o movimento de Homens trans/Transmasculinos. ....	60
<b>CAPÍTULO 2 – O DIREITO À SAÚDE: TEMPOS REVERSOS E SINUOSOS</b> .....	67
2.1 O SUS para todos? Universalidade, Equidade e Integralidade. ....	67
2.2 As contrarreformas na saúde: avesso da consolidação do SUS universal e de qualidade. ....	81
2.2.1 Estado neoliberal e contrarreforma nas políticas sociais brasileiras. ....	82
2.2.2 Conarreformas na saúde e impasses para o SUS. ....	88
<b>CAPÍTULO 3 - A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBT E O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS: MECANISMOS DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DE TRANSEXUAIS</b> .....	105
3.1 Direito à saúde LGBT no Brasil: das lutas iniciais à Política Nacional de Saúde Integral LGBT. ....	105
3.1.1 O Processo Transexualizador no SUS: considerações históricas e políticas. ....	114
3.2 O Espaço trans, “TRANS-borda”: história, política e materialização do Processo Transexualizador em Pernambuco. ....	119
3.2.1 Os pilares da construção do Processo Transexualizador em Pernambuco. ....	119
3.2.2 “A gente tem avançado sim, mas ainda precisa de mais!": Avanços, resistências e impasses da materialização da Política de Saúde LGBT e do processo transexualizador no Espaço Trans.....	122
3.2.2.1 Fluxos de acolhimento, centralidade da proposta de cuidado despatologizante e a complexidade das demandas.....	123
3.2.2.2 Articulações internas e externas: possibilidades e desafios. ....	133
3.2.2.3 Demandas cirúrgicas e hormonizações: perspectivas e dificuldades.....	148
3.2.2.4 Aspectos estruturais: EBSEPH e contrarreforma da saúde.....	154
3.2.2.5 Os avanços e as possibilidades de resistência.....	161

<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	163
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	170
<b>ANEXOS</b> .....	185

## INTRODUÇÃO

“O conhecimento emerge apenas através da invenção e da reinvenção, através da inquietante, impaciente, contínua e esperançosa investigação que os seres humanos buscam no mundo, com o mundo e uns com os outros.”

Paulo Freire

A inserção no campo profissional e acadêmico do Serviço Social com base na compreensão crítica da realidade social nos permite reflexões que ultrapassam o cotidiano e as aparências, como também proporciona o firmamento de compromisso ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo com o que é concernente a defesa intransigente dos direitos humanos. Digo isso, em virtude da necessidade de ressaltar o compromisso político dessa dissertação com a visibilidade das lutas e das demandas da população transexual. Para romper as barreiras e proporcionar visibilidade, se faz necessária a projeção dessas lutas também no âmbito das discussões acadêmicas, e por isso, essa dissertação se comprometeu a ser um dos instrumentos dessa projeção.

O questionamento que norteou essa pesquisa foi: Quais as limitações e as possibilidades de consolidar a materialização da Política Nacional de Saúde Integral LGBT dentro do Espaço Trans no contexto de acirramento de contrarreforma da saúde? O objetivo geral foi o de conhecer os limites e possibilidades de materializar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Espaço Trans no contexto de acirramento da contrarreforma da saúde no período de 2017-2019 e os específicos foram analisar os impactos da contrarreforma na saúde no serviço, refletir sobre o acesso e permanência de usuários/as no Espaço Trans, como também os tensionamentos trazidos pelos movimentos sociais.

O interesse em discutir a temática ocorreu pelo fato das sucessivas e constantes aproximações à realidade do Espaço de Cuidado e Acolhimento de Transexuais e Travestis do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. A primeira aproximação com o tema se deu entre os anos de 2016 e 2017, período em que estive inserida enquanto estagiária em Serviço Social do Espaço Trans. O aprofundamento no campo de estudo aconteceu na fase de construção da monografia de conclusão da graduação, que se propôs a discutir as contribuições do projeto ético-político do Serviço Social para a compreensão da despatologização da transexualidade.

O entendimento da relevância do tema é compreensível também pela possibilidade de incorporar os estudos sobre a temática no Serviço Social que em seu cotidiano lida diretamente com esta população e está inserido nos espaços de saúde especializados no atendimento às pessoas trans. Como afirma Santos (2017), no campo da diversidade sexual e de gênero deve-se fazer resistências e práticas que problematizem essas questões e desafiem as profissões e sujeitos políticos organizados a elaborar estratégias de enfrentamento que não permitam que se destruam ganhos históricos e conquistas civilizatórias. Dessa maneira, surgiu o interesse de compreender se tem sido possível operacionalizar as orientações, diretrizes e eixos de atuação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, entendida como documento necessário e norteador do funcionamento desse serviço. De forma a desvelar também, o que tem sido possível fazer com as oportunidades advindas do contexto político e econômico que está para além dos serviços, como também das limitações impostas por estes.

As transexualidades são um elemento da diversidade humana e aparecem como enfrentamento aos padrões de identidade de gênero impostos pela compreensão cisheteronormativa dos corpos e vivências. Padrões que aprisionam os corpos e afirmam que há coerência natural e direta entre sexo biológico e identidade de gênero. Dessa maneira, as pessoas transexuais são a materialização da instabilidade dessas normas, posto que suas vivências desafiam a coerência exigida, questionam que não há coerência natural e que os corpos são constituídos socialmente. E por isso, não são anormais, doentes ou desajustados, mas apenas expressam a diversidade humana e as diversas possibilidades de afirmação da identidade de gênero dos sujeitos.

Em virtude de suas diferenças, as pessoas transexuais sofrem constantemente retaliações sociais das mais diversas, e encontram múltiplos percalços para firmar sua existência em sociedade. Passam constantemente por processos de violência, e muitas vezes são assassinadas apenas por serem quem são. Vivemos em um sistema de produção material e reprodução social – o capitalismo – que renega as diferenças e busca categorizar e ajustar os indivíduos para que se amplie sobre esses sua exploração, dominação e opressão.

As violações de direitos das pessoas transexuais se ancoram nesses preceitos de necessidade da coerência entre sexo biológico e identidade de gênero,

e com isso, as diferenças dessa população são transformadas em desigualdades. A população transexual ocupa o espaço social da vulnerabilidade e possui dificuldades notórias em acessar direitos elementares e fundamentais, tal como o direito à saúde. É perceptível então, que durante suas vidas, as pessoas trans encontram muitos entraves em acessar o direito à saúde, além disso, necessitam de cuidados específicos em decorrência do marcador da transexualidade. Porém, nem sempre conseguem acessar os cuidados em saúde no SUS.

Por isso, depois de muitas lutas sociais e pressões para que se garantisse atendimento específico e direcionado às pessoas trans nos serviços públicos de saúde, foi criado em 2008 e redefinido em 2013, o Processo Transexualizador no SUS. Em Pernambuco o serviço que operacionaliza essa normativa é o Espaço de Cuidado e Acolhimento de Transexuais e Travestis, o Espaço Trans, que atua no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. A abertura do serviço especializado descortinou uma demanda inesperada que atualmente o serviço não suporta acolher por completo. A demanda é crescente principalmente em razão de ser nesses lugares que essa população trans consegue o único acesso aos serviços de saúde. E para, além disso, são nesses espaços que as pessoas transexuais encontram suas especificidades contempladas, visto que, a rede ainda não se encontra entrelaçada e articulada de forma satisfatória para atendimento destas demandas.

A relação do processo transexualizador com a Política Nacional de Saúde Integral LGBT é direta, principalmente pelas pessoas transexuais possuírem destaque no documento. Primordialmente a população trans recebeu atenção especial na construção da política por terem sido levadas em consideração as suas especificidades e vulnerabilidades, que são mais intensas na sociedade permeada por padrões de cisheteronormatividade, como também da precaridade recorrente no acesso à saúde, com muitas implicações na saúde dessas pessoas. Compreende-se que a Política Nacional de Saúde Integral LGBT é advinda de processos de disputas políticas, como também é documento avançado no que tange à percepção de integralidade, equidade e universalidade do SUS, princípios que contribuem para garantir e ampliar o acesso à saúde para populações historicamente renegadas. Assim como direcionou a criação dos serviços de saúde especializados em

atendimento às demandas trans, também é documento norteador da atuação desse, dando orientações para efetivação do direito à saúde das pessoas LGBTI<sup>1</sup>.

O acesso ao processo transexualizador fica marcado no imaginário como apenas para realizar mudanças cirúrgicas; isso não traduz os serviços, eles possuem uma face mais profunda. A face diz respeito tanto a outros procedimentos ambulatoriais e hormonais, quanto a ser um dos únicos acessos das pessoas trans aos serviços de saúde, além de que, em sua atuação – na experiência do Espaço Trans – busca observar as determinações sociais da saúde, e adquire assim papel central na vida dessas pessoas. Os serviços especializados carregam a marca da garantia do acesso à saúde, das diferenças humanas, da integralidade, equidade e da necessidade de cuidar de uma população que em razão de sua visibilidade deturpada e das violências cotidianas sofre muitos agravos (SOUZA, 2018).

O que se apresenta na realidade, principalmente pelo crescimento vertiginoso da demanda por serviços específicos, é a necessidade de ampliação do acesso dessa população ao SUS com a garantia de atendimento qualificado, humano, integral e capaz de contemplar suas demandas, por meio da abertura de mais serviços e ampliação da capacidade de atendimento dos que já existem. Mas contraditoriamente com a legislação do SUS e à Política de Saúde LGBT, que visam ampliar o acesso universal, garantir a integralidade e a equidade no acesso; a intencionalidade atual sobre o SUS é de suprimir os investimentos em saúde e valorizar o privado em detrimento do público.

E há articulações de desmonte do orçamento da saúde e reforço ao modelo privatista de saúde, esses se afirmam como a construção da lógica da saúde como mercadoria e não mais como um direito, ameaçando o atual caráter do SUS. Não mais apenas propondo reformas ou privatizações, mas, além disso, expõem um intenso interesse em dizimar o Sistema Único de Saúde em detrimento de construir uma nova lógica de saúde para o país totalmente incompatível com sua realidade, que amplia as desigualdades e iniquidades em saúde. E como reitera Soares (2018), essas ações engendrarão um intenso processo de focalização da saúde a níveis

---

<sup>1</sup> Apesar da Política Nacional de Saúde Integral LGBT caracterizar a sigla dessa forma, no decorrer desse trabalho, quando se tratar dessa população e não estiver sendo referida de forma direta a política acima dita, a sigla utilizada será LGBTI, que significa: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis e Intersexuais. Utiliza-se essa sigla com a inclusão do "I" em virtude dos novos posicionamentos dos movimentos sociais por essa inclusão, como também pelas documentações e organismos internacionais que já atestam essa nova sigla.

extremos, inviabilizando completamente um SUS para todos. Porém, há possibilidades de resistência, principalmente por meio dos movimentos sociais.

Conforme Mota (2017) está ocorrendo uma regressão civilizatória e a expropriação dos direitos e políticas sociais, de forma a atualizar as necessidades de reprodução do capitalismo por meio da apropriação do fundo público da saúde, que se tornou objeto desejado pelos conglomerados econômicos da saúde. Isso demonstra que a contrarreforma na saúde é guiada pela perspectiva de retornar a saúde brasileira ao modelo curativo, individualizado, especializado, médico centrado, direcionado apenas ao tratamento de doenças, que não abrange as ações de promoção e prevenção da saúde, muito menos as ações transversais que visam contemplar as especificidades populacionais, inclusive comprometendo a implementação da Política de Saúde Integral LGBT.

Os processos de materialização das políticas setoriais de saúde no cotidiano dos serviços estão permeados de influências dos contextos sociais macrossocietários, especificamente nesse caso, a contrarreforma da saúde. Buscou-se nessa dissertação compreender se há relação entre esses processos e se existe, como esta ocorre. Foram levantados questionamentos como: a transfobia é fator dificultador desse acesso? a deficiência de serviços especializados interfere na atuação articulada do Espaço Trans? O não preparo dos profissionais é uma barreira para as pessoas trans nos serviços de saúde? A contrarreforma das políticas sociais e especificamente na saúde são fatores que impedem a materialização plena da Política de Saúde LGBT no cotidiano do Espaço Trans? Há possibilidades de resistência aos entraves na operacionalização do serviço?

Todos esses questionamentos surgem a partir da problematização da realidade apresentada, que em si não apresenta toda sua essência, visto que é a aparência do fenômeno. Dessa forma, necessitam de aprofundamento teórico para serem respondidos, e essa dissertação irá buscar meios de respondê-los no decorrer de sua discussão. Para alcance das finalidades propostas foi utilizado O método científico materialista histórico-dialético. A dialética na era moderna de Marx “é o modo de compreender a realidade como essencialmente contraditória e em permanente transformação” (Konder, 2004, p.8). Para a realização deste trabalho foi adotada uma postura crítica, que priorizou formas de compreensão da totalidade social e que buscou romper as fronteiras do que se apresenta na realidade

cotidiana. As técnicas metodológicas aliadas ao método científico de investigação foram:

- Pesquisa documental que contou com a análise central dos seguintes documentos: Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; Portaria 2.803/2013 que redefine e amplia o processo transexualizador no SUS. Além da análise concomitante de documentos congêneres que contribuíram para agregar na discussão.

- Pesquisa bibliográfica, na qual foram incorporadas discussões teóricas sobre a construção e operacionalização das políticas setoriais de saúde; serão tecidas considerações sobre gênero e sexualidade, trajetórias dos movimentos sociais LGBT no Brasil, construção histórica do processo transexualizador e do serviço aqui mencionado. Além de discutir a centralidade da concepção de um SUS universal, equânime e integral, como também de reafirmar a saúde como um direito social para todos e que deve alcançar a população LGBTI, especialmente nesta pesquisa, ênfase nas pessoas transexuais.

- Observação direta simples, que contou com a realização de algumas visitas e participação para observar alguns espaços de discussão no Espaço Trans. Isso contribuiu bastante na construção do corpus de pesquisa.

- Entrevista semiestruturada realizada com quatro profissionais da equipe nuclear do serviço (ver anexos) no intuito de coletar as informações necessárias para discutir sobre a operacionalização do Processo Transexualizador no Espaço Trans, suas possibilidades e seus impasses. Considero ter estado em lócus privilegiado para conseguir realizar as entrevistas, em virtude do conhecimento e aproximação já existente com o Espaço Trans. Para que seja mantido o sigilo no que diz respeito aos nomes das entrevistadas, utilizei como pseudônimos nomes de flores que guardam ligação com o título da dissertação, nomes os quais escolhi com base nas características de cada uma. Dessa maneira, aqui serão tratadas como: Alecrim, Orquídea, Tulipa e Girassol.

Haja vista tudo o que foi contemplado acima, o conjunto das análises realizadas na pesquisa é apresentado por meio da seguinte disposição das discussões:

- No capítulo 1, a discussão gira em torno do debate sobre gênero, sexualidades e transexualidades, seus aspectos mais elementares e as

compreensões que permeiam os conceitos e categorias que se articulam sobre a temática. Além disso, se discute sobre a articulação política do segmento transexual, tanto feminino quanto masculino, por meio de bibliografia que discute sobre os movimentos sociais da população trans: TransFeminismo e Movimento de Homens Trans.

- O capítulo 2 é voltado à discussão sobre o Sistema Único de Saúde. Há destaque para a universalidade, equidade e integralidade, principalmente como meio de operacionalizar um SUS para todos/as e por esses serem princípios basilares da Política de Saúde LGBT. E discute-se também a atualidade da Política de Saúde no Brasil, com foco no acirramento da contrarreforma da saúde no Brasil.

- O Capítulo 3 tem o intuito de discutir sobre os direitos LGBT no Brasil o que leva à discussão sobre direito à saúde e processo transexualizador no SUS. É nesse momento do trabalho que são explicitados os resultados das entrevistas como dados de realidade juntamente com o que é proposto pela Política de Saúde LGBT e normativas do processo transexualizador no SUS para subsidiar as considerações sobre limites e possibilidades de atuação do Espaço Trans de forma congruente com as normativas.

- Nas considerações finais é realizada a sistematização das reflexões sobre o tema da dissertação, como forma de organizar o pensamento e expor as sínteses teóricas trazidas pelas discussões realizadas no trabalho. Dessa forma, são apresentadas conclusões sobre os limites e possibilidades de efetivar plenamente a Política LGBT e o Processo Transexualizador no SUS no Espaço Trans no contexto de acirramento de contrarreforma na saúde.

Feitas todas essas considerações, ousou reconhecer as possíveis lacunas e necessidades de ampliação das discussões trazidas por essa dissertação, principalmente pela complexidade da temática e das múltiplas determinações que influem sobre ela. Mesmo ao reconhecer as possíveis falhas e ausências na discussão, vislumbro também que esse trabalho é uma fonte que abre leque para tantas outras discussões e traz contribuições significativas à temática.

## CAPÍTULO 1 - TRANSEXUALIDADE(S): A DIVERSIDADE COMO ELEMENTO HUMANO

“Não tem nada horroroso  
Em querer ser diferente  
No mundo tem muita regra  
Que não se faz coerente  
Ser homem ou ser mulher  
Não é marca com patente.”

Jarid Arraes

### 1.1 A emergência das categorias sexo, gênero e identidade de gênero.

De início se faz necessário o entendimento e tecer considerações sobre as categorias centrais no que tange a discutir posteriormente a transexualidade. Desta forma, para tal é mister localizar historicamente as categorias gênero, sexo e identidade de gênero.

É necessário explicitar que os significados construídos e atribuídos em torno de determinadas categorias teóricas não são por acaso, mas estão fundados em concepções de mundo localizadas histórica e geograficamente. Dessa forma, no que tange ao ‘sexo’, conforme Machado (2005) o dito sexo biológico é construído culturalmente tal qual o gênero e “as fronteiras entre o ‘natural’ e o ‘não natural’ são facilmente borradas quando se trata de defini-las a partir do que é considerado dentro ou fora das normas sociais (p. 253).

A categoria ‘sexo’ é fundamentalmente normativa e possui ideal regulatório como centralidade, o sexo não é tão somente uma norma, mas fragmento de práticas regulatórias que tentam definir por completo os corpos que governa. Isso ocorre de forma a demarcar, circular e diferenciar os corpos que controla, sendo o sexo não simplesmente a descrição estática daquilo que alguém é ou possui, mas sim, uma norma de regulação da viabilidade da existência, o que qualifica e classifica os corpos como viáveis na convivência social (BUTLER, 1999). A ideia de que a concepção de ‘sexo’ é histórica e localizada geograficamente torna-se perceptível ao recordarmos a obra de Laqueur (2001) que afirma que desde a

antiguidade clássica até o final do século XVII a ideia de diferença sexual não existia, pois, a concepção era que havia sexo único. Argumentava-se que

em vez de serem divididos por suas anatomias reprodutivas, os sexos eram ligados por um sexo comum. As mulheres, em outras palavras, são homens invertidos, logo, menos perfeitas (LAQUEUR, 2001, p. 42).

Ao considerar que o sexo é cultural, toma-se por base que cada sociedade em épocas diferentes pode ou não ter visões dicotômicas sobre o sexo. “Dessa perspectiva resulta o pressuposto de que pessoas compartilhando lógicas culturais diferentes nem sempre olham a anatomia da mesma forma” (MACHADO, 2005, p. 259). A partir do século XVII começam a se desenhar mudanças significativas na concepção de diferença sexual (AMARAL, 2007). Conforme Laqueur (2001), foi em algum momento do século XVIII que o sexo tal qual se conhece hoje foi inventado, a partir disto os órgãos reprodutivos passaram a ser um fundamento diferencial humano de extrema importância. O modelo de sexo único não desapareceu neste momento, mas continuou a ser referenciado simultaneamente em alguns lugares com o ‘binarismo’. Os corpos passam a ser materializados em sua totalidade por meio da diferenciação entre as características masculinas ou femininas.

Conforme Butler (1999) a diferença sexual é de forma frequente evocada como referente a diferenças materiais e visíveis, mas a mesma não é simplesmente uma função diferencial material, visto que está permeada e marcada por práticas sociais de reiteração da diferença. Complementando o exposto acima, Amaral (2007) traz que a ideia de homem enquanto representante perfeito das características humanas cai por terra e a mulher sai do equivalente a um ser inacabado do sexo masculino, e passa a responder por uma identidade sexual própria. Mas mesmo assim,

a hierarquia entre os sexos se manteve apesar de não haver mais referência a uma determinada perfeição masculina. Em função da necessidade de redefinição de papéis para manutenção da ordem social burguesa e para manutenção da mulher em seu lugar de inferioridade em relação ao homem, os sexos feminino e masculino foram diferenciados social e culturalmente a partir de argumentos anatômicos. (Amaral, 2007, p. 17)

Da compreensão de totalidade não há desconexões entre as categorias aqui discutidas, principalmente no que tange a relacionar o sexo e o gênero, visto que se encontram intrinsecamente interligados. Machado (2005) afirma que o sexo aparece desde sempre marcado pelo gênero, pela classificação dos genitais na nomenclatura

do que é visto. O ato de nominar tem efeito de criação, mas há a incorporação de que o sexo é advindo do natural.

Desta forma, o corpo tornou-se um ponto de ancoragem para o discurso cultural sobre o lugar dos homens e das mulheres na sociedade, os quais passaram a ser compreendidos como radicalmente diferentes, mas complementares em função da sua suposta natureza. (AMARAL, 2007, p. 16)

É com a era moderna que surge o modelo essencialista da diferença sexual, instalando matriz binária e hierárquica de diferenciar o masculino e o feminino. Sobre isto, Amaral (2007, p. 18) afirma que

[...] o modelo de dois sexos é fruto de uma construção política e social da modernidade. No entanto, além de configurar uma diferença ontológica entre o masculino e o feminino, esta matriz também serviu de base para impor um modelo de sexualidade.”

O advento da modernidade traz consigo o surgimento do capitalismo, que tem suas dimensões atreladas às mudanças nas concepções do entendimento do sexo como biológico ou construído culturalmente por meio das relações sociais. O modo de produção capitalista funda-se na exploração do trabalho assalariado que se configura como apropriação dos frutos do trabalho coletivo por uma parcela minoritária, a classe capitalista. Conforme Mariano e Ayres (2013), o binômio exploração-opressão conjuga conceitos distintos que se articulam. A opressão ocorre transformar as diferenças em desigualdades submetendo e pondo em desvantagem indivíduos ou determinado grupo social. Desdobra-se em vários tipos: social, sexual, nacional, de orientação sexual e de gênero e encontra na terceirização do trabalho, na escassa garantia de direitos trabalhistas, no trabalho informal e precário um terreno propício de avanço. Isto acarreta o aumento do lucro dos capitalistas e deixa em maior evidência o papel das opressões no modo de produção capitalista.

A população LGBT está submetida a uma forma de opressão operada pelo modo de produção capitalista, por ser fundamental para sua dominação e para garantia da superexploração da classe trabalhadora, o capitalismo

além de buscar um padrão disciplinar para a classe trabalhadora, busca legitimar-se com o apoio nas religiões que definem o padrão da procriação como principal finalidade das uniões afetivas. Mais braços para o trabalho [...] parecem ser respostas simplistas a isso, mas em essência não são, apesar da teia de outras relações de interesses que podem aparecer na aliança burguesia e religiões. (MARIANO; AYRES, 2013, p. 05)

Essas alianças se expressam em determinados campos da ciência, que embora apareçam socialmente como destituídos de conteúdo de classe, marcam posições em relação a manifestações afetivas, sexuais e de gênero que escapam da heteronormatividade. Conforme Santos (2017), a diversidade sexual aparece como solo favorável à reprodução da opressão e de violação de direitos, e especificamente no Brasil, sociedade de capitalismo periférico que torna os indivíduos cada vez mais dilacerados, despotencializados e extraviados de sua humanidade e diversidade.

De acordo com Louro (1997) há impossibilidades de compreender o sexo ou sexualidade observando apenas seus componentes naturais, visto que esses adquirem sentido através dos processos culturais, e reitera que

Se Foucault foi capaz de traçar uma *história da sexualidade* (1988) isso aconteceu pelo fato de compreendê-la como uma 'invenção social', ou seja, por entender que ela se constitui a partir de múltiplos discursos sobre o sexo: discursos que regulam, normalizam, que instauram saberes, que produzem "verdades" (LOURO, 1997, p. 26 – grifos da autora).

Sendo assim, parte-se da compreensão de que todos os processos aqui discutidos se inserem em determinado momento histórico localizado, e não há naturalidade em nenhuma das afirmações aqui feitas. Os conceitos de sexo, sexualidade, gênero e identidade de gênero, adquirem inteligibilidade no meio social e temporalidade determinadas, sendo pressupostos históricos e sociais.

De acordo com Scott (2005), tudo aquilo que as palavras, as ideias e as coisas pretendem significar tem uma história. Gramaticalmente o gênero se compreende como forma de classificar fenômenos consensuais de distinção em agrupamentos e categorias separadas. As palavras podem significar um leque de coisas, demonstram instabilidade e têm múltiplos apelos e para compreender as palavras é preciso que se recupere o momento e o significado de sua incorporação nas discussões (LOURO, 1997).

A discussão sobre o gênero está intrinsecamente ligada ao movimento feminista, mais especificamente à segunda onda do movimento, que se inicia no final da década de 1960, momento no qual o feminismo se desloca de estar presente apenas na esfera política e inicia o traslado para atuar também nas construções teóricas (LOURO, 1997). São as feministas anglo-saxãs que iniciam a diferenciação entre gênero e sexo, e este novo uso teve intuito de enfatizar o caráter social das distinções ao rejeitar o determinismo biológico em que se baseava a diferença

sexual, além da busca de transformar os paradigmas ao assinalar que estudar as mulheres por meio dessas novas concepções iria ampliar os temas a serem discutidos. Como também impor reexame crítico das premissas existentes, ao incluir as subjetividades, atividades públicas e políticas (SCOTT, 2005).

Ainda com base na discussão de Louro (1997), o foco no caráter fundamentalmente social não tem a pretensão de negar que o gênero se constrói com ou sobre corpos sexuados, não é negada a biologia, o que ocorre é um deslocamento da ênfase deliberada nesta dimensão. Além disso não se trata de discutir sobre algo que exista a priori, mas a ótica se dirige a um processo de construção. Nas sociedades ocidentais há grande peso da biologia como ciência central e norteadora, colocando-a em posição estimada com valor de verdade absoluta (GROSSI, 2009). E além disso,

A ciência, tal como a conhecemos, parece dar explicações neutras e objetivas para as relações sociais. No entanto, a ciência que aprendemos desde a escola reflete valores construídos no ocidente desde o final da Idade Média, os quais refletem apenas uma parte do social: a dos homens, brancos e heterossexuais (GROSSI, 2009, p. 04).

Um claro exemplo de que as concepções sobre determinadas dimensões da vida social se alteram ao longo do tempo é que o comportamento e os papéis sociais de homens e mulheres tinham peso em sua definição sexual. Conforme Laqueur (2001), Aristóteles considerava que o corpo masculino e feminino se adaptava aos seus papéis adquiridos socialmente e estas adaptações não denotavam diferença sexual. No renascimento, os médicos consideravam biologicamente um sexo único, mas paralelamente haviam dois sexos sociais com direitos e obrigações distintas. Quando mais à frente na modernidade passa-se a buscar justificativa para a subalternidade feminina, essa se ancora no discurso cultural e social dos sexos baseados nos argumentos anatômicos da biologia. É neste momento, como afirma Amaral (2007), que os corpos passam a ser materializados em sua totalidade por meio da diferenciação entre as características femininas e masculinas.

O que hoje compreendemos como 'gênero' em torno dos séculos XVII e XIX, deveria corresponder, sem nenhum deslize ao sexo biológico, e era humanamente impossível romper esta congruência. De maneira a complementar o já exposto, Jesus (2014) traz à tona que majoritariamente nas sociedades ocidentais com a tradição centrada na cultura religiosa judaico-cristã, há costume de generalizações

em torno da concepção de que o sexo é universal e binário (macho e fêmea) e com isto globalizam-se as identidades de gênero.

Embora, no senso comum seja concebido que a categoria gênero tenha sido usada primeiramente por mulheres feministas, a realidade é que esta foi mencionada pela primeira vez por Robert Stoller em 1968, mas a categoria não prosperou. A preocupação com o gênero como categoria analítica no movimento feminista só emerge no final do século XX, e encontra como desafio histórico central a implosão da noção de fixidez da congruência sexo-gênero, expressa pela tentativa de enquadrar a representação social dos indivíduos de acordo com o sexo biológico. E em descobrir a natureza do debate ou da repressão que leva à aparência de uma permanência intemporal na representação binária do gênero (SCOTT, 2005). No Brasil, a categoria gênero se alastra de forma rápida na década de 1990, mas chega um pouco antes, no fim dos anos 1980, com a disseminação do texto de Joan Scott 'Gênero: categoria útil para análise histórica' (SAFFIOTI, 2004).

O gênero e a sexualidade são dimensões da diversidade humana, sendo cada indivíduo único, porém dotado de semelhanças comuns com a humanidade, tornando-o semelhante a alguns e diferente de outros. O gênero é cultural e histórico, com caráter localizado, indo para além do sexo e o que vai importar não é a conformação genital, mas a auto percepção e a forma de se expressar socialmente, neste caso, a identidade de gênero (JESUS, 2012).

Corroborando com isto, Jesus (2012) afirma que de forma histórica e localizada os limites do sexo-gênero aparecem como formas fixas e pré-determinadas, e é neste sentido que se estabelecem normas sociais de que homens são assim e mulheres são de tal forma, pois, isto é da natureza. As influências sociais nesses processos não são totalmente visíveis, e por isso aparentam ter caráter natural. E como complementa Bento (2008, p. 35) "o que evocamos como um dado natural, o corpo sexuado, é resultado das normas de gênero (...) o 'original' já nasce contaminado pela cultura".

Como dito acima, o sexo aparece marcado pelo gênero, ou seja, marcado pela cultura. No ocidente a concepção do gênero aparece muito atrelada e aproximada do sexo, o que traz dificuldade ao 'senso comum' para separar as problemáticas do gênero, sexo, sexualidade e identidade de gênero. De forma a corroborar o exposto acima Scott (2005, p. 76), afirma que

O uso de 'gênero' enfatiza todo um sistema de relações que pode incluir o sexo, mas não é diretamente determinado pelo sexo, nem determina diretamente a sexualidade. (...) Ainda que, nessa utilização, o termo 'gênero' sublinhe o fato de que as relações entre os sexos são sociais, ele nada diz sobre as razões pelas quais essas relações são construídas como são, não diz como elas funcionam ou como elas mudam.

Scott produz crítica sobre a conceituação da categoria gênero por esta não se demonstrar capaz de articular as formas de construção das relações produzidas por ela e nem suas transformações. Ainda reforçando as conceituações sobre o gênero, Grossi (2009) aponta que esta categoria é usada para pensar as relações sociais entre homens e mulheres, relações determinadas historicamente. Aparece como determinante de tudo que é histórico e cultural. O gênero por vezes é 'programado' de forma compulsória no nascimento, porém por ser histórico modifica-se cotidianamente, por meio de atos que contribuem para reconfigurar as representações sociais do que é feminino e masculino. E além disto, complementa que

Na verdade, em todas as sociedades do planeta, o gênero está sendo, todo o tempo, ressignificado pelas interações concretas entre indivíduos do sexo masculino e feminino. Por isso, diz-se que o gênero é mutável (GROSSI, 2009, p. 06).

A categoria gênero não se resume à categoria de análise, pois também diz respeito à uma categoria histórica e ontológica a qual demanda grande investimento intelectual. Não há necessariamente unanimidade sobre as dimensões da discussão em torno do 'gênero', mas ainda que de forma limitada há consenso de que o gênero é a construção social do masculino e do feminino, mas não diz respeito ou explicita diretamente as desigualdades entre homens e mulheres (SAFFIOTI, 2004).

Conforme Santos (2014) o conceito de gênero oxigenou e trouxe fôlego novo para os estudos sobre as sexualidades por meio do apontamento crítico dos limites postos pela abordagem biomédica e essencialista e

a possibilidade de pensar 'a certeza interna de quem somos' para além da anatomia e genitália do corpo proporcionou a reflexão sobre como as identidades sexuais e de gênero são gestadas e sua relação com as normas comportamentais previstas para cada corpo sexuado (SANTOS, 2014, p. 80).

No que tange à congruência ou disparidade entre o sexo e o gênero, Rubin (apud Saffioti, 2004) afirma que estes operam interligados como o sistema sexo/gênero no qual a sexualidade humana biológica é reformulada pela atividade social humana. De acordo com Saffioti (2004) deve-se de fato considerar esta

elaboração social do sexo, mas isto não gera dicotomia entre sexo e gênero, ao situar um na biologia e outro no social e na cultura; visto que deve-se considerar sexo/gênero como unidade, pois não existe sexualidade biológica que seja independente do contexto social no qual é exercida. A autora acrescenta que

É possível trilhar caminhos para eliminar esta dualidade. Algumas poucas teorias já formuladas têm tratado de fugir das categorias cartesianas, com certo êxito. Um grande contingente de feministas, mulheres e homens, tem combatido o raciocínio dualista, o que já representa algo (SAFFIOTI, 2004, p. 108).

Saffioti (2004) ao citar Rubin (1975) afirma que ela naquele momento da história precisou separar as dimensões do sexo/gênero. Compreende-se que não se pode condenar também os momentos em que exista necessidade de trabalhar as categorias separadas. Visto que este é um caminho pedagógico para explicitar que o gênero e a ação social do sexo não se determinam por meio direto da biologia.

Uma maneira que se pode utilizar para compreender as diferenças entre os sexos e os gêneros, seria experimentar a recolocação do debate no campo do social, por ser nele que se constroem e reproduzem as relações desiguais entre os sujeitos. Esta é uma forma de se opor à perspectiva binarista do entendimento e explicação das relações de gênero (LOURO, 2008). O gênero passa a ser compreendido como constitutivo da identidade dos sujeitos, sendo algo que transcende a esfera relacional e do desenvolvimento de papéis, visto que a ideia é perceber o gênero/identidade de gênero como parte da composição dos sujeitos (LOURO, 1997).

Algo importante a ressaltar é também a emergência das teorias queer, as quais Santos (2014) denomina como um projeto. São essas teorias que surgem em meados dos anos 1980 e trazem questões relacionadas às novas concepções sobre gênero e sexualidade, posto que é neste momento que implode a efervescência da construção de novos sujeitos políticos aglutinados na população LGBT. Conforme Souza (2017), a teoria passa a abordar a sexualidade plural e o termo 'queer' passa a ser empregado como marcador de instabilidade da identidade. Não enfocam populações específicas, mas problematizam os processos de categorização sexual para sua desconstrução, com posicionamento anti-normativo para propor a desnaturalização das identidades, de forma a reforçar as possibilidades múltiplas, levando em conta as identidades sexuais e de gênero consideradas transgressoras.

O intuito da teoria 'queer' seria o de implodir os binarismos ao mostrar que cada polo contém seu oposto, que é o que lhe dá contornos e significados, os padrões instituídos produzem processos de normalização dos sujeitos, e são processualidades sutis por meio das quais se manifesta o poder das identidades normais sobre as outras. Manifesta assim de forma arbitrária a instituição de uma identidade específica – congruente com a cisgeneridade e heterossexualidade - como parâmetro para hierarquizar as outras e delegar-lhes sentidos negativos (LOURO, 2001).

O autor ainda acrescenta que esta tentativa de impor limites fixos às identidades sexuais e de gênero é um esforço empreendido na sociedade e ele afirma que aqueles/as que cruzam ou vivem nas fronteiras impostas por estes limites, constata que o caráter das identidades fixas não é nem de longe natural, mas socialmente fabricado. Utilizam então a fixidez como recurso artificial para aprisionar os indivíduos aos padrões vigentes.

Entrelaçando esta discussão, Butler (1999) reitera que pensar o corpo por meio do sexo, não é considerar o sexo como condição estática do corpo humano, mas este torna-se um processo. No qual, há necessidade constante de reiteração forçada das normas, e é justamente neste ponto que aparece a contradição, se há necessidade de haver reiteração, demonstra-se que a norma é incompleta/inconsistente. É nestas lacunas que surgem as instabilidades e possibilidades de rematerializar os processos, abrindo as portas da demarcação do domínio, no qual a força regulatória termina por voltar-se contra si, colocando em questão sua força hegemônica (BUTLER, 1999).

Percebe-se que as discussões teóricas buscam desassociar a concepção de sexo da função e ligação intrínseca à reprodução da espécie, mas alertando para seu caráter cultural e ligado à vivência da sexualidade e do gênero. Não se questiona aqui a diferença biológica em sua existência, mas os significados sociais e papéis que são atribuídos aos indivíduos por meio destes. As discussões apresentadas acima deixam claro que apesar de haver congruências entre as conceituações e explicitações sobre o gênero trazidas pelos/as autores/as, há considerações teóricas que diferem entre eles. Mas ao levar em consideração a síntese do pensamento, pode-se compreender que o gênero enquanto categoria necessita articular diversos conceitos para ser compreendido. Além disto, aparece

como articulado no modo cultural e histórico com o sexo, mas não deve ser determinado ou diretamente associado a este, portanto, a linha entre discutir o gênero e o sexo é tênue, visto que estão de alguma forma interligados, mas não dependentes.

A categoria gênero pode tanto aparecer como definição e elemento de compreensão para as vivências sociais dos indivíduos, sem estar diretamente ligado ao corpo sexuado. Como também pode ser utilizada para designar as relações entre homens e homens, mulheres e mulheres, homens e mulheres, como forma de articular como a cultura e história colocam esses indivíduos em posições distintas, e por meio disto dar origem às concepções binárias e fixas do gênero. Não é impossível romper a rigidez imposta ao gênero desde o século XVII, ao tomar como base a história como dinâmica e em constante mutação, é possível vislumbrar que haja articulações teóricas possíveis para romper com o ideário de congruência total e irreversível do sexo-gênero.

Há uma lacuna social referente à compreensão de sexo-gênero – que muitas vezes fica restrita às discussões teórico-acadêmicas - evidenciada nos detalhes do cotidiano da sociedade e em seus instrumentos legais e burocráticos de sociabilidade, como

O da exigência de identificação de sexo em crachás, controles de frequência, contracheques, entre outros documentos oficiais; o gênero, porém, é uma variável inutilizada, senão confundida com o próprio conceito de sexo. A famosa frase de Simone de Beauvoir, de que “ninguém nasce mulher: torna-se mulher” bem caracteriza a questão do gênero e pode ser utilizada para nos introduzir à discussão sobre a população trans(gênero), que tal como os ditos homens e mulheres cis(gênero), vivem a construção de suas identidades de gênero no dia-a-dia (por mais que não percebam (JESUS, 2014, p. 08).

A transexualidade aparece como possibilidade deste rompimento, visto que as vivências trans aparecem como o oposto da congruência, e explicitam que ao mesmo passo que são sujeitos atingidos/as pela opressão imposta pela exigência de ser congruente, também se insurgem como resistência ao padrão e como demonstração da possibilidade de romper com a lógica de rigidez binária e categorizante. E é sobre as (r)existências transexuais que se constrói o debate a seguir.

## 1.2 “É cruel achar que o corpo vai definir alguém”<sup>2</sup> - Transexualidade(s): o enfrentamento aos padrões de gênero.

A opção de utilizar o termo transexualidades no plural advém da compreensão da multiplicidade de formas de vivências transexuais, e Ceccarelli (2014) ratifica isto ao afirmar que este uso se justifica, pois, ainda que se encontrem pontos comuns nos discursos e vivências manifestas destes sujeitos, esta aparente semelhança camufla uma variedade de formas de ser transexual, sendo inadequado falar de uma transexualidade típica, visto que nada é ‘típico’ nas sexualidades e nas identidades de gênero humanas.

A discussão sobre transexualidades intercruza-se com a categoria gênero por meio do conceito de identidade de gênero, que segundo Jesus (2012) é a forma tal qual a pessoa se identifica nos gêneros compreendidos na sociedade. Existem pessoas cisgêneras, e pessoas transgêneras/transexuais, enquanto uma se alinha com o pressuposto de identificar-se sem transgressões com o gênero o qual é atribuído à sua genitália material, a outra subverte a lógica instituída e identifica-se no gênero oposto ao apresentado na genitália.

Conforme Bento (2008), ao se aproximar da transexualidade os cenários revelam mais claramente que vivemos sob a construção de convenções sociais sobre o que é determinado como masculinidade e feminilidade. “A concepção que atrela e limita o gênero à genitália gera necessariamente trânsitos identitários que explicitam e esbarram nos limites dessa concepção” (BENTO, 2008, p. 13).

Ainda de acordo com Bento (2008), a heterossexualidade e a cisgeneridade<sup>3</sup> como pilares da compreensão do gênero, podem ser vistas como regime de poder, e ao pensar dessa maneira, distancia-se da ideia de que surgem espontaneamente dos corpos, mas que se inscrevem nestes pela recitação e reiteração dos códigos investidos socialmente como naturais. Por essa lógica cisheteronormativa tornam-se improváveis os deslocamentos, por entender que nada se pode fazer contra o

---

<sup>2</sup> Fala de uma mulher transexual coletada durante as observações feitas durante a pesquisa no Espaço Trans – HC – UFPE.

<sup>3</sup> O termo cisgênero/cisgeneridade é apontado por Jesus (2012) como criação do movimento transfeminista para abarcar pessoas que se reconhecem e identificam-se no gênero que lhes foi determinado no seu nascimento. É conceito relevante para refletir política, acadêmica e existencialmente sobre as diversidades dos corpos e identidades de gênero.

império da natureza, reduzindo a esta toda a vida dos sujeitos, marcando todas suas dimensões por meio da diferença sexual biológica.

Além disto, Ceccarelli (2014) denota que há anseios que este tipo de padronização cisheteronormativa seja confirmada sempre durante toda a vida dos sujeitos pelo seu corpo, sua sexualidade e pela opinião comum alheia, e que esta é

A consolidação de uma crença que nos leva a dizer que somos homem ou mulher. Esta crença começa pela atribuição do sexo e pela designação do gênero que recebemos por quem nos acolheu no mundo e, posteriormente, pela inscrição no cartório civil. A partir daí seremos tratados de acordo com os atributos do gênero que nos foram designados. Aos poucos, através do discurso dos pais, discurso este baseado em seus desejos, fantasias e crenças, e pelo lugar que ocupamos na família e na sociedade, tomamos conhecimento de que somos menino ou menina e informados do lugar do qual deveremos responder, segundo as representações de gênero na cultura na qual nos encontramos inseridos (CECCARELLI, 2014, p. 55).

De acordo com Louro (1997), é por meio das transexualidades que os sujeitos demonstram que podem se identificar social e historicamente como masculino ou feminino, constroem suas identidades de gênero, e demonstram que estas não necessariamente estão ou devem estar congruentes com a caracterização dada ao sexo biológico. Como também deve-se compreender as identidades como constantemente constitutivas, podendo ser instáveis e passíveis de transformação. A autora continua sua discussão afirmando que

É possível pensar as identidades de gênero de modo semelhante: elas também estão continuamente se construindo e se transformando. Em suas relações sociais, atravessadas por diferentes discursos, símbolos, representações e práticas, os sujeitos vão se construindo como masculinos ou femininos, arranjando e desarranjando seus lugares sociais, suas disposições, suas formas de ser e de estar no mundo. [...] é crucial manter uma conexão não-causal e não redutiva entre gênero e sexualidade (LOURO, 1997, p. 28).

Na contramão do que é estabelecido como ‘comum’ no ideário cisheteronormativo, as transexualidades põem em lócus que a realidade é diferente, ou seja, que não se pode interligar o sexo biológico ao gênero, já que esta é uma “experiência identitária caracterizada pelo conflito com as normas de gênero” (BENTO, 2008, p. 18). É uma existência que rompe com a naturalização da diferença sexual, que impõe a lógica de que a existência dos sujeitos só adquire inteligibilidade por meio do sexo, atrelado a uma rede de desejos e expectativas baseadas na biologia. Conforme Coelho e Sampaio (2014) as pessoas transexuais rompem com o que a sociedade espera com base nos seus corpos, e desejam viver e ser reconhecidas pelo gênero como qual se identificam.

No caso das transexualidades, há uma multiplicidade considerável de existências, visto que as identidades não são monolíticas e nem devem ser conformadas dentro de estereótipos (BENTO, 2014). Existe relativo consenso no que se refere às definições de transexualidades, mas é necessário compreender também as diferenças existentes entre as pessoas transexuais (COELHO; SAMPAIO, 2014). Dessa forma é também necessário reconhecer que embora algumas necessidades se assemelhem, as pessoas advêm de contextos diversos, e não deve-se considerar uma transexualidade unívoca, ou comportamentos e vivências iguais para todos/as. Conforme Brah (2006), antes de tentar construir modelos explicativos gerais, seria interessante pensar a vivência dos sujeitos articulando a identidade de gênero e a diversidade sexual com a classe social, região, raça/etnia, religião, geração, sexualidade e nacionalidade, chamados por ela de marcadores sociais da diferença.

Ceccarelli (2014) traz a conceituação de que as pessoas transexuais sentem inadequação profunda, pois não há sintonia anatômica com sua identidade de gênero, e há relatos de transexuais que afirmam a sensação de que habitam em corpo disforme, doente e monstruoso, e o autor denomina esta situação como 'ser inquilino do próprio corpo'. A fala de Ceccarelli é considerável, porém cabe realizar uma ressalva; há muitos/as transexuais os/as quais não compreendem seu corpo como monstruoso ou disforme e que conseguem visualizar a possibilidade da existência de mulheres de pênis e homens de vagina. Não conformam assim uma disforia intensa com seu órgão genital, mas aprendem a conviver com a diferença de si para com o mundo padronizado cisheteronormativo.

Isto é reiterado por Jesus (2014) que afirma a identidade de gênero como construída no cotidiano das relações sociais e por meio dessa compreensão torna-se inteligível a existência de mulheres com pênis e homens com vagina. O primado do sexo biológico neste caso não deve se impor sobre o gênero produzido pela vivência das pessoas e

[...]reconhece-se que o ideal normativo do sexo é incapaz de explicar a pluralidade de identidades de gênero identificadas ao longo da história da humanidade. E se torna crível que as pessoas, na sua diversidade, podem ser felizes como são, porque a fisiologia não as restringe, apenas as particulariza (JESUS, 2014, p. 09).

Então, pode-se considerar que as transexualidades são muito mais um rompimento da expectativa alheia sobre os corpos e comportamentos e/ou

identidade de gênero das pessoas, do que propriamente uma rejeição das pessoas ao seu corpo. Além disso, deve haver questionamento do que é ter sintonia entre os dois aspectos – identidade de gênero e sexo biológico-, visto que a sintonia neste caso é uma construção social de ordem categorizante dos corpos e das existências. Não havendo necessidade de os indivíduos estarem plenamente ‘sintonizados’ com o padrão cisheteronormativo.

As transexualidades são múltiplas, pensá-las unicamente reverbera de forma incisiva nas vivências desses sujeitos. Na contemporaneidade, muitas pessoas trans passam a criticar o uso dos termos desconforme, disforme, ‘corpo errado’, posto que deve-se levar em consideração que não há corpo errado e corpo certo, mas multiplicidade dos corpos e vivências. Fundamental reiterar também que muitas pessoas trans não anseiam procedimentos cirúrgicos para adequar seu corpo ao sentido de congruência da cisgeneridade, e são esses sujeitos que ampliam o espectro de possibilidades de corpos e identidades de gênero múltiplas, fluidas e que questionam a fixidez das normas com sua própria existência.

Dessa maneira, ao constatar que o conceito de papéis de gênero distintos não é natural, mas expressa uma construção social, Almeida e Murta (2013) afirmam que esse estabelecimento tem como princípio o interesse em manter uma determinada ordem econômica, política e cultural, tendo como cenário histórico um sistema produtivo que interatua com categorizações, restringindo as vivências dos sujeitos a limites postos. Há um reforço de alguns setores da ciência de que ou se nasce homem ou se nasce mulher e isto é imutável, este argumento não é fruto tão somente dos discursos do senso comum. Sendo assim,

[...] senso comum e pensamento científico se retroalimentam, de modo que o senso comum afirma como sendo científica a ideia de que homens e mulheres são radicalmente diferentes. O pensamento científico biológico, por sua vez, se apropria então, do que é recorrente e socialmente esperado nas relações entre os gêneros para reforçar a diferença sexual, considerando-a como algo natural (COELHO; SAMPAIO, 2014, p. 14).

Por isso, é preciso trazer à tona as compreensões históricas sobre as transexualidades e como estas aparecem como objeto da ciência e de que maneira as transformações na forma de concebê-las no meio científico reverberam no senso comum e no cotidiano das vivências transexuais. Principalmente por meio do processo de patologização das transexualidades, que não se trata apenas de ser uma categorização nos manuais médicos – posto que já foi retirado em 2019 -, mas

também da forma como a sociedade compreende e trata essa população de modo a patologizar suas existências.

Deve-se levar em consideração que experimentar a transexualidade e o trânsito entre os gêneros é algo que se remete a diversos períodos históricos, e não é algo específico de nossa cultura ocidental. Sua definição no campo da ciência médica é mais recente que as vivências dos sujeitos. Aparece na transição entre século XIX e XX, como objeto de investigação científica, mas durante alguns anos, embora fossem questionadas como divergência moral, não eram patologizadas. Na discussão do tema foi encontrado que,

a transexualidade é uma criação do século XX, e se constata que do início do século passado, aos dias atuais, as concepções sobre transexualidade têm passado por diferentes modificações. Além da definição do próprio termo, “transexualidade”, foi inaugurada uma concepção cultural da sua condição e efetivada a possibilidade da mudança anatomobiológica do sexo, com os avanços tecnológicos das ciências médicas (ARAÚJO; VIEIRA, 2010, p. 23).

Segundo Bento (2008) até pelo menos o século XVIII nos reinados europeus, houve casos de trânsito entre gêneros que até causaram dúvidas e rumores públicos, mas não desencadeavam fortes expressões de intolerância. A ‘aceitação’ da sociedade estava ligada à percepção de que a definição de gênero não estava condicionada de forma direta à genitália. Dessa maneira, pode-se remeter a vinculação da expressão de gênero com a genitália, que caracteriza o feminino pela vagina e o masculino pelo pênis, como uma construção do século XIX (Foucault, 1988).

Desde os primórdios, até nossos dias, o entendimento do trânsito entre gêneros se baseia no sistema binário, que elenca diferenças entre homens e mulheres como naturais e ligadas ao sexo. Essa construção social é que define, desde muito cedo, como os indivíduos devem agir para ter um papel de gênero adequado com seu sexo biológico. Foi com base neste ideário, que nos últimos três séculos, construiu-se uma moralização dos sujeitos – controle dos corpos através de uma regra imposta consensuada socialmente. A questão da transição entre os gêneros, de forma paulatina, começa a desaparecer da cena pública e passa a ser encontrada nos consultórios médicos e clínicas confessionais.

A partir de meados dos anos 1950, observa-se a apropriação da transição entre gêneros pelos saberes médicos e pelas ciências psi (psicologia e psiquiatria). Essa apropriação surge em decorrência de diversos fatores, vinculados a interesses

desses profissionais que passaram a observar e estudar o trânsito dos gêneros. Segundo Bento (2008), o saber médico ao iniciar especulações sobre a transexualidade tinha por base que esta era uma aberração, e, além disso, considerava como possibilidade de estudos financiáveis. O interesse não estava isento de determinações econômicas, políticas e de classe, já que não há neutralidade científica. O conceito de papéis distintos não é natural, mas expressa a construção social de gênero. Segundo Almeida; Murta (2013) tem como princípio o interesse na manutenção de uma determinada ordem econômica, política e cultural e tem como cenário histórico um sistema que interatua com categorizações e restringe as vivências dos sujeitos a limites postos.

Constata-se que o modo de produção capitalista perpassa os diversos aspectos da vida dos sujeitos, muito embora tenha aparência dar conta apenas do âmbito econômico; de acordo com Yamamoto (2015) a estrutura capitalista atua para além do processo produtivo em si, mas é um fator organizativo de toda a vida social, produzindo certa ideologia na população, interferindo na vida, na moral e no comportamento – inclusive identidade de gênero e sexualidade - dos/as trabalhadores/as, mesmo no tempo do ‘não-trabalho’.

O modo de produção capitalista assenta-se em ideologias de base material que naturalizam as inferiorizações e desvalorizações em toda a diversidade presente na humanidade e estrutura uma lógica de exploração e opressão inter e entre classes. Dessa forma, as diferenças que são próprias da diversidade humana, são transformadas em desigualdades naturalizadas, são essas desigualdades específicas que particularizam as vivências e o trabalho de segmentos diferentes dentro de uma mesma classe (CIRNE; SANTOS, 2018).

A população transexual sofre os reflexos desta tentativa de enquadramento, pois de acordo com Mariano; Ayres (2013) busca-se um padrão para a classe trabalhadora, e apoiam-se nas religiões que auxiliam na propagação da ideologia da importância da procriação, sendo esta funcional ao padrão de acumulação capitalista, que necessita da procriação para produzir e reproduzir sua força de trabalho, mas isto também demonstra a aliança entre burguesia e religião para o processo de moralização social que considera patológicas as vivências que não se enquadram nesse padrão. O processo de patologização insere-se no bojo do modo

de produção capitalista de modo a reforçar a exploração-opressão sobre a população trans.

Em diversas sociedades do passado, as pessoas que hoje são lidas como transexuais/transgêneras não sofriam nenhuma opressão, muitas vezes eram prestigiadas. O que hoje é desvalorizado, já foi considerado normal e valoroso, ou seja, a opressão a pessoas que rompem com os limites impostos, as/os transexuais, não é nem de longe algo natural ou ahistórico, mas se vincula ao surgimento da organização da sociedade por meio do patriarcado, propriedade privada e acúmulo de bens (COACCI, 2014).

O ponto de inflexão em que as transexualidades adentram o campo médico ocorre quando um ex-soldado americano hormonizado e com características femininas viaja para a Dinamarca. Seu intuito era o de conseguir realizar a retirada do órgão genital, e para alcançar este objetivo, contou a história que era “hermafrodita”. Por haver pouco entendimento dos médicos sobre o assunto, como também pelo fato do paciente ter características femininas sobressalentes às masculinas, não foi difícil convencer a equipe a realizar o procedimento cirúrgico. Vale ressaltar, que neste momento não estava desenvolvida a técnica de construção de uma vagina, mas apenas a mutilação do órgão. Ao retornar aos Estados Unidos, o ex-soldado, agora reconhecida como Christine, vai ao consultório do médico Harry Benjamin relatar sua história, a qual serve de embasamento para este profissional construir um artigo em 1953 sobre ‘transexualismo’. É a partir deste momento que surge o termo ‘transexualismo’, e essa transição entre gêneros, após diversas cirurgias e estudos, passa a ser considerada doença (DIAS; ZENEVICH, 2014).

Diversas caracterizações médicas a respeito do ‘transexualismo’ vão sendo construídas; a preocupação, segundo Bento (2008), era a de estabelecer procedimentos que pudessem resultar em indicadores da diferença entre transexuais e gays/lésbicas. Para isto, foi elaborado um documento que veio a se tornar a norma orientadora, protocolando o atendimento a pessoas transexuais.

A partir de então, passam a vigorar diversas hipóteses sobre “as causas” da patologia transexual. Conforme Amaral (2007, apud Benjamin 1966, p. 20), a primeira supunha causas biológicas – genéticas ou endócrinas – e a segunda considerava algo puramente psicológico. As causas biológicas buscaram explicar através da relação entre a genética e a endocrinologia, que o ‘transexualismo’ é

advindo de questões neurocerebrais. Explicava-se que os hormônios, ao organizar o tecido neural, definiriam o comportamento sexual; se houvesse descontrole dos hormônios, os indivíduos apresentariam a patologia transexual. As considerações psicológicas sobre isto afirmavam que o ‘transexualismo’ seria resultado de falha no mecanismo de aprendizagem da infância. A criança que divergisse da norma teria recebido um estímulo de percepção errado, acarretando padrão de comportamento irreversível associado a uma predisposição a ser transexual.

Em 1973, surge o termo disforia de gênero. A inserção do ‘transexualismo’ como transtorno de identidade sexual no Código Internacional de Doenças – CID 10, em 1992, foi fundamentada em um estudo clínico com dez pessoas transexuais, e resultou na consolidação da concepção patologizante. “A patologização da transexualidade afastou as vivências dos indivíduos transexuais do campo moral e da perversão, para que adentrasse o campo da doença [...] ele deixou de ser um devasso, um pervertido, para ser um ‘doente’” (DIAS; ZENEVICH, 2014, p. 14). A vivência transexual passa a depender de algo à parte, o saber médico, que irá afirmar a condição da ‘doença’ e posteriormente possibilitará a reivindicação de cirurgias tidas como necessárias para ‘consertar’ essa condição patológica. O saber médico afirmava as psicoterapias como inúteis para “cura”.

As afirmações sobre a patologia reiteram o caráter de anormalidade das experiências trans e conforme Almeida e Murta (2013) se constituem em um vetor de estigma, o qual tem consequências diversas sobre a vida das pessoas. A transexualidade ao ser considerada doença é reiterada como conjunto estático de sintomas e o CID-10<sup>34</sup> como enquadramento universal para todos os indivíduos que reivindicassem se expressar em um gênero que não se conformava com seu sexo biológico. Esses caminhos demonstram que a patologização favorece o ideal científico da universalização. Posicionamento alinhado com a racionalidade positivista, baseada na concepção de métodos objetivados, que compreendem a realidade social como harmônica e equilibrada e, portanto, concorre para sua manutenção. Na temática em estudo, essa racionalidade desfavorece as narrativas dos sujeitos e as vivências subjetivas enquanto concreto a ser problematizado.

Os indivíduos que transitam entre os gêneros, passam a ser considerados como pessoas transtornadas, independente de outros demarcadores

---

3. O código internacional de doenças é considerado um enquadramento a partir de determinados sintomas, não considerando as particularidades presentes nos sintomas ao enquadrar os indivíduos.

socioeconômicos de classe, raça, etnia, entre outros. As transexualidades não são a-históricas e em si revelam toda a dor e os limites da ordem de gênero fundada na diferença sexual biológica. Os diagnósticos se orientam por base nas convenções sociais hegemônicas de gênero vigentes em tempos históricos determinados, e definem o que é “homem e mulher de verdade”. O diagnóstico por ser baseado em normas rígidas e fixas de gênero, não abarca as vivências sociais dos indivíduos (BENTO, 2008).

Segundo Borba (2014), a lógica patologizante observa as pessoas transexuais apenas pelo aparente, toma suas expressões físicas e suas narrativas apresentadas dentro dos serviços como as únicas formas de demonstrar a essência do ser. Há o reforço dos padrões e das classificações do que é um/a ‘transexual de verdade’. As instituições que atendem pessoas trans, em geral, baseiam-se nessa perspectiva e criam expectativas do tipo de pessoa que irão atender, criando uma arena tensa entre profissionais e usuários/as. Aos/às usuários/as parece necessário alocar seu discurso em um patamar não contraditório, linear e sem deslizes, retroalimentando os critérios diagnósticos, impostos como formas de “apagar a heterogeneidade dos processos locais de identificação e subjetivação de pessoas transexuais” (Borba, 2014, p. 83).

O modelo hegemônico cissexista e heterossexual é o padrão esperado para todas as pessoas, e ao tomar por base esse padrão, as pessoas transexuais são ligadas a um distúrbio de identidade de gênero. São assim, consideradas seres bizarros passíveis de cura. Trata-se então de um olhar patologizante categorizador e normalizante dos sujeitos, mas o que seria normalidade nas sexualidades e nas identidades de gênero, posto que essas deveriam ser livres? Eis o questionamento que é feito por aqueles/as que defendem a despatologização (DIAS; ARAÚJO, 2017).

A categorização de ‘transexualismo’ apreende como nula a consideração das particularidades dos sujeitos; as transexualidades seriam então com base nesta concepção uma experiência generalizada e totalizante, impondo uma única forma de ser transexual, e adequando as pessoas ao diagnóstico. Isto acarreta, de acordo com Dias; Zenevich (2014), muitas intervenções cirúrgicas que não estão relacionadas ao desejo íntimo das pessoas, mas vinculadas ao desejo de reconhecimento social e de superação de todo sofrimento com o qual convivem e

expressam. Além disso, não basta a mera vontade de realizar procedimentos, deve-se consubstanciar um desconforto recorrente.

No que toca ao sofrimento relacionado à transição entre os gêneros, os/as transexuais referem desconforto com essas normas, pois as consideram insuficientes para explicar as várias dimensões de sua vida. O sofrimento é a porta de entrada no campo da saúde, porém, este sofrer pode ter passado a existir ou se agravado pelo próprio formato de exigência do diagnóstico. O que dita o acesso aos direitos não são as noções de cidadania, autonomia e a possibilidade de livre determinação do sujeito, mas sua condição de sofrimento por rejeitar o seu sexo, rejeição esta que não se verifica em grande parte dos casos (DIAS; ZENEVICH, 2014).

Na contramão da patologização das transexualidades, ergueu-se outra mobilização, no sentido de negar o paradigma de doença e anormalidade. A despatologização, segundo Jesus (2012) é um conceito introduzido por campanha internacional, que luta para que as transexualidades, travestilidades e manifestações de gênero que escapam ao que é considerado 'normal', não constem na Classificação Diagnóstica de Doenças – CID. Neste sentido, despatologizar, não tem intenção de eliminar o trans, que significa a travessia identiária, mas sim de retirar o entendimento do transexualismo que possui sufixo o qual aponta para uma patologia. A intenção era a de que as transexualidades pudessem ser vistas como identidades passíveis de expansão, que a diversidade não tem características patológicas e que as diferenças são saudáveis (DIAS; ZENEVICH, 2014).

Historicamente, as demandas da população trans por direitos à existência e humanidade livres, têm recebido reações de todos os lados. De acordo com Bento (2014), até determinado momento havia congruência entre muitos setores sociais e teóricos, baseada na ideia de masculinidade e feminilidade como fruto de cromossomos e hormônios. Até esse momento, as Ciências Sociais nada tinham a dizer, pois corroboravam com a perspectiva de que cabia à ciência médica a atuação sobre as transexualidades.

A luta e a problematização em torno do que passou a ser afirmado como transexualidades é fruto da organização das pessoas trans enquanto sujeitos coletivos, entrelaçando-se politicamente com produções teóricas que expressam contraposição à suposta verdade trazida pela patologização. Trata-se de

construções tecidas por ativistas e acadêmicos/as, propostas, vivências e interpretações teóricas que se propõem a dar novos sentidos à compreensão das transexualidades, oposta à perspectiva de naturalização das identidades. Essas análises que passam a pôr em xeque os olhares sobre os deslocamentos de sexo-gênero enquanto sintomas de identidades transtornadas, pervertidas, disfóricas e psicóticas (BENTO, 2014). Cabe também ressaltar que as pessoas trans adentram o espaço acadêmico e passam, elas próprias a se pronunciar em produções teóricas.

A desnaturalização das identidades foi posta em tela pelos estudos e políticas feministas da terceira geração, que apontam para o horizonte das expressões de gênero como correspondentes ao corpo físico quando observados sob a ótica da heteronormatividade. De acordo com Bento (2014, p. 52), “não existe um corpo anterior à cultura, ao contrário, ele é fabricado por tecnologias precisas”, dessa forma, a ideia de corpo sexuado encontra limites nas experiências trans, nas quais não é o corpo que significará o gênero, mas ao contrário. São estes estudos ‘transviados’ que virão para romper os silêncios e os acordos não ditos.

Pode-se compreender que a luta pela despatologização, trata-se da luta pela afirmação das experiências transexuais fora do espectro de patologia, compreendendo que as identidades não são monolíticas. Também se propõe a formular propostas de novos formatos de garantia de acesso a direitos à população trans para além da via patologizante. Os esforços envidados na direção da despatologização das vivências trans, têm o intuito de defender a autodeterminação, contrapondo-se a formas de regulação dos corpos e psiquiatrização dos indivíduos trans. Com isso; o movimento busca constantemente distanciar-se de concepções medicalizadas (AMARAL, 2011).

Para Bento (2014), algo que pode contribuir diretamente para a despatologização é dar vez e escutar as vozes ecoadas dos sujeitos trans, que durante muitos momentos foram e continuam sendo silenciadas. A mobilização conta com engajamento de movimentos da própria população trans. O transfeminismo é um deles, e consiste em uma vertente do movimento feminista que inclui as mulheres trans, e reconhece

o direito à autodeterminação das identidades de gênero das pessoas transgênero e cisgênero, o poder exclusivo dos indivíduos sobre os seus próprios corpos e a interseção entre as variadas identificações dos sujeitos. [...] a prática do transfeminismo com relação à mulheres, em particular, corresponde à constatação de que a liberação das mulheres trans está

intrinsecamente ligada à liberação de todas as mulheres (JESUS, 2012, p. 31)

O movimento de homens trans brasileiros também contribui, por reivindicar que se despatologizem as transexualidades, a fim de que haja respeito aos direitos humanos da população trans. Problematizam a violência simbólica e reforçam que a patologização contribui para a persistência e aumento do preconceito e violação de direitos (OLIVEIRA, 2013).

Nenhum campo teórico ou de movimentos sociais está isento de contradições; cabe aqui ressaltar um embate dentro do movimento trans: por um lado há fervorosa luta por retirar a transexualidade dos manuais diagnósticos; de outro há uma parcela em favor da manutenção. As lutas do movimento tomam sentidos diferentes.

Nota-se que, se por um lado, a luta por sua retirada dos manuais diagnósticos psiquiátricos se consolidou como uma reivindicação legítima em favor do empoderamento trans, por outro, esse pleito tem sido alvo de críticas uma vez que para muitas pessoas descartar a definição diagnóstica dessa condição teria repercussões significativas sobre suas vidas. (Amaral, 2011, p. 87)

Essa concepção remete à parcela da população trans que corrobora o discurso patologizante. Sabe-se que uma parte desses indivíduos se utiliza desse discurso, para ter maior segurança no seu processo de autorreconhecimento (BENTO, 2014). Os argumentos utilizados por ativistas que defendem a manutenção da exigência do diagnóstico são os de que a conquista do reconhecimento de suas experiências como pessoas trans tem forte base na definição patológica. Para esse grupo, renunciar à definição patológica é prejuízo para essas conquistas, trazidas pelo ideário patológico. Além disso, compreendem a despatologização como conveniente a uma camada privilegiada que possui acesso a direitos fundamentais e não aos que vivem em vulnerabilidade e violência, sendo dependentes da patologização para ter acesso a direitos e serviços básicos (AMARAL, 2011).

Essa parcela do movimento entende que a partir do momento que as transexualidades deixassem de ser consideradas como transtorno, não haveriam mais as cirurgias de readequação sexual nas redes públicas de saúde. O que podemos atestar que até o momento não ocorreu, posto que embora saia do rol de transtornos no CID-11, as transexualidades continuam inseridas no manual diagnóstico. Mas aqui cabe a ressalva de que nem todas as pessoas que recorrem

aos serviços de saúde estão com enfermidades, e por isso não se deve associar acesso à saúde com diagnósticos. É necessário que se faça a observação de que as pessoas trans não podem ser apontadas como culpadas pela própria classificação enquanto transtornadas, é preciso compreender que elas não optaram por esta classificação, mas algumas foram cooptadas ideologicamente por ela (BORBA, 2014).

Os/as defensores/as da proposta de despatologização trazem à tona a discussão de que não há intuito de atacar a identidade transexual ou ameaçar os direitos já conquistados, mas desconstruir as discriminações com aqueles/as que não se adequam ao modelo clássico de transexualidades (MISSÉ, 2010). Que se fomente a garantia do atendimento das necessidades dos indivíduos através da reafirmação dos direitos humanos, civis, sociais e políticos como universais. Missé (2010, p.269 – tradução minha), explana que

existem pessoas trans que desejam fazer terapias psiquiátricas, e elas tem o direito de fazê-las, mas isso não acarreta afirmar que todas as pessoas trans estão obrigadas a passar por elas, nem que seus direitos devam depender de um diagnóstico. Há uma diferença fundamental entre o modelo patologizador e o despatologizante, é que o primeiro, se fundamenta em características autoritárias e excludentes, se impondo a todos e excluindo a existência de outras vivências possíveis, para ser aceito, nega as demais possibilidades identitárias.

Dessa forma, recusar a regulação médica e a normatização dos corpos, não diz respeito à negação da continuidade da oferta dos procedimentos de saúde ou garantia de direitos com base em suas especificidades. O que o movimento vem reafirmar é a concepção de que o diagnóstico psiquiátrico não seja a condição primordial do acesso à saúde ou a outros direitos, o que reforça a vulnerabilidade e exclusão (AMARAL, 2011).

Além disso, a patologização das vivências trans favorece a ocorrência de patologias, acentuando o sofrimento ao tentar encaixá-las em padrões nos quais sua identidade expandida e singular não se enquadra. Como afirmam Sampaio e Coelho (2013), as pessoas trans têm autoestima abalada pela cobrança social constante em torno da tentativa de adequar suas vivências às normas de sexo e gênero. Muitas vezes esses sujeitos buscam viver de acordo com o esperado e passam a internalizar cada vez mais aflições.

O movimento internacional *Stop Trans Pathologization*, afirma que o objetivo é romper com discurso de que estar fora dos limites sexo-gênero é uma condição

patológica e propor que não são as expressões dissidentes de gênero que estão transtornadas, mas o sistema de normatização que se demonstra insuficiente para abarcar a pluralidade dos indivíduos. A própria existência das pessoas trans já desloca o sistema; ao se expressarem, colocam no rol de debates suas corporalidades, e põem em xeque a naturalização da sexualidade e dos gêneros. Levantam a necessidade de emergência de outros elementos que façam sentido para experiências de vida singulares. (SALES et. al, 2016)

Algumas pessoas trans realmente precisam de cuidados psi/médicos, por ter agravos de saúde mental, salientando-se, “a possibilidade de que muitas das vezes, essa “depressão” [...] nada mais é do que o reflexo deste ‘processo patologizador’, violador e violento, no qual as pessoas trans são obrigadas a se submeter.” (OLIVEIRA, 2015, p. 130).

O grito por despatologização das vivências trans pretende reafirmar as identidades como plurais e o gênero como expressão livre. Segundo Ferrari e Capelari (2014), o movimento de despatologização tem por base central a ideia de que a todos/as deve ser dado o direito de se expressar por atributos que os/as mesmos/as julgarem convenientes. Sem necessitar das classificações sociais e nem de serem tutelados/as por saberes médicos que violem seus direitos à liberdade de suas vivências, intimidade e à própria dignidade humana e a autonomia de determinar sozinho/as os rumos de sua própria existência. A despatologização deve ser realizada, como afirma Oliveira (2015), de forma consciente e coerente. Despatologizar não significa descuidar, mas não associar o cuidado a comorbidades advindas das vivências trans estigmatizadas, como justificativa para tratar as transexualidades como doença em si.

Em suma, é perceptível o empenho dos movimentos no que se refere à despatologização das transexualidades. Subjaz a compreensão das dificuldades das vivências trans. O desconforto social é permeado de violações comuns inclusive ao recorrer a instâncias de garantia de direitos, que aparecem na formatação de protocolos e, por vezes, não contemplam suas especificidades. Para que efetivamente se fortaleça a mobilização pela despatologização, faz-se necessária conjunção de esforços. É fundamental articular-se ao movimento, em torno da defesa dos sujeitos humanos como livres, emancipados e com direitos garantidos.

Despatologizar a sexualidade e a identidade de gênero permite que se amplie o espectro de possibilidades de acesso a vivências livres de discriminação. A despatologização é uma luta constante e que se espalhou para além de buscar a retirada da transexualidade como patologia do CID-10 e como afirma Oliveira (2015) é um meio de luta para que haja respeito aos direitos humanos da população trans, pois problematiza também a violência simbólica que é junto com o preconceito, a transfobia e a violação de direitos, instigada pelo ideário patológico.

Ao levarmos em consideração que a mobilização em torno da despatologização está para além da retirada da transexualidade como transtorno mental do CID e sim como um 'ideal' de transformação constante do paradigma que permeia a concepção de transexualidade na sociedade, cabe construir reflexões sobre os fatos recentes no que tange à relação entre transexualidade e Código Internacional de Doenças. Em maio de 2019 a Organização Mundial de Saúde – OMS, anuncia a reconstrução do código, ao lançar o CID-11, no qual a transexualidade sai do rol de transtornos mentais, a qual está descrita no CID-10 da seguinte forma:

**F64.0 Transexualismo:** Trata-se de um desejo de viver e ser aceito enquanto pessoa do sexo oposto. Este desejo se acompanha em geral de um sentimento de mal estar ou de inadaptação por referência a seu próprio sexo anatômico e do desejo de submeter-se a uma intervenção cirúrgica ou a um tratamento hormonal a fim de tornar seu corpo tão conforme quanto possível ao sexo desejado.

**F64.1 Travestismo bivalente:** Este termo designa o fato de usar vestimentas do sexo oposto durante uma parte de sua existência, de modo a satisfazer a experiência temporária de pertencer ao sexo oposto, mas sem desejo de alteração sexual mais permanente ou de uma transformação cirúrgica; a mudança de vestimenta não se acompanha de excitação sexual.

**F64.2 Transtorno de identidade sexual na infância:** Transtorno que usualmente primeiro se manifesta no início da infância (e sempre bem antes da puberdade), caracterizado por um persistente e intenso sofrimento com relação a pertencer a um dado sexo, junto com o desejo de ser (ou a insistência de que se é) do outro sexo. Há uma preocupação persistente com a roupa e as atividades do sexo oposto e repúdio do próprio sexo. O diagnóstico requer uma profunda perturbação de identidade sexual normal; não é suficiente que uma menina seja levada ou traquinas ou que o menino tenha uma atitude afeminada (CID-10, OMS, 1993).

A mudança que ocorre com a homologação do CID-11 é que a transexualidade e travestilidade saem da linhagem de transtornos e doenças mentais e são deslocadas para a listagem das 'Condições relacionadas à saúde sexual' e são descritas da seguinte maneira:

**Incongruência de gênero**  
**- HA60 – Incongruência de gênero na adolescência ou idade adulta**

A incongruência de gênero na adolescência e na idade adulta é caracterizada por uma incongruência acentuada e persistente entre o gênero experiente de um indivíduo e o sexo designado, o que muitas vezes leva a um desejo de 'transição', a fim de viver e ser aceito como pessoa do experiente sexo, por meio de tratamento hormonal, cirurgia ou outros serviços de saúde, para alinhar o corpo do indivíduo, tanto quanto desejado e na medida do possível, com o sexo experiente. O diagnóstico não pode ser atribuído antes do início da puberdade. O comportamento e as preferências das variantes de gênero por si só não são uma base para atribuir o diagnóstico.

**- HA61 – Incongruência de gênero na infância**

A incongruência de gênero na infância é caracterizada por uma acentuada incongruência entre o sexo experimentado / expresso de um indivíduo e o sexo atribuído em crianças pré-púberes. Inclui um forte desejo de ter um gênero diferente do sexo atribuído; uma forte antipatia por parte da criança de sua anatomia sexual ou características sexuais secundárias antecipadas e / ou um forte desejo pelas características sexuais primárias e / ou secundárias previstas que correspondam ao sexo experimentado; e brincadeiras de fantasia ou fantasia, brinquedos, jogos ou atividades e companheiros de brincadeira que são típicos do sexo experimentado, e não do sexo designado. A incongruência deve ter persistido por cerca de 2 anos. O comportamento e as preferências das variantes de gênero por si só não são uma base para atribuir o diagnóstico (CID-11, 2019).

Este deslocamento de concepção sobre transexualidade e travestilidade possui algumas especificidades a serem discutidas, pois há ainda brechas e lacunas que continuam existentes na discussão. Primeiramente é necessário problematizar que a utilização do termo incongruência de gênero pode ser sumariamente danoso às vivências transexuais. Visto que denotar algo como incongruente toma por base que exista uma natural congruência entre algo, neste caso é reafirmar que existem corpos congruentes, entendidos como corpos cisgêneros/cissexuais.

Falar de corpos incongruentes é reforçar a noção de corpos que não se encaixam, ou seja, reiterar que corpos e vivências trans são fora do esperado, ressaltar que claramente são, mas não são incongruentes, mas sim uma expressão da pluralidade de vivências existentes na humanidade. Cabe também ressaltar que os adoecimentos e sofrimentos psíquicos não decorrem de a pessoa ser trans, mas das categorizações, expectativas e pressões por adequações exigidas para que se encaixem no esperado.

No que tange à seção de infância, afirmar que ser um 'incongruente sexual' é ter 'comportamentos específicos' para cada sexo atribuído é reafirmar a categorização de que existem coisas, comportamentos e brincadeiras específicos de menino e de menina, de forma a pôr os indivíduos em 'caixinhas' separadas, e conseqüentemente limitam suas vivências. São maneiras de reiterar as

normatizações de que deve haver congruência entre o órgão genital e a identidade de gênero, sem levar em consideração a existência de pluralidades, de modo a naturalizar e essencializar os comportamentos, vivências e as ditas congruências de gênero.

Por outro lado, há a compreensão de que o cuidado em saúde só deve ocorrer para aquelas condições as quais se encontram catalogadas no CID, e dessa forma, de uma maneira ou de outra, a transexualidade deveria estar no código, para que não haja negação do cuidado especializado em saúde. Compreendo assim que a inserção no rol dos cuidados relacionados à saúde sexual não é a grande problemática, mas ressaltar o fator 'incongruência' torna-se problemático, obviamente em menor medida que o termo 'transtorno', mas ainda assim, é danoso.

Além disso, há ainda uma não-aceitação dos corpos trans, que são tratados com estranhamento, por não haver a cultura do respeito. Demonstrações da inexistência do respeito são as violências e violações com a população trans. E por compreender que a noção de patologia em torno das transexualidades e travestilidades estão para além do espectro normativo de doenças, mas é algo que está arraigado no seio da sociedade, esta ideia contribui também diretamente para algumas atitudes tomadas pelos indivíduos no cotidiano da convivência social com pessoas transexuais e travestis.

Esta noção de patologia reverbera na amplitude as violências e violações contra pessoas transexuais, visto que a transfobia está presente também nesta patologização que sempre tentou transformar a transexualidade em doença. Sendo assim, em maior ou menor grau, as práticas fóbicas surgem contra aqueles/as que orientam sua existência na contramão dos limites da cisgeneridade ou heterossexualidade, pois também prevalece a concepção biologizante da identidade de gênero (CISNE; SANTOS, 2018). As pessoas transexuais enfrentam muitas situações de opressão, assédio e violência, sempre enfrentando dificuldades em diversas áreas, além de sofrer abuso físico e violações de diversas naturezas (COELHO; SAMPAIO, 2014).

É necessário realizar um enfoque na realidade brasileira, pois o Brasil em 2018, segundo o relatório divulgado pela Ong Transgender Europe, continua sendo o país que mais mata travestis e transexuais em todo o mundo, registrando 167 assassinatos entre 1 de outubro de 2017 e 30 de setembro de 2018. Em números

totais foram contabilizados 369 assassinatos em todo o mundo, dessa forma, o Brasil agrupa 45.2% dos transhomicídios. O país ocupa este lugar também nos três primeiros relatórios, entre 2016 e 2017 contabilizou 171 mortes, entre 2015 e 2016 registraram-se 136 casos; os dados brasileiros são obtidos através do mapeamento feito pela Antra (Associação Nacional de Travestis e Transexuais) e IBTE (Instituto Brasileiro Trans de Educação).

Sobre isto pode ser ressaltado o que Cisne e Santos (2018) assinalam, que

Muitos desses crimes são realizados de forma violenta, com requinte de crueldade, utilização de armas brancas, apedrejamento, degolamento e desconfiguração da face. Também é comum encontrar marcas intensas nas genitálias. Um exemplo dessa crueldade foi o chocante assassinato em 2017, em Fortaleza, da travesti Dandara, que foi morta por 8 homens. Dandara foi apedrejada, espancada e baleada, tendo, ainda seus algozes filmado o assassinato e postado nas redes sociais (CIRNE e SANTOS, 2018, p. 130).

A realidade empírica atesta a veracidade das afirmações acima, de fato grande partes das violências são brutais e com requintes de crueldade, a marca de atingir diretamente a face e as genitálias é a expressão do ideário de ódio direcionado à existência dessas pessoas. Visto que a face e as genitálias representam em maior ou menor grau a expressão da identidade de gênero daquelas pessoas e dessa forma, atacar diretamente esses locais demonstra a forma degradante com que os violentadores enxergam essa população; como abjetos, passíveis de extermínio por não se encontrarem dentro da ordem cisheteronormativa.

Sobre isto, Simakawa (2016) traz à baila determinados aspectos relacionados à identidade de gênero, e ressalta que em determinados contextos são naturalizados como a verdade única sobre os corpos e as vivências de gênero. Cisne e Santos (2018) trazem importantes contribuições para discutir sobre a violência LGBTfóbica e aqui mais especificamente sobre a violência transfóbica, as autoras dissertam que o fulcro mais profundo das violências está no princípio da negação da diversidade por meio de manifestações violentas materializadas em diferentes ações de violações de direitos.

As violências também tem relações diretas com a percepção de que os sujeitos que não se enquadram na realidade cisheteronormativa das diversidades corporais e de identidades de gênero, estão cometendo 'crimes' ou erros, e dessa forma devem ser violentados e/ou exterminados. Dessa forma, os considerados

‘dissonantes’ acabam por serem submetidos a degradações, condenações e destruição (SIMAKAWA, 2016).

Pode-se concluir previamente que o fato das transexualidades estarem ainda no CID pode representar a continuidade e/ou ampliação do estigma em torno da população trans, visto que despatologizar vai além, pois aparece muito mais como uma mudança de paradigma do que a simples e pura retirada do CID como transtorno. Como uma ativista trans afirmou em evento a luta pela quebra de paradigma da patologia está longe de acabar, e para vencê-la necessita-se de muita educação e informação à população. Também afirmou que retirar a transexualidade do patamar de transtorno e colocá-la como incongruência, foi a mesma coisa que colocar perfume em algo fétido, ao contrário de suavizar, se mantém igual ou até piora (sic). A luta então deve se ampliar e tornar-se mais complexa, para que a concepção de transtorno seja dissipada na sociedade, e que dessa forma haja a construção de uma cultura do respeito e aceitação da diversidade explicitada pelas vivências trans.

### 1.3 Articulações coletivas da população transexual.

#### 1.3.1 *“Há a possibilidade de um feminismo para todas?”: Apontamentos sobre os Transfeminismos<sup>5</sup>.*

Há a concepção de que o movimento feminista possui homogeneidade e congruência de lutas e pensamentos, e que inegavelmente seu objeto de lutas e estudos é a mulher (JESUS, 2013), mas que mulher é essa? Que feminismo é esse? Responder essas afirmações é tarefa primordial para se adentrar na discussão do transfeminismo, visto que historicamente às mulheres transexuais e travestis é relegado pouco ou nenhum espaço dentro de algumas correntes feministas.

Sobre isto, Jesus (2013) afirma que não existe corrente teórica unívoca do feminismo, por isso pode-se falar feminismos, pois há linhas de pensamento heterogêneas e que se apropriam de teorias diferentes para cada qual a seu modo compreender a motivação e como as mulheres passam a ocupar/ocupam posição subordinada na sociedade.

---

<sup>5</sup> O termo se encontra no plural, visto que uma gama de autores/as afirmam que existe uma pluralidade de expressões do movimento transfeminista, amplitude de pautas e anseios dos diversos grupos que se encontram vinculados a esta corrente do feminismo.

É preciso denotar que a primeira e a segunda onda do feminismo são<sup>6</sup> formadas em grande medida por uma elite privilegiada de mulheres, as quais trazem à pauta demandas suas, ou seja, de mulheres brancas e de classe abastada (DIAS; ARAÚJO, 2017). E isto conseqüentemente gera a não inclusão de pautas de outras mulheres que não estão inseridas neste patamar. Enquanto a primeira e a segunda onda emergem na década de 1960 e 1970 com ênfase na construção de uma identidade feminista singular, sem pluralidades; nas décadas seguintes, de 1980 e 1990, emerge redesenho do movimento feminista (SILVA, 2015).

É neste redesenho que o feminismo, ou feminismos, se constituem organizados no ativismo cotidiano enquanto campo teórico em busca de outras histórias de mulheres para além das brancas de classe alta, e cresce a concepção do feminismo da diferença. Traz à tona a concepção da mulher diferenciada e pluralizada que emerge como contraponto das estruturas de opressão – como a misoginia, machismo, patriarcado, sexismo, racismo e outras estruturas correspondentes, que são estas que intensificam a subordinação feminina na sociedade (DIAS; ARAÚJO, 2017).

A autora continua ao dizer que é neste período (1970-1980) em que

[...] Mulheres pobres, trabalhadoras, negras, indígenas, lésbicas adentram no ativismo, pluralizando a identidade do que é ser mulher. Assim, quando as travestis e transexuais – mulheres trans emergiram como novo sujeito político para o feminismo, foi questionada a legitimidade, já que muitas não concordavam que é possível ser mulher sem possuir a genitália feminina (SILVA, 2015, p. 09).

Neste contexto é que o ativismo feminista traça um debate atravessado pela interseccionalidade das opressões. Momento no qual as negras, lésbicas, oriundas do eixo sul do globo e as jovens, passam a reivindicar legitimidade no movimento feminista, posto que suas narrativas e vivências diferem das mulheres brancas e de classe alta que majoritariamente compunham o ativismo. Foram esses tensionamentos que impactaram na redefinição do sujeito do feminismo, da necessidade de marcar a diferença entre as mulheres, de forma a romper com o conteúdo unívoco do que é ser mulher, a partir da discussão sobre as necessidades de mulheres de segmentos específicos (SARMENTO, 2015). De maneira a

---

<sup>6</sup> O verbo encontra-se no presente, visto que a compreensão das ondas do feminismo é relacional, ou seja, é um processo de construção permanente e historicamente corrente na sociedade, não é literalmente uma onda que ocorreu e passou, mas pensamentos que se solidificaram de formas distintas no decorrer da história.

complementar a ideia exposta, Ribeiro et al (2018, p. 85) trazem à tona que “a diversidade é central para o debate proposto pelo feminismo interseccional, que busca articular a luta feminista ao combate a outras formas de opressão, sendo enfatizadas as diferenças entre as mulheres.”

Esta parte relevante do que vem sendo chamada de “novo feminismo” se refere à atenção que se volta à compreensão das diferenças e desigualdades entre as mulheres. E a categoria de interseccionalidade é fundamental e central nesse sentido, de modo a não compreender as mulheres como categoria unitária e unívoca. O momento atual do feminismo radicaliza o processo de desconstrução, e questiona o binarismo de gênero, além de ser marcado pela recusa do essencialismo (RIBEIRO et al., 2018).

A inserção das mulheres trans no corpo do movimento feminista é motivo de embates e dissonâncias, ou seja, não há consenso nas vertentes do movimento no que tange às mulheres transexuais serem incorporadas dentro do espectro de quem seja o sujeito do feminismo. As transexualidades ao adquirirem visibilidade pública por meio da politização das identidades, passa a incorporar as pautas no movimento LGBTI e conseqüentemente buscam aproximação com o feminismo, mas

O processo de integração das questões transexuais nas pautas feministas conduz a uma rearticulação da discussão identitária. A argumentação que recusa a entrada de mulheres trans em contextos feministas tem como base três noções principais: a de que essas mulheres passaram por uma socialização masculina que lhes dá privilégios que não podem ser relativizados; a de que tais mulheres não teriam experiências femininas essenciais tais como a menstruação e a maternidade; e, por fim, a de que mulheres trans estariam reproduzindo estereótipos de feminilidade que o movimento feminista vem tentando desconstruir (RIBEIRO et al., 2018, p. 91).

Isto, para Jesus (2018) torna-se para o movimento feminista uma verdade que prepondera e resulta em discriminação das mulheres transexuais. É constante o reforço aos estereótipos do que é ser mulher, que no caso remete às referências de mulheres brancas, abastadas e cisgêneras, de maneira a ignorar o amplo espectro de diversidade, no qual se incluem negras, indígenas, lésbicas, pobres e transexuais. Essa concepção culmina por agregar o estímulo à negação de vários corpos e existências e no que tange às mulheres trans há desvalorização e negação de sua ‘mulheridade’, inferiorizando-as perante as cisgêneras.

É argumentado pelas mulheres trans que para além de suas reivindicações específicas, estas também sofrem com o machismo e a misoginia, e por isto

estariam congruentes com as lutas feministas. Por intermédio desta perspectiva pode-se considerar que o ideário feminista que não aceita as mulheres trans no movimento – mais especificamente o segmento feminista radical -, pode ser caracterizado como ‘vaginista’, por centrarem-se nos órgãos genitais para definição da identidade de gênero. Sobre o argumento da menstruação e da gravidez, este pode ser refutado, visto que nem toda mulher cisgênera exerce a maternidade, e no que tange aos estereótipos, as mulheres cisgêneras também os reproduzem. Dessa maneira, a decisão de segmentos do movimento feminista de manter-se afastados das mulheres trans é caracterizado pelas autoras como uma forma de transfobia por parte do movimento (RIBEIRO, ET. AL, 2018).

Na segunda onda do feminismo entre as décadas de 70-80 surge um corpulento sentimento anti-trans por parte de algumas feministas, este é impulsionado pelo livro ‘The transexual empire’ (O império transexual) de Janice Raymond que alerta sobre o patriarcado entrar no feminismo por meio da figura de mulheres trans, e reproduz os estereótipos transfóbicos que mulheres trans não são mulheres de verdade, que são homens fantasiados de mulher para capturar o feminino e que além disso são pessoas estupradoras em potencial. Isto na atualidade é denominado de feminismo radical, que é de forma densa combatido pelo transfeminismo, visto que há inúmeros episódios de transfobia por parte desse segmento. Dessa maneira “o feminismo não deu conta de incluir pessoas trans em suas agendas, ora por pura ignorância/falta de visibilidade, ora por pura transfobia.” (ALVES, 2012, ON-LINE).

Esses argumentos são reforçados constantemente por este segmento feminista, e conforme Serano apud Bagagli (2019, p. 24):

Muitos argumentam que as mulheres trans deveriam ser barradas dos espaços femininos porque supostamente ainda temos uma “energia masculina”. Mas sugerir que mulheres trans possuem alguma “energia masculina” mística como resultado de terem nascido e sido criadas como homens, essas mulheres [feministas] estão essencialmente assumindo que os homens tenham habilidades e aptidões das quais as mulheres não são capazes. Outra desculpa popular para a nossa exclusão é o fato de que algumas mulheres trans terem órgãos genitais masculinos (já que muitas de nós ou não podem pagar ou optam por não fazer a cirurgia de redesignação sexual). Esse argumento do “pênis” não apenas objetifica as mulheres trans ao nos reduzir aos nossos genitais, mas também propaga o mito masculino de que o poder e a dominação dos homens de alguma forma surgem do falo. A verdade é que nossos pênis são feitos de carne e sangue, nada mais.

Problematizar a naturalização e essencialização das identidades, está atrelado com a crítica de Butler (2003) no que tange à categoria mulher, que é considerada a síntese do sujeito do feminismo. A autora lança a crítica que se alguém é mulher, certamente isto não é tudo que esta pessoa é, seu gênero estabelece intercruzamentos e intersecções com outras modalidades da vida humana: a classe, a raça, etnia, sexualidade e localização regional, que se atrelam e constituem sujeitos múltiplos. Sobre isto Jesus (2013, p. 07) complementa que no que tange às pessoas trans, estas tendem a ser consideradas apenas “em função da sua identificação de gênero como trans, desconsiderando-as como seres humanos com gênero, orientação sexual, cor/raça, idade, origem geográfica, deficiências, etc.”

Mas afinal, o que é o transfeminismo? Movimento de e para mulheres trans as quais visam que sua libertação está de forma intrínseca ligada à libertação de todas as outras mulheres e ainda para além. O transfeminismo aparece como uma linha feminista em construção, não pode ser definido tão somente como um movimento feito por e para mulheres transexuais, mas deve ser compreendido por definições mais amplas, como uma práxis acerca das identidades de gênero, que pode culminar na redefinição dos feminismos.

O pensamento e organização transfeminista pode ser caracterizado como protesto contrário a qualquer tipo de hierarquização e opressão, principalmente as que põem em posição subalterna as pessoas trans. Conta com as contribuições teóricas e práticas do feminismo negro, no que tange à interseccionalidade e à não hierarquia das opressões, de forma a empoderar a fala de pessoas historicamente oprimidas e questionar a apropriação do conceito de mulher pelas feministas brancas, cisgêneras e de classe alta (JESUS, 2018). Ainda conforme a autora Jesus, em outro texto de 2014, a mesma remonta que por excelência a internet é o canal da produção, difusão e crítica de informações sobre o pensamento e ação transfeminista.

Considera-se que há uma revolução e reorganização trazida pela população transgênero no corpo do movimento feminista, posto que, é um segmento que traz à tona as inquietações da necessidade de haver libertação das amarras de gênero, de modo que fragilize as identidades consideradas naturais e homem e mulher (JESUS, 2014). Conforme Jesus (2014) o transfeminismo traz à tona premissas que

interferem diretamente na 'ferida' das nossas certezas, prolifera-se na internet nas redes sociais.

Pode ser definido como uma linha de pensamento e de prática feminista que rediscute a subordinação morfológica do gênero (como construção psicossocial) ao sexo (como biologia), condicionada por processos históricos, criticando-a como uma prática social que tem servido como justificativa para a opressão sobre quaisquer pessoas cujos corpos não estão conformes com a norma binária homem/pênis e mulher/vagina, incluindo-se aí: homens e mulheres transgênero, mulheres cisgênero hysterectomizadas e/ou mastectomizadas; homens cisgênero orquiectomizados e/ou 'emasculados'; e casais heterossexuais com práticas e papéis afetivossexuais divergentes dos tradicionalmente atribuídos, entre outras pessoas (JESUS, 2014, p. 05).

Dessa maneira, é perceptível que o transfeminismo busca abarcar não apenas as mulheres transgênero/transexuais, mas uma gama de sujeitos que estão para além das limitações impostas pela matriz essencialista e biológica. E agrega, como afirma Alves (2012) a proposta de desconstruir os modelos binários de gênero, empoderar e trazer à tona as agendas de luta das pessoas trans, combate à violência transfóbica, a liberdade para exercer suas sexualidades, discussão sobre direitos reprodutivos inclusivos e terminologias anti-essencialistas biologizantes. De forma a complementar, Miguel e Biroli (2014) afirmam que os feminismos se debruçam em questões para além das mulheres, ou seja, compreendem que os padrões de gênero estão em espectro mais amplo do que somente as mulheres. E por isto o gênero não deve ser discutido isoladamente, mas em vinculação interseccionada com raça, classe e sexualidade.

Essa vinculação também é de território, e pode denotar que o surgimento do transfeminismo no Brasil remonta de tempos recentes, e aparece de forma explícita em uma primeira iniciativa de introdução do debate transgênero no movimento feminista, que foi a criação, por Hailey Kaas Alves, de um grupo no Facebook em 2011 e depois uma página nesta mesma rede social, como também um site próprio, denominado Transfeminismo (BAGAGLI, 2019). Esses espaços nas redes surgem como espaços de sociabilidade, solidariedade, como também espaços formativos e discussões sobre as pautas transfeministas (COACCI, 2014). Está em construção no Brasil, ou seja, não é uma importação de um pensamento pré-elaborado, mas tem suas próprias ressignificações e adaptações às vozes brasileiras de mulheres e homens trans, travestis e demais pessoas trans ou não trans, mas que transcendem

os limites impostos, e isto é positivo em termos de protagonismo e criatividade (JESUS, 2013).

Além disso, parte de um processo de ressignificação e adaptação à realidade das pessoas trans, a emergência da vertente se relaciona com os embates existentes entre o ativismo LGBTI e o movimento de travestis e transexuais. Estas então percebem que o feminismo seria um melhor espaço para atendimento de suas demandas, e algumas militantes passam a se aproximar dos espaços de políticas para mulheres (SILVA, 2015). Aproximação esta que não ocorre isenta de embates, visto que, como já supracitado, há resistência por parte do movimento feminista em receber as mulheres trans nos espaços de sua luta política, e de incorporá-las no sujeito 'mulheres' do movimento. E a recepção das questões trans em determinados discursos feministas expressam hesitação, indiferença e até hostilidade explícita, e as mulheres trans passam a ser posicionadas como inserção antiética no movimento feminista (BAGAGLI, 2019).

O transfeminismo incorpora elementos de algumas ondas do movimento feminista. Surgiu no intermédio da segunda onda feminista

Em forma de crítica e de reformulação do feminismo da época para a inclusão de pessoas trans dentro da agenda feminista. Por isso, a segunda onda feminista foi combatida pelo transfeminismo e por novas correntes feministas (terceira onda) no que diz respeito a essencialização e biologização do corpo 'feminino'. [...] A terceira onda feminista tentou repensar essa lógica inserindo elementos da teoria queer, afrofeminismo (focando no racismo existente dentro do que se chamou de feminismo branco), teorias pós-coloniais e questionamentos do binário de gênero em si. No entanto, mesmo vendo o esforço de algumas correntes em inserir esses elementos na luta feminista, teve/tem pouco efeito na prática (ALVES, 2012).

É preciso compreender que a discussão da inserção das mulheres transexuais no feminismo não é e nem deve ser considerada como a inclusão de um novo sujeito no feminismo. Posto que as mulheres trans são mulheres, o debate dentro do movimento feminista gira em torno do reconhecimento ou não pelas componentes do movimento, de que as mulheres trans são ou não mulheres do seu ponto de vista. Além disso, a inserção das pessoas trans e sua autodenominação como transfeministas, deslocando a ideia biologizante do ser mulher, rompe o silêncio imposto sobre seus lugares de existência, e as coloca como sujeitos falantes e com auto representação nos espaços políticos (COACCI, 2014).

Coacci (2014) continua a dissertar que não se pode fingir que todas as mulheres presentes nos feminismos são iguais e nem utilizar esse argumento para o afastamento das mulheres trans do movimento. A transexualidade deve ser reivindicada como identidade de fronteira, posto que está para além dos limites das construções binárias e ‘congruentes’ de feminilidade e masculinidade. Além disso, o fato de mulheres trans terem experienciado em algum momento de suas vidas o privilégio masculino, este não deve ser um fardo a ser carregado por elas e nem devem ser contestadas em suas identidades femininas, mas um trunfo de consciência pra elas reconhecerem e confrontarem esses privilégios masculinos (COACCI, 2014).

De acordo com Bagagli (2019), esta ausência de reconhecimento é uma das bases da opressão e violência que estão expostas as pessoas trans diariamente na sociedade. Há vários entraves para esse reconhecimento, mas um deles é a suposição de que as pessoas têm essências masculinas e/ou femininas, baseadas em seu órgão genital e que não há a possibilidade de transcender esses padrões, tomando quem os transcende como seres abjetos e imaginários.

Cabe associar a isto, o conceito de abjeção trazido por Butler (2003) que o utiliza para tratar da negação da ontologia das pessoas trans por estas quebrarem as normativas binárias de gênero. Dessa maneira, a vivência trans é marcada pela recusa social, que as leva a sofrerem formas visíveis e invisíveis de violência, que as direciona a sofrimentos psíquicos intensos e por vezes as levam à morte. E apesar de considerar que é extremamente importante o fim da associação direta de transexuais e travestis à prostituição, uso de drogas e infecções sexualmente transmissíveis, não se pode negligenciar que muitas vezes essa população é sentenciada a este tipo de sobrevivência e que muitas vezes não encontra possibilidades de alterar essas circunstâncias (CARVALHO; ZAMPIÉR, 2017).

Conforme Silva (2015), ao se constituir como corrente feminista, o transfeminismo trata de problematizar o reconhecimento das múltiplas expressões do sexismo como opressão multilateral. E pode ser definido como linha de pensamento político feminista que é contra os conceitos pré-estabelecidos de gênero, e se constitui com base em referencial crítico formado por diferentes

feminismos, em destaque o feminismo da diferença<sup>7</sup> e o feminismo negro. Com uma ressalva, Bagagli (2019) afirma que mesmo que essas vertentes tenham se mobilizado diga-se em favor das mulheres trans, de forma rara houve esforço maior por parte dos segmentos de teorizar a categoria gênero a partir das vivências trans.

A emergência da teoria queer no Brasil aparece como contributiva para essas discussões, visto que propiciou que as pesquisas de gênero se ampliassem para além do sujeito político mulheres, de maneira a se configurar como campo de luta política para enfrentamento da naturalização das opressões, como: heterossexualidade compulsória, binarismos, e os discursos hegemônicos revestidos de cientificidade (SILVA, 2015).

De acordo com Carvalho e Zampiêr (2017), o transfeminismo surge através da frustração e falta de visibilidade dentro das vertentes clássicas/tradicionais do movimento feminista e da marginalização das pautas trans no interior do movimento LGBTI. E deve ser entendido não apenas como um movimento que acrescenta as questões trans aos debates feministas pré-existentes, mas como um deslocamento que faz emergir novas pautas a serem discutidas, além de criticar determinados segmentos feministas e seus argumentos. Posto que como denotam Dias e Araújo (2017), as expressões de sexualidade e de gênero hegemônicas, tanto para o movimento LGBTI como para o feminista, predominam e se mantêm em zona de conforto em conformação política com poder centrado em organizações tradicionais, e isto se expressa quando se vê a desvalorização das pautas trans pelo movimento feminista e pelo LGBTI.

Justamente por essa insatisfação com o lugar das pautas trans nos movimentos pré-existentes que deviam lhes representar, a população trans feminina passa a construir sua própria articulação política e de visibilidade. Dessa maneira, passam a problematizar o dualismo biológico de gênero que paira sobre a transexualidade, como também as distinções sobre falso e verdadeiro, real e artificial. É por meio da problematização dessas questões que as transfeministas constroem sua crítica e se articulam em movimento político, e afirmam que seus corpos não são mais ou menos falsos, verdadeiros, naturais ou artificiais perante as pessoas cisgêneras, e essa é a centralidade do debate transfeminista: a

---

<sup>7</sup> Segundo Carvalho (1998) esta é a corrente que rejeita o feminismo da igualdade que tem o ideário que as únicas diferenças existentes entre homens e mulheres são biológicas. Enquanto o feminismo da diferença remete a traços culturais que se fundam em binarismo biológico.

desconstrução do modelo dominante de diferenciação de indivíduos por meio da genitália. O transfeminismo também pode ser compreendido como um projeto capaz de desnaturalizar o que de forma presumida é natural, por questionar a convicção de que o corpo por meio do órgão genital é a única forma de garantir e validar a identidade de gênero (BAGAGLI, 2019).

De acordo com Sarmiento (2015), as transfeministas são o segmento que tem possibilitado a desestabilização da homogeneidade do pensamento de pertencimento. Buscam construir no movimento feminista uma relação mais democrática e não sexualizada das pessoas transexuais, e este grupo terá pautas específicas, sendo uma delas a própria inclusão no movimento feminista. Uma das molas propulsoras do corpulento crescimento do transfeminismo se deve à crescente inserção de pessoas transexuais e travestis nas academias tanto estrangeiras como brasileiras. E é a partir desses espaços que lhes é possibilitado ampliar seus lugares de fala para além dos que antes lhes eram impostos (DIAS; ARAÚJO, 2017).

É neste sentido que Freitas (2005) ratifica que o papel histórico das pessoas transexuais deve ser construído por elas, e por isso o transfeminismo emerge como mediação da

exigência ao direito universal pela auto-determinação, pela auto-definição, pela auto-identidade, pela livre orientação sexual e pela livre expressão de gênero. Não precisamos de autorizações ou concessões para sermos mulheres ou homens. Não precisamos de aprovações em assembleias para sermos feministas. O transfeminismo é a auto-expressão de homens e mulheres trans e cissexuais. O transfeminismo é a auto-expressão das pessoas andrógenas em seu legítimo direito de não serem nem homens nem mulheres. Propõe o fim da mutilação genital das pessoas intersexuais e luta pela autonomia corporal de todos os seres humanos. O transfeminismo é para todxs que acreditam e lutam por uma sociedade onde caibam todos os gêneros e todos os sexos (FREITAS, 2005, p. 01).

Com isto, torna-se perceptível que o transfeminismo almeja ser um movimento que contemple segmentos historicamente deixados à margem dos segmentos hegemônicos dos movimentos feministas e LGBTI, o que é ratificado por Jesus e Alves (2010, p. 15), ao explanarem que:

O transfeminismo reconhece a interseção entre as variadas identidades e identificações dos sujeitos e o caráter de opressão sobre corpos que não estejam conforme os ideais racistas e sexistas da sociedade, de modo que busca empoderar os corpos das pessoas como eles são (incluindo as trans), idealizados ou não, deficientes ou não, independentemente de intervenções de qualquer natureza; ele também busca empoderar todas as expressões sexuais das pessoas transgênero, sejam elas assexuais,

bissexuais, heterossexuais, homossexuais ou com qualquer outra identidade sexual possível.

No que diz respeito às pautas específicas do segmento transfeminista, Alves (2012) as divide em pautas principais e agenda política, e no que tange às pautas, Carvalho e Zampiêr (2017) as enumeram como:

1. A questão da feminilidade: relacionada à teoria queer, o constructo transfeminista questiona o binarismo e a heteronormatividade, que cobra uma performance de encaixe nessa matriz, e que deslegitima as identidades que não se encaixam no padrão;
2. A despatologização das identidades trans: que diz respeito à remoção da transexualidade dos manuais diagnósticos (CID), e além disso despatologizar no sentido de proporcionar autonomia sem rótulos de anomalia nas suas vivências;
3. Cissexismo e a criação/utilização de um termo que designe as pessoas como normais: o termo coloca as pessoas trans em categorização de anomalia e as desumaniza;
4. A separação da identidade de gênero como sinônimo de sexualidade, de forma a visibilizar pessoas trans não heterossexuais, demonstrando que estas podem viver múltiplas sexualidades;
5. Direitos reprodutivos: lutar contra a esterilização compulsória para que haja atendimento médico, modificações corporais, casamento e retificação civil de nome e gênero.

No que tange à agenda política, Alves (2012) a explicita como:

1. Combate à violência cissexista/transfóbica: se propõe a combater tanto a violência discursiva que ocorre por meio do linguajar cissexista o qual reforça estereótipos negativos. Como também a violência físico-verbal: que deslegitima e objetifica as pessoas trans;
2. Direitos reprodutivos para todos/as: incorporar discussões que englobem os homens trans com aborto e gestação de forma segura e levar também em consideração a não-esterilização das mulheres trans;
3. Agência: se trata de reforçar o poder de decisão das pessoas trans, retirando-as da tutoria médica que as condiciona e imobiliza;

4. Desconstrução das identidades binárias: que consiste no respeito a quem deseja permanecer no espectro binário, mas também reforça a liberdade e legitimidade das vivências de quem não se insere nesse binário, e que essas pessoas possam viver de forma confortável;
5. Corpo-positividade e/ou empoderamento: estímulo ao empoderamento de seus corpos, para que se rompa com a estigmatização, objetificação e negação dos corpos trans;
6. Das sexualidades das pessoas trans: reafirmar a existência da multiplicidade de sexualidades das pessoas trans, sem categorizá-las como assexuais ou compulsoriamente heterossexuais;
7. Terminologia: consiste em substituir o uso de algumas terminologias para que se tornem mais adequadas e menos preconceituosas.

No Brasil, o transfeminismo pode ser considerado um movimento recente e ainda permeado de limitações, mas mesmo assim, já contribuiu e contribui constantemente para a ampliação do debate sobre a transexualidade dentro dos feminismos. Além disso,

o transfeminismo hoje é o principal responsável por empoderar as transexuais e as travestis, motivando-as a tornarem-se sujeitos de suas próprias histórias, e a utilizar seus próprios discursos para se desvincular do discurso biologizante, de forma que possam lidar com as questões do corpo, de saúde e judiciais sem depender do discurso do outro sobre sua autonomia e vivências (CARVALHO; ZAMPIÉR, 2017, p. 291).

E também,

os movimentos de mulheres transexuais – e das travestis, integrantes de uma parcela numerosa e historicamente mais visível da população trans – têm na aproximação com o pensamento feminista um referencial teórico e prático poderoso para resistirem e construir suas próprias forças quando confrontadas, no cotidiano, com vivências de opressão impostas pela dominação masculina (JESUS; ALVES, 2010, p. 15).

Assim como os feminismos, o transfeminismo também é diverso e tem suas pluralidades internas, e por muitas vezes também foca apenas em alguns segmentos de mulheres trans, porém não deve ser deslegitimado por isso. Além disso, poderia incorporar melhor a discussão dos homens trans (SARMENTO, 2015). Alves (2012) ainda que seja uma das fundadoras no transfeminismo no Brasil, também tece críticas e afirma que o transfeminismo por vezes deixa de lado o debate interseccional que inclua raça/classe e falha em muitas vezes não visibilizar essas dimensões da vida humana.

Ao mesmo passo, Sousa (2017, p. 48) ao tomar por base textos de Jesus e Alves, destaca que

a auto-organização do movimento feminista transgênero e/ou transfeminino, no Brasil, tem se tornado cada vez mais visível por meio de manifestações públicas e, sobretudo pelo ativismo em espaços virtuais. Este ativismo tem produzido um efeito importante de consciência política e coletiva entre mulheres travestis, mulheres e homens transexuais e pessoas que não se enquadram nos modelos binários de gênero. As autoras avaliam que o conceito de gênero aplicado ao feminismo, possibilitou crítica aos modelos universais e ampliou a percepção no interior dos movimentos feministas, passando-se a considerar a diversidade de mulheres, suas especificidades e hierarquias dentro do próprio movimento [...]

Com isto é possível perceber que apesar de suas lacunas e dos percalços encontrados para sua afirmação perante a sociedade, o transfeminismo traz uma contribuição ampla para os feminismos, como também para o âmbito social de modo geral. A contribuição com os feminismos é mútua, posto que da mesma forma que o transfeminismo toma pra si os princípios da terceira onda feminista – da diferença e feminismo negro – para se constituir enquanto corrente feminista e assim poder explanar suas especificidades, como também se afirmar perante as feministas como mulher e não como ser abjeto. Essa tomada dos princípios também pode ser inversa, a partir do momento que o transfeminismo pode capilarizar seus ideais, concepções e bandeiras de lutas em outras vertentes do feminismo, compreendendo assim as mulheres num ideário interseccional e que dialoga com a construção de um feminismo que contemple todas as dimensões da vida das mulheres, não essencializando-as nem tomando partido por meio da biologia.

É de extrema relevância ter trazido à tona discussões sobre o transfeminismo como campo de luta das mulheres transexuais no Brasil, e é até preciso ressaltar que existem outros movimentos sociais das mulheres transexuais no país. Movimentos estes que não estão ligados ao pensamento feminista, mas que ocupam espaços e contribuem diretamente na conquista e afirmação de direitos da população transexual. Além disso, se faz necessário considerar que há notáveis mobilizações conjuntas de homens trans no Brasil e é justamente sobre as articulações transmasculinas que a discussão seguinte dessa dissertação irá tratar.

### 1.3.2 *“Eles também querem voz ativa”*: Considerações sobre o movimento de Homens trans/Transmasculinos.

Quando ouvimos falar de transexualidade, em geral as pessoas logo remetem o termo às vivências femininas desse segmento, em grande parte dos casos vêm à tona na mente figuras femininas, ou seja, mulheres trans; aquelas que foram designadas homens ao nascer e ao longo da vida de identificam com a identidade de gênero feminina. Outro exemplo pode ser observado em matérias jornalísticas e/ou anúncios sobre transexualidade que predominantemente são protagonizados por mulheres trans, atualmente o cenário vem gradativamente se transformando com a inserção e visibilidade transmasculina. Isto exemplifica o que Almeida (2012) afirma, que grande parte da sociedade não considera a possibilidade da transição do feminino ao masculino, e ignora a condição transmasculina, e isso ocorre em grande parte, pela existência do olhar falocêntrico que impregna a noção masculina diretamente ligada à presença material do pênis.

Dessa forma, em simples exemplos do cotidiano é perceptível que embora muitas vezes de forma enviesada, a existência das mulheres trans é mais conhecida e visível do que a de homens trans. Muitas vezes são vistos unicamente como as lésbicas masculinizadas, e a sociedade demora a compreender que esses indivíduos também podem realizar o rompimento com os padrões de gênero impostos. Essa ausência de visibilidade se expressa em diversos espaços sociais nos quais os homens trans estão inseridos, principalmente pelo que foi dito acima da concepção de lésbicas ultra masculinizadas. Em razão disso, muitas vezes a dimensão transexual na sua vida fica de fato invisibilizada, por não serem lidos como trans, em diversos momentos de sua existência.

Sobre isto, Almeida (2012) disserta que há um 'alívio' por parte dos homens trans no que tange à terminologia transexual para denominá-los, posto que é o reconhecimento dentro desta categoria que lhes permite adquirir inteligibilidade social, e por meio disto retirar suas trajetórias do âmbito inominável e abjeto. Alguns homens trans rejeitam o termo transexual por compreenderem que há uma transitoriedade inserida neste contexto, visto que a transexualidade seria superada por meio do acesso às tecnologias médicas e cirúrgicas, para eles, após essa 'transição' não seriam mais homens trans. Este é um pensamento que pode se considerar que não é unívoco, posto que muitos homens trans afirmam que nunca negarão sua transexualidade, pois esta é uma forma de se afirmar no mundo, tal qual Nery (2017, p. 781):

Declaro-me transhomem, enfatizando o aspecto trans como motivo de orgulho. Afirmo não querer ser um homem cisgênero, aquele cujo gênero está de acordo com o corpo em que nasceu, tal como definido por uma sociedade que considero biocontroladora, machista e misógina.

Ao mesmo passo que há por parte de alguns homens trans a necessidade de expor e afirmar sua identidade trans como bandeira de luta e visibilidade, para muitos é mais vantajoso utilizar o modelo convencional de masculinidade e de ter suas vidas organizadas sob padrões hegemônicos, para serem mais facilmente reconhecidos em sociedade na condição de homem, e aceitos com mais facilidade. Além disso, gozam de uma construção do corpo social masculino mais rápida do que as transfemininas, posto que com a mastectomia e o uso prolongado de testosterona essa passabilidade se amplia. Mas Almeida (2012, p. 519-520) argumenta que

O fato de o público não saber, por um lado, possibilita práticas de camuflagem social que favorecem o conforto e o acesso individual a direitos. Por outro lado, principalmente na visão do ativismo, isso prejudica a luta coletiva, inviabiliza o reclame por direitos e faz com que as mulheres trans se sintam solitárias. Há uma expectativa de que os homens trans integrem as principais estratégias utilizadas pelo movimento LGBT nos últimos anos, descritas por Facchini: a incidência política e a visibilidade massiva. Não se podem subestimar, contudo, os significados políticos dos debates provocados pela simples existência de pessoas trans, os quais implicam rediscussão de rotinas e protocolos institucionais consolidados, como os de atendimento, conduta profissional, sigilo, privacidade etc. Elas geram deslocamentos: pessoas que jamais inscreveram as relações de gênero e a sexualidade em seu horizonte reflexivo passam, ao menos temporariamente, a considerá-las e a discutir condutas discriminatórias que reconhecem em si e nos demais, e nos extremos dessa abertura ao diálogo, o modelo de sociedade ambicionado. Politicamente prejudicial ou não, observo satisfação quando a condição anterior às modificações corporais não é mais percebida e/ou mencionada.

Ainda sobre a invisibilidade, recordo-me com clareza tanto da experiência de estágio no Espaço Trans – HC - UFPE quanto das observações realizadas no mesmo local para essa dissertação, de todas as reclamações existentes por parte dos transmasculinos da invisibilidade que perpassa suas existências e suas inserções também nos espaços de garantia de direitos. Claros exemplos são demonstrados nos grupos e rodas de conversas realizadas no serviço, a predominância literal das mulheres trans é contestada pelos homens trans no decorrer das discussões. Quando falo de presença literal, quero me referir ao fato de

que há como dado da realidade um número significativamente maior de usuárias no serviço, mas também me refiro às situações nas quais as discussões em grupo giravam em grande parte dos momentos em torno das demandas, histórias e vivências das mulheres. Isto sempre gerava incômodo e questionamentos por parte dos homens trans, que passaram a reclamar seu espaço de fala, para que a partir desta pudessem ser expostas suas demandas, o compartilhamento de suas vivências e histórias, que contém significativas particularidades frente à realidade das mulheres trans.

Afinal, quem são os homens trans? Cabe dizer que são aqueles que ao nascerem e serem socializados são considerados meninas/mulheres em decorrência da existência de vagina em seus corpos. E em determinado momento de sua sociabilidade reivindicam pertencimento ao gênero masculino, de maneira a romper com os padrões de gênero impostos na sociedade.

Atestar o longo período de invisibilidade dos homens trans não quer dizer sinônimo de não existência de pessoas transmasculinas antes de aparecerem nos movimentos. É preciso denotar por exemplo a existência e resistência de João W. Nery, o primeiro homem transexual a realizar cirurgia de mastectomia, em seu caso, de forma clandestina em 1975, em plena ditadura militar. A vida de João tornou-se referência de lutas e de visibilidade aos transmasculinos no Brasil, pois, muitos ao conhecer sua história puderam se inspirar e se reconhecer.

Falar sobre homens trans e/ou transmasculinidades é um deslocamento político importante, visto que este segmento dentro da própria população trans encontra-se menos visível e reclama sua existência constantemente. Isto é afirmado também por Ávila e Grossi (2014) que ao relatar entrevista com homens trans contam que um destes expôs que é curioso como os homens trans dentro da sigla LGBT, e até mesmo da letra T encontram-se como à margem da margem.

No que tange à articulação de construir movimento sociais de homens trans, de acordo com Ávila (2014) a sigla LGBT emerge no Brasil pela demanda de que houvesse protagonismo maior de lésbicas e pessoas trans, ao ser chamado de LGBTTT surge a tentativa de integrar os movimentos de travestis e transexuais. De um lado há a defesa de que ao juntar as letras, essa seria uma associação estratégica, mas por outro afirma-se que o foco continuava nos gays e ampliou-se para as lésbicas, mas no que dizia respeito às pessoas transexuais, estas

permaneciam invisibilizadas. Embora de forma tímida a visibilidade das mulheres trans entra em cena entre os anos 1980 e 1990 no movimento LGBT, mas os homens trans permanecem silenciados e invisibilizados até pelo menos os anos 2000. É neste espaço temporal que pode ser notada a presença de homens trans no movimento LGBT e também organizando-se em seus próprios movimentos.

Em 2005, no XII Encontro Nacional de Travestis e Transexuais, foi registrada a presença de Alexandre Peixe, o único homem trans a participar do encontro. Alexandre passa a se constituir uma referência dentro do movimento e ocupar espaços políticos importantes. Inclusive fez parte da construção do Processo Transexualizador do SUS, e apresentou demandas como mastectomia e histerectomia para homens trans (ÁVILA; GROSSI, 2014). No que tange ao processo transexualizador, é preciso ressaltar que, muito embora tenha havido participação de um homem trans sua construção, a primeira versão do processo não contemplou as demandas dos transmasculinos e se restringia ao atendimento das mulheres trans.

A recente entrada dos homens trans no cenário político tem relação principal com dois fatores: tanto a existência do processo transexualizador no SUS que possibilitou maior acesso às modificações corporais; quanto ao avanço das tecnologias de comunicação e redes sociais, que potencializou os contatos mesmo entre as mais longas distâncias. E o processo de auto identificação dos homens trans ocorre massivamente pelos contatos pela internet em comunidades virtuais, ambientes hospitalares do processo transexualizador, universidades e espaços políticos do movimento LGBT (ALMEIDA, 2012).

A articulação de movimento dos homens trans inicia em 2010, quando surge uma importante ação em torno de suas demandas, o Núcleo de Apoio aos homens trans (NAHT). Neste contexto articulam-se para discutir a luta pela ampliação das ações de saúde, mas também a recolocação profissional dos homens trans no mercado de trabalho (ÁVILA; GROSSI, 2014). Conforme Ávila (2014, p.175-176):

A organização do NAHT revela a mudança de cenário em relação à participação de transhomens no movimento LGBT, pois a trajetória do movimento de travestis e transexuais no Brasil, até fins da primeira década dos anos 2000, foi marcada pela presença de mulheres trans no que se refere a transexuais. [...] o percurso das pessoas trans pode parecer algumas vezes solitário. No entanto, não podemos desconsiderar que se hoje, de uma forma ou de outra, as pessoas trans estão mais visíveis, isto é

decorrente das mudanças na compreensão por parte da sociedade brasileira do universo das homossexualidades e do universo trans, provocadas pela distribuição gratuita de antirretrovirais para doentes de aids, o surgimento comercial da internet, a realização da primeira Parada do Orgulho LGBT em São Paulo e autorização das cirurgias de redesignação sexual nos anos 1990, mais precisamente em 1997, e também das inúmeras lutas coletivas ao longo dos últimos quarenta anos, como nos mostra a história do movimento social e político de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, tanto em nível nacional como internacional.

Obviamente as ações estatais direcionadas à população LGBT e especificamente às pessoas trans devem ser levadas em consideração e também é necessário constatar sua relevância perante a sociedade. Mas não pode ser observada mudança de compreensão da sociedade no que se refere à população LGBTI no Brasil, principalmente pelos recorrentes episódios de violências direcionados a essas pessoas.

Retornando ao assunto central, em decorrência da existência do NAHT e impulsionado por este, surge em 30 de junho de 2012 o movimento Associação Brasileira de Homens Trans (ABHT) que se utilizou das mídias digitais para sua criação. Conseguiu articular assim a aproximação de diversos homens trans de várias cidades do país, e construíram encontros e discussões virtuais. Foi a ABHT que em 2013 realizou o I Encontro de Homens trans do Norte e Nordeste, que aparece como um feito histórico na realidade da cidadania dos homens trans, e foi um momento no qual os homens trans conseguiram se sentir representados, reconhecidos e legitimados, em ambiente respeitoso com dignidade e aceitação (ÁVILA; GROSSI, 2014).

Aparecem como demandas explanadas pela ABHT a construção de uma Lei de Identidade de gênero no Brasil; aprovação do estatuto da diversidade sexual; criminalização da homofobia e da transfobia. E como objetivos podem ser elencados:

promover encaminhamentos sobre despatologização e despsiquiatrização das transidentidades; reivindicar a participação na construção de políticas públicas afirmativas para que as pessoas trans tenham acesso a direitos fundamentais como saúde, educação, trabalho, habitação e segurança; a visibilidade e o fortalecimento de cada transhomem, e sua inclusão na sociedade. Também estão nos planos da ABHT a realização de projetos, a manutenção de parcerias oficiais com entidades representativas do movimento LGBT e da academia, e, principalmente, segundo Leonardo Tenório, fazer com que a ABHT possa contar com e ajudar transhomens de todo o Brasil. Ele ainda afirmou a importância da articulação entre movimento social, organizações governamentais e universidades; a composição da mesa de convidados/as ilustrou essa intenção (ÁVILA, 2014, p. 194).

Outros debates perpassam as discussões sobre homens trans, como por exemplo consideração de suas especificidades de classe e raça, e sobre isso Carvalho (2018) denota que é preciso compreender que há diferenças entre aqueles que constroem sua masculinidade nas periferias ou em áreas de risco, que possuem maior necessidade de ter passabilidade masculina de defesa e os que possuem privilégios de estarem inseridos em lugares e contextos mais médios e altos. O que deixa nítida a possibilidade de debater amplamente a influência interseccional de opressões nas vivências dos homens trans. Outra discussão se refere à terminologia que deve ser usada, e há uma parcela considerável dos movimentos que acredita na viabilidade de se usar homens trans ou transmasculino ao argumentar que há necessidade de operar categorias que já existem, para que de forma mais simples isto se torne inteligível ao poder público, de maneira a facilitar as negociações de políticas públicas e direitos. Também são o segmento trans que mais se articula em defesa da despatologização das identidades trans (CARVALHO, 2018).

O movimento ABHT foi abalado pela presença de conflitos políticos internos e isto resultou na construção de outra organização nacional. Então foi criado o Instituto Brasileiro de Transmasculinidades (IBRAT) em 2013 e buscou se aproximar e promover articulação com organizações de travestis e transexuais que já se encontravam consolidadas, no caso a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), se constituindo como um núcleo de homens trans. Entre 2013 e 2014 a ABHT se desfaz e o IBRAT assume em termos de incidência e representação política (CARVALHO, 2018).

O IBRAT existe até hoje e continua se articulando em torno da defesa dos direitos e luta por ampliação para os homens trans, além dele, existem outras associações de homens trans no país. Como por exemplo a Associação de Homens Trans e Transmasculinidades – AHTM PE que se articula em torno das mais diversas pautas, principalmente relacionadas às demandas por mercado de trabalho dos homens trans.

Pode-se perceber que a literatura sobre homens trans e seus movimentos de articulação ainda soam escassas ao comparar-se com os estudos sobre os movimentos de mulheres trans e o transfeminismo. Isso se dá principalmente pela emergência dos movimentos de homens trans ser recente e por estes ainda possuírem uma articulação pouco madura. Porém, se faz necessário diante da

gritante realidade de expansão das identificações dos indivíduos enquanto homens trans, que se ampliem as discussões sobre a temática e que se aprofundem as pesquisas referentes às transmasculinidades, como contribuição não só acadêmica, mas também às suas vivências e ampliação de sua visibilidade.

## **CAPÍTULO 2 – O DIREITO À SAÚDE: TEMPOS REVERSOS E SINUOSOS**

O SUS, tamanha sua grandeza,  
Integral é seu propósito,  
Do tamanho do Brasil que o conduz.  
Grande, forte, cheio de vida!  
Muita história pra contar...  
Quem conhece, apaixonado[...]

Ana Maria Germano.

### **2.1 O SUS para todos? Universalidade, Equidade e Integralidade.**

Esse capítulo se propõe a discutir os conceitos de universalidade, equidade e integralidade no SUS, de forma a trazer à tona suas polissemias e embates. Além de fundamentalmente expor os entraves e as possibilidades de concretizar esses princípios no cotidiano da execução do SUS.

A saúde é materializada no Brasil por meio do Sistema Único de Saúde, o SUS, sendo este uma política social, que decorre dos direitos de cidadania da população (BARROS; SOUSA, 2016). Há de se destacar que a saúde pode ser considerada para além de ser apenas direito social, mas que aparece como direito humano fundamental. Isto pode ser atestado pela Declaração Universal dos Direitos Humanos que explicita que “Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis[...]” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2009, p. 13). Dessa maneira, é necessário também denotar que as discussões aqui explicitadas compreendem a saúde de forma ampla, a qual está para além de adoecimentos e que enquanto política social no Brasil se encontra fundada neste pilar de determinações sociais da saúde.

É primordial iniciar a discussão com o princípio de mais destaque e visibilidade no SUS: a universalidade, princípio este que emerge como norteador do Sistema Único de Saúde e encontra-se expresso tanto na Constituição Federal de 1988, quanto na Lei 8.080/90 (Lei Orgânica do SUS). No primeiro documento este aparece no artigo 196 como: “a saúde é direito de todos e dever do Estado...”, e no segundo documento mencionado como: “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”. Ou seja, o SUS é de todos e a essa totalidade deve servir em todas suas necessidades de saúde.

Conforme Ocké-Reis (2009) o SUS parte da premissa de inspiração nas experiências universalistas do legado de crenças democráticas que fizeram parte do ideário presente no processo de redemocratização do Brasil na década de 1980. Conforme Sousa (2014, p. 228) é o princípio da universalidade que no Brasil tem a função de

romper a linha divisória que existiu ao longo da história da saúde no Brasil, na qual havia um direito restrito a assistência médica individual, exercido pelos trabalhadores que tinham emprego formal e contribuíam diretamente com a previdência social. Os que não conseguiam entrar no mercado de trabalho eram tratados como indigentes, dependentes de ações das organizações filantrópicas e submetidos às práticas clientelistas. Com a Reforma Sanitária e a aprovação da Constituição Federal de 1988, a universalidade ganha duas dimensões: uma ampla, que é a legal, de garantia da saúde para todas as pessoas sem distinção; e uma restrita, que é a real, a qual se reflete na negação desse direito, seja por falta de vagas no atendimento em função da crescente demanda, seja pela falta de estrutura, de recursos ou de profissionais habilitados e que se veem

obrigados a recorrer ao mercado, contribuindo com a ampliação do setor privado.

A autora acrescenta que a contradição fundante é que os direitos proclamados juridicamente nem sempre aparecem garantidos no contexto do concreto real. Além disso a ideia de universalidade pode ser pensada em compreensões diferenciadas, por meio do ideário social-democrático, que a tematiza como um direito social inerente a todos e o liberal que compreende que o acesso deve ser universalizado por meio do mercado. E este aparece como um principal desafio, que é o de superar e se contrapor à herança da concepção segmentada de políticas sociais via mercado, para assim buscar garantir esse direito no plano do real.

De acordo com Marques e Mendes (2007), adotar o direito à universalidade da saúde deve ser pensado na lógica do Estado democrático de direito, “porque a universalidade constitui um princípio desse Estado que garante a cobertura dos riscos sociais de sua população” (pg. 36). O direito ao acesso universal à saúde está atrelado como direito de cidadania, e para isto, requer mudanças político-institucionais, organizacionais, financeiras e culturais.

A compreensão de universalidade decorre da noção de proteção social, superando o caráter meritocrático e seletivo do acesso, adotando a cidadania como critério de acesso, e como contraposição e recusa à abordagem de saúde como mercadoria, de modo a efetivar a saúde como um direito de todos/as, sem exceção. Um obstáculo que se apresenta para a realização plena de um SUS universal são as desigualdades ainda presentes no acesso e na oferta dos serviços (MARQUES; MENDES, 2007).

Essas desigualdades se expressam principalmente ao ser observado que o SUS não se transformou totalmente em uma política social amplamente redistributiva e universal. De acordo com Sousa (2014) o motivo disto é o fato da universalidade cruzar com seu oposto: a focalização, que conta com recursos seletivos, compensatórios e acesso restrito aos mais necessitados. Ocké-Reis (2009, p. 08) complementa este pensamento ao afirmar que o SUS não alcançou a completa universalização pois

[...] vê-se a existência de um sistema público e um privado que são paralelos. Apesar de a Constituição do Brasil designar que a assistência à saúde é um direito social e que os recursos devem ser alocados com base

na necessidade de utilização e não pela capacidade de pagamento, parte dos cidadãos pode ser coberta por planos privados de saúde e, ao mesmo tempo, utilizar os serviços do SUS, resultando na dupla cobertura para aqueles que podem pagar ou podem ser financiados pelos empregadores: trabalhadores de média e alta renda, executivos e funcionários públicos. Em segundo lugar, o Estado não induziu a democratização das instituições que regulamentam os médicos liberais e os prestadores de hospitais privados; tampouco a reforma sanitária brasileira pôde adotar uma postura mais publicista em relação a esse setor privado [...] Em terceiro lugar, os planos de saúde foram patrocinados pelo padrão de financiamento público (isenções fiscais) desde 1968, seguindo, nesse aspecto, o modelo liberal dos Estados Unidos, que se fundamenta em subsídios e benefícios do empregador. Assim como lá, tais planos fazem aqui lobby no Congresso nacional sobre questões-chave da assistência à saúde, evitando a ampla negociação entre as partes interessadas, para fortalecer o sistema público.

Isto é reflexo da contraposição entre a perspectiva de saúde como direito social e que deve garantir acesso a todos/as e a concepção do modo de produção capitalista que exprime uma sociabilidade na qual ainda que de forma suplementar na saúde atua pela perspectiva do mercado, pela qual a saúde deve ser destinada a quem pode pagar e que a ideia de universalização ocorre por meio da popularização dos planos de saúde, e esta é uma ofensiva que dilacera a lógica universal do SUS (SOUSA, 2014).

Conforme Silva e Rotta (2012) o SUS encara dilemas importantes como o subfinanciamento, problemas organizacionais e de infraestrutura, que são dificuldades relevantes na garantia do acesso e qualidade dos serviços que não conseguem garantir a universalidade, pois ainda se apresentam como insuficientes e inadequados. De forma a corroborar o exposto acima, Aith et. Al (2014) disserta que a universalidade se apresenta como garantia constitucional não efetivada em virtude de o Estado brasileiro não reunir condições operacionais e financeiras satisfatórias para contemplar a demanda por ações e serviços.

Diante do exposto, surge a seguinte indagação: Direito de todos, mas todos quem? Posto que os indivíduos são diferentes e além disso ocupam posições mais ou menos privilegiadas no corpo da sociedade brasileira. O Brasil é um território permeado de diferenças dentro de uma sociabilidade que as transforma em desigualdades, as quais se expressam em diversas formas, desde a social, como a racial/étnica, de gênero, sexualidade, geração, regionais, entre outras, e por isto, falar de universalidade para uma população tão diversa tem a ver também com a equidade. Em vista que

O SUS, enquanto política pública, foi formulado na perspectiva do acesso universal, da igualdade e da justiça social no que diz respeito às necessidades de saúde da população brasileira. Na medida em que a equidade seja concebida na perspectiva ética e da justiça, essa política tem um grande potencial de alcançá-la, não obstante as históricas iniquidades presentes na sociedade brasileira, agravadas pelas novas versões do capitalismo em tempos de globalização (BARROS; SOUSA, 2016, p. 15).

Para suprir as lacunas existentes no direito à saúde universal, acopla-se o conceito de equidade no sentido de justiça, ou seja, deve ser oferecido às pessoas aquilo que se adegue às suas diferentes necessidades. Visto que a situação das desigualdades de acesso demonstra a necessidade de se ampliar o debate sobre maneiras de universalizar a atenção. Em virtude principalmente da existência de grupos populacionais que não acessam nenhum ou quase nenhum serviço do SUS, e outro desafio é equilibrar os serviços de modo que contemple as necessidades específicas das populações, e

Nesse sentido, a discriminação positiva [...] pode se constituir como importante caminho para a realização de ações em saúde, que contemplem o vasto conjunto de efeitos produzidos por processos sociais de exclusão. É preciso pensar em como promover a inclusão social usando a categoria equidade, não tratando de forma igual pessoas desiguais, e criar programas que privilegiem os grupos populacionais mais despossuídos, na tentativa de favorecer-lhes o acesso aos serviços. Esse deve ser o objetivo fundamental para as políticas públicas de saúde (MARSIGLIA ET. AL, 2005, p. 73).

Cabe assim, explorar o conceito de equidade como caminho para um sistema único de saúde universal e justo. Conforme Campos (2006), a equidade guarda em si uma intrínseca dependência de outros conceitos e valores, no caso do SUS, a universalidade e a integralidade e guarda uma relação estreita com a concepção de ‘a cada um segundo sua necessidade’. E no campo da saúde o objetivo de utilizar o termo equidade nas discussões sobre o SUS é de discutir sua operacionalização e também a busca de compreender as determinações sociais da saúde, para que se formulem políticas e prioridades a serem implementadas no SUS (SENNA, 2002). Não é expressamente um princípio constitucional do SUS, mas passa a ser utilizado frequentemente no pensamento sanitário brasileiro, a exemplo dos seguintes documentos

Nos relatórios das conferências nacionais de saúde de 1992, 1996 e 2000, por exemplo, a utilização do termo “equidade”, ou equivalente, é crescente: no relatório da 9a. Conferência (1992) aparece 4 vezes; no da 10a Conferência (1996), 14 vezes e 32 vezes no da 11a. Conferência (2000) (Pinheiro; Westphal; Akerman, 2005). Já no documento orientador para os debates da 14a. Conferência (2011), a preocupação com a equidade é o primeiro dos cinco tópicos propostos e intitula-se “Avanços e desafios para

a garantia do acesso e do acolhimento com qualidade e equidade” (Brasil, 2011) (BARROS; SOUZA, 2016, p. 11).

Torna-se um conceito utilizado como aporte teórico para as discussões sobre o SUS em razão da percepção de que as desigualdades sociais refletem diretamente nas desigualdades em saúde. E para alcançar a universalidade, se faz fundamental a incessante busca por sanar essas disparidades de acesso e permanência no SUS, por meio de processos justos de inserção da população nos serviços, ou seja, acesso equânime e adaptado às diversas realidades das diferentes populações do país.

É importante distinguir, no campo sanitário, a equidade em saúde da equidade no uso ou no consumo de serviços de saúde, é uma distinção importante, pois as desigualdades do viver, adoecer e morrer diferem daquelas desigualdades do consumo de saúde. Justamente pelo fato de as desigualdades em saúde refletirem predominantemente as desigualdades sociais, e a igualdade no uso dos serviços de saúde é condição importante, porém não é suficiente para diminuir as desigualdades existentes entre os grupos sociais. A saúde apresenta amplo espectro social que se apresenta desfavorável a indivíduos de certas populações mais vulnerabilizadas e menos favorecidas (TRAVASSOS, 1997).

Por estarmos diante de um país extremamente desigual, seria ingenuidade supor que estas não existam e que sejam persistentes no SUS. É preciso atentar que com o SUS a exclusão formal desapareceu, mas a iniquidade é persistente, associada a níveis diferenciados na vida social (BARROS; SOUSA, 2016). Muitos estudos têm indicado assimetrias nos indicadores de saúde entre classes sociais, bairros, raça-cor, educação, ocupação e etc., além das diferenças biológicas como por exemplo a distância entre mortalidade de jovens e idosos; e nesses termos a desigualdade e iniquidade em saúde deve ser objeto de ações dentro do SUS que possibilitem sua superação (PAIM; SILVA, 2010). Além disso, é possível ressaltar que

A defesa de políticas públicas universais e igualitárias não impede que, num momento seguinte, prevaleça o princípio da equidade. Se é possível constatar sistemas universais que buscam a equidade para se tornarem mais justos, não se conhecem experiências de políticas focalizadas que resultassem em sistemas universais. No SUS, universalidade supõe que todos os brasileiros tenham acesso igualitário aos serviços de saúde e respectivas ações, sem qualquer barreira de natureza legal, econômica, física ou cultural. A equidade possibilita a concretização da justiça, com a prestação de serviços, destacando um grupo ou categoria essencial alvo especial das intervenções. E a integralidade tende a reforçar as ações

intersetoriais e a construção de uma nova governança na gestão de políticas públicas (PAIM; SILVA, 2010, p. 06).

Campos (2006) em seus escritos prenuncia uma questão a qual chama atenção e é de extrema relevância ser posta em tela: 'o SUS estaria ou não produzindo equidade?' e o mesmo se propõe a responder brevemente a questão. Afirma que o sistema contempla uns aspectos de forma melhor que outros, porém ignorando algumas dimensões que carecem de atenção, mas que estão balizadas por meio da correlação de forças interessadas no impedimento dessa ou daquela distribuição de recursos (CAMPOS, 2006).

Ainda segundo o autor, vários estudiosos envidaram esforços em compreender a equidade enquanto justiça e como essa vem se expressando no SUS. É observado que houve naquele período analisado, melhorias na distribuição dos recursos e na oferta e utilização dos serviços, ainda que em padrões inferiores aos recomendados. Ao avaliar a equidade também no que diz respeito às condições de vida que expõem as pessoas a diferentes determinações sociais da saúde, esta não viria sendo materializada plenamente no SUS.

A questão da justiça social na saúde só pode ser dimensionada por meio de estratégias que contemplem tanto o combate às desigualdades no acesso aos serviços de saúde, como a priorização da saúde no gasto público que leve à melhoria do sistema público de saúde. Para que isto ocorra, se faz necessário que se reorientem as políticas na saúde, mediadas pela compreensão que há subfinanciamento e carência de recursos para operacionalizar o SUS. Ou seja, o tema da saúde não é algo isolado, mas está diretamente relacionado com os moldes utilizados na sociabilidade e no Estado Capitalista (SILVA; ROTTA, 2012).

Neste caso há uma forte relação entre a universalidade e a equidade, pois em um sistema como o capitalista no qual as desigualdades são extremas, não se deve desconsiderar as desigualdades, sejam elas desde regionais até as de gênero. Também não se pode desconsiderar as capacidades dos sujeitos, e a partir dessas formular prioridades políticas na melhoria da vida das populações em maior risco e vulnerabilidade, porém isso não significa reduzir o SUS a uma política para os pobres (SOUSA, 2014).

Sobre desigualdades e saúde, é preciso fazer um adendo especial nesta discussão, em vista destas serem reflexos das desigualdades sociais inerentes ao

corpo da sociabilidade capitalista na qual estamos inseridos. Ou seja, quando falamos de reduzir as desigualdades em saúde, se trata de dentro do sistema de saúde, buscar a redução ou extinguir os efeitos causados por essas desigualdades na saúde de populações mais vulneráveis e específicas, como questões de acesso e permanência no SUS. Mas seria ingênuo de nossa parte crer que a política pública de saúde materializada no Brasil pelo SUS seria capaz de extinguir plenamente as desigualdades sociais que inferem nas condições de vida e saúde das populações. Posto que, a única forma de diminuir as desigualdades sociais é a superação do modo de produção capitalista.

Dessa maneira quando se trata de desigualdade e saúde, sua relação sempre será de ações 'paliativas' direcionadas a amenizar os impactos na situação saúde, mas o SUS mesmo que contemple as especificidades advindas das desigualdades, não é capaz de sozinho superá-las. E além disso, o sistema só seria plenamente efetivado como universal, equânime e integral, se houvesse compromisso em colocá-lo como prioridade econômica e estratégica. E quanto a isto, Paim (2013) contribui ao afirmar que ainda há um longo caminho para consolidar um SUS universal e público, com padrões elevados de qualidade, posto que "seus maiores desafios são políticos, pois supõem a garantia do financiamento público, redefinição da articulação público-privada e a redução das desigualdades de renda, poder e saúde" (PAIM, 2013, p. 1933).

A declaração de Alma-Ata acatada pelo Brasil em 2002, também salienta que existem impactos da desigualdade social nas políticas de saúde, ao ressaltar que além de existir diferenças entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento, também havia lacunas dentro dos próprios países. E ressalta a cooperação em torno do objetivo comum de promover saúde, com ações que levem ao entendimento da saúde como direito e dever de todos, individual e coletivamente (BRASIL, 2002).

O conceito de equidade é polissêmico, mas aqui, esta é compreendida de forma interligada à justiça social com igualdade. Como afirma Zoboli et.al (2010) é a forma de reconhecer as prioridades, as diferenças populacionais, é uma justiça social que se mede pelas necessidades das pessoas, dar o que cada um necessita de acordo com a sua condição de saúde, respeitando suas características específicas. Difere da igualdade pura e simples que se propõe a atender todos sem distinção, o que é também necessário e válido, mas se propõe a ir além e se alia à

concepção do clamor na justiça da saúde expressa de forma comum nas teorias de justiça: que os iguais devem ser tratados igualmente e os desiguais devem ser tratados desigualmente.

Há uma tendência de se confundir igualdade no acesso com equidade, mas a igualdade compreende que deve haver o atendimento a todos/as da mesma forma independente de raça, sexo, gênero, origem ou condição social, oferecendo um serviço semelhante e não discriminatório a todos/as (GRANJA, et. Al, 2013). Pensadores como Aristóteles e Bobbio atestam que a equidade é uma adaptação de normas gerais a situações específicas, pois, se aplicarmos normas genéricas de forma literal, sem levar em conta as especificidades, isto poderia promover situações de injustiça. No que tange à saúde, é necessário identificar as situações que possuem grau de injustiça que colocam grupos populacionais em desvantagem nas chances e nas concretudes de se manterem sadios e acessarem o SUS, o que se configura como iniquidade, o oposto da equidade (BARROS; SOUSA, 2016).

De forma a complementar isto, Paim e Silva (2010) afirmam que os conceitos de equidade e igualdade estão muito próximos e muitas vezes são usadas como sinônimos, mas não são, e

São consideradas um contraponto para as desigualdades, sejam as socioeconômicas, sejam as de saúde. Assim, organismos internacionais admitem que equidade implica a diminuição das diferenças evitáveis e injustas, ao mínimo possível, e na oferta de serviços de saúde em função das necessidades e da capacidade de pagamento. [...] Embora a igualdade seja um valor importante, haveria situações em que ocorrem grandes desigualdades, como no acesso aos serviços de saúde. Nesses casos, atender igualmente os desiguais poderia resultar na manutenção das desigualdades. Assim, a questão posta vai no sentido de demonstrar que a igualdade pode não ser justa. Com vistas, sobretudo, à distribuição de recursos, a noção de equidade admite a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando aqueles que mais necessitam para poder alcançar a igualdade (PAIM; SILVA, 2010, p. 03 – 04).

Sendo assim, embora nos pareça rejeitável a adoção da ideia de justiça para um sistema de saúde que é universal, mas o SUS pode contemplar de forma progressiva a equidade, pois, o conceito de universalidade não se contrapõe ao de equidade, visto que

O sistema de saúde, ao ser universal, pressiona em termos de qualidade, tendo em vista a sua utilização por todas as classes sociais, ou pelo menos por parte das classes médias dotadas de maior poder de barganha e interferência no campo político. Dessa forma, conceber e implementar serviços de saúde universais pode ser uma estratégia de assegurar às classes populares acesso a serviços de melhor qualidade e, portanto, exercer a equidade. Possibilitaria o exercício da justiça na esfera pública,

levando em conta a identificação de grupos ou categorias essenciais, adotando uma perspectiva de responsabilidade simétrica, comunicação e cooperação (PAIM; SILVA, 2010, p. 04).

Como também denotam Zoboli et. Al (2010), é fundante que se adote a concepção de equidade enquanto justiça social, posto que as condições de vida das pessoas são afetadas por notórias desigualdades. E assim, é de suma importância buscar o alcance de equidade no SUS, mas também para além deste, ou seja, não se limitar à busca de romper com as desigualdades apenas dentro do sistema de saúde, mas na sociedade como um todo. As desigualdades prementes no corpo geral da sociedade não podem ser ignoradas, visto que estão todas entrelaçadas com o acesso e permanência das pessoas no SUS. E por isto faz sentido alocar o conceito de equidade com o sentido de justiça na saúde. Complementarmente a isto, Barros e Sousa (2016, p. 12) afirmam que

a equidade em saúde tem múltiplas facetas, e o melhor é vê-la como um conceito multidimensional que inclui aspectos relacionados ao nível de saúde que se tem e à possibilidade de se obtê-la, e não apenas com a distribuição do cuidado sanitário. Inclui a justiça dos processos e, por conseguinte, deve-se atentar para a ausência de discriminações na prestação da assistência. Ademais, um bom compromisso com a equidade em saúde necessita, também, que as considerações sobre a saúde sejam integradas a temas mais amplos de justiça social e de equidade global[...].

É com base neste princípio que se reconhece que a existência

[...] de importantes níveis de desigualdade de diversas ordens na sociedade brasileira faz com que as condições de acesso de diferentes segmentos da população aos bens e serviços de saúde sejam desiguais. É nesse aspecto que o princípio da equidade se torna fundamental para a consecução dos demais princípios que regem o sistema e para a promoção da justiça social. O desafio posto pelo Sistema único de Saúde é de que a política de saúde no Brasil se construa e se implemente na perspectiva do acesso universal, reconhecendo as desigualdades existentes no interior da sociedade e criando respostas para minimizá-las. [...] Se gênero é uma das dimensões organizadoras das relações sociais que produz desigualdades, então a política de saúde construída no âmbito do SUS deve reconhecer a existência dessas desigualdades e responde-las, com vistas a promoção da equidade de gênero (FERRAZ; KRAICZYCK, 2010, p. 71).

O princípio que busca o papel de 'unir' a universalidade com a equidade é o da integralidade, e segundo Viegas e Penna (2013) é a base para a superação das contradições e para vencer os desafios da consolidação do SUS. A integralidade busca englobar todas as dimensões do SUS, do atendimento assistencial básico, específico com o mais alto nível de complexidade. Se faz mister ressaltar que a equidade é de extrema relevância, servindo para contemplar as realidades

específicas, já que se ficar apenas na discussão da igualdade do acesso não se avança para o reconhecimento das diferenças.

Sendo assim, como acima constatado, temos um SUS que deve ser implementado de forma universal, equânime, igualitária e integral, de forma a atender a todos em suas semelhanças e especificidades. E que a construção das políticas específicas é necessária, de forma a enunciar a existência das demandas dessas populações, conferindo visibilidade na saúde a grupos historicamente invisíveis em suas necessidades de saúde (LIONÇO, 2009).

Dentre essas populações que recorrentemente são invisibilizadas em suas demandas, estão as pessoas transexuais, as quais encontram historicamente dificuldades em ter garantido atendimento no SUS (BRASIL, 2013). Pois, possuem demandas específicas de sua condição e, apesar de atualmente contar com serviços especializados para seu atendimento, ainda são muito poucos e apresentam diversos contratemplos nas tentativas de contemplar a integralidade e a equidade em seus atendimentos. As vivências dessas pessoas no SUS tornam-se exemplos das dificuldades do sistema em contemplar algumas especificidades, e conseqüentemente não se efetivar para todos/as de forma completa.

É preciso atentar que o SUS é um sistema que além de se propor a ser para todos, diz respeito a ser tudo para todos. Ou seja, além de ser universal, deve contemplar integralidade, que diz respeito ao “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). De acordo com Souza (2007) o SUS se propõe a assegurar tudo (a integralidade) para todos (universalidade) este é o grande desafio e a grande riqueza do SUS, mas o autor reforça que

[...] se pensarmos numa perspectiva de que o SUS seja para alguns, ou seja, parcial, que não garanta a integralidade, ele se desintegra no ar, porque essa é a grande riqueza, que é o grande desafio que infelizmente não é bem entendido. Ou pelo menos, bem defendido por todos (SOUZA, 2007, p. 767).

O cuidado integral diz respeito à pessoa ser compreendida em sua totalidade, ao serem levados em consideração não apenas os aspectos biológicos, mas os sociais, econômicos, culturais e psicológicos. Então, mesmo que a assistência à saúde seja individualizada, ela apresenta um caráter completo e que valoriza o sujeito por inteiro, de modo a compreendê-lo na totalidade e assim construir um projeto de cuidado satisfatório (PAIM; SILVA, 2010). E como afirmam Machado et al. (2007, p. 336):

O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional. Entendemos a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Neste cenário se evidencia a importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno.

De acordo com Gomes e Pinheiro (2005), a integralidade atribui e agrega vários sentidos que estão em permanente construção, e também deve se constituir como bandeira de luta, permeada de valores a serem defendidos. Ela existe e pode ser demandada na renovação das práticas de saúde que valorizam o cuidado e colocam o usuário com reconhecido respeito conforme suas demandas e necessidades.

O princípio da integralidade busca acoplar a qualidade técnica do trabalho em saúde e o sentido político de direitos e cidadania que estão envolvidos na construção de um cuidado em saúde que se seja efetivo e contribui para que a universalidade e a equidade, que são consubstanciais à integralidade também se efetivem. Se comporta como um horizonte de diálogo, que instrui e é instruído pelo conjunto de sujeitos e práticas cotidianas ativas e reflexivas que interatuam articulando valores e proposições políticas nas práticas de saúde, as direcionando na reconstrução da perspectiva da reforma sanitária (KALICHMAN; AYRES, 2016).

A integralidade tem vinculação direta e específica com a organização do cuidado e dos processos de trabalho em saúde, e seu desafio é uma mudança significativa nos serviços de saúde de modo a operá-los de forma centrada nos usuários e nas suas necessidades. Se faz necessária a descentralização do saber médico, de modo a realizar interação entre diversos saberes e práticas necessários ao cuidado integral em saúde e supõe cuidar em todas as dimensões e não apenas no adoecimento (FRANCO; JÚNIOR, 2004). De maneira a reiterar o exposto Fontoura e Mayer (2006) afirmam que a integralidade é um processo de transformação ao caminho da assistência ampliada e transformadora, que envolve a valorização do cuidado e do acolhimento, respeitando os direitos e valores do indivíduo.

A perspectiva da integralidade interage com a coletividade por meio de uma rede de relações que carece de diálogo e interações permanentes. É a integralidade que recoloca o sentido do trabalho em saúde na perspectiva da humanidade frente às suas necessidades de saúde, tem sentido ontológico, pois se volta às necessidades humanas como existência e não como objeto de acumulação de capital (MARTINI, 2008). Há necessidade de humanização do cuidado que envolve muito além da melhora da relação entre profissional-paciente, mas também se relaciona com o desenvolvimento da cidadania e da participação crítica. Busca também promover mudanças no âmbito da condição humana e da vida cotidiana, de forma a evitar a fragmentação e o reducionismo (FONTOURA; MAYER, 2006). Sobre isto é preciso atentar para o fato que

Embora o sistema de saúde tenha avançado em muitos dos seus princípios, a questão do cuidado em si e da presença da integralidade foi a que menos avançou. Talvez a integralidade seja o menos visível na trajetória do sistema e suas práticas. Favorecer a integralidade implica em fazer com que o atendimento seja amplo e desfragmentado onde os profissionais se relacionem com os sujeitos, ou seja, como seres humanos e não como objetos. O cumprimento deste princípio pode contribuir para garantir a qualidade e a resolutividade da atenção à saúde, dotando-se as diversas fases da atenção, de cuidado e de relação de acolhimento entre profissional de saúde e usuário. Para alcançar-se a integralidade, todos os profissionais devem refletir e se conscientizar que a atenção à saúde deve ser totalizadora, humanizada e contextualizada, integral e principalmente deve ser considerada como prioridade tanto pelos profissionais de saúde como pelos gestores, levando-se em conta que as concepções e análises das práticas de saúde são frutos de uma construção coletiva (FONTOURA; MAYER, 2006, p. 535).

A defesa da integralidade é antes de tudo relacionada ao intuito de que as práticas de saúde sejam repensadas no sentido de reiterar que os profissionais estão lidando com sujeitos e não com objetos. Para tal, se faz necessária uma prática dialógica que seja capaz de identificar as necessidades de saúde e a partir do diálogo construir o cuidado, e dessa forma sintonizar a oferta de ações ou serviços de saúde com o contexto específico de cada necessidade de saúde. Assim, a ideia chave é que nenhum sujeito que acesse ao serviço de saúde saia dele sem uma resposta concreta (KALICHMAN; AYRES, 2016).

Araújo et. Al (2007) reitera a invisibilidade do princípio da integralidade e atesta que as mudanças têm ocorrido, mas de formas pontuais e não generalizada como deveria ser. Acredita-se que uma das questões de relevância a ser discutida no que tange à integralidade é a sua inserção principalmente na formação dos profissionais de saúde, visto que há uma contradição entre o princípio da

integralidade e a formação desses profissionais, que em grande parte das formações são direcionadas à compreensão biologizante do ser humano, com foco na doença. Para que se concretize a integralidade é preciso implementar a proposta de incluir ações de promoção, prevenção, proteção, tratamento e reabilitação, com tratamento direcionado também para a saúde e não apenas para a doença. Desse modo, reorganizar a formação profissional é uma das saídas para construir ações integrais preconizadas pela formação do ser humano como um todo indivisível, que não pode ser compartimentalizado (ARAÚJO ET. AL, 2007).

Isto é reiterado por Machado et. Al (2005) ao atestar que o processo de implementação do SUS ao representar uma proposta de renovação da saúde lida com inúmeras limitações. Uma delas é que os profissionais não são formados em consonância com o modelo de promoção da saúde, e isto demonstra que a práxis revela uma contradição entre as conquistas sociais legais e a vivência cotidiana dos serviços. Inclusive em serviços de saúde relacionados à saúde de pessoas transexuais, esses/as usuários identificam a dificuldade advinda dos/das profissionais de lidar com suas especificidades e também de atendê-los/as com respeito. Para transformar tal realidade

[...] há que se aprofundar o debate sob novos fundamentos teóricos, particularmente sobre a natureza do processo de trabalho, especialmente a sua micropolítica e a sua importância na compreensão da organização da assistência à saúde. Daí decorre que serão construídas ações diferenciadas na produção da saúde que operam com tecnologias voltadas para a produção do cuidado, de modo a estabelecer novas relações entre trabalhadores e usuários, tentando construir um devir para os serviços de saúde, centrado nos usuários e suas necessidades e estabelecendo um contraponto à crise vivida pela saúde. A importância de abordar a assistência de forma integrada está fundamentada na articulação de todos os passos na produção do cuidado e no restabelecimento da saúde. Propõe-se mapear a integralidade da assistência pelo acompanhamento da linha do cuidado, evitando-se assim a sua fragmentação. Cada usuário deverá ser acompanhado segundo determinado projeto terapêutico instituído, comandado por um processo de trabalho cuidador, e não por uma lógica "indutora de consumo" (MACHADO ET. AL, 2005, p. 338).

A integralidade pode ser compreendida como uma imagem-objeto, que designa uma configuração desejável de saúde, aparece como uma crítica à atitude médica fragmentária que reduz o sofrimento do paciente ao biológico. Se propõe a ser o oposto de uma programática vertical da saúde, da separação da saúde coletiva da individual. É necessário destacar que a integralidade não se resume ao acesso da população aos níveis de assistência e nem deve ser confundida com totalidade no sentido da formação de generalistas que assumam todas as funções da clínica,

pois deve levar em consideração a formação de equipes multiprofissionais (ARAÚJO ET. AL, 2007).

Conforme Pinheiro (2008) a integralidade como meio de concretização do direito à saúde contempla três dimensões: a organização dos serviços, os conhecimentos e práticas dos trabalhadores de saúde e as políticas governamentais com participação da população. É preciso atentar também para articular a integralidade com a equidade de modo a ir contra a sociabilidade que discrimina negativamente as populações em virtude do gênero, sexualidade, raça, etnia, idade e etc. E também,

A 'integralidade' como fim na produção de uma cidadania do cuidado refere-se ao ato de cuidar integral que tem as práticas de saúde como eixos políticos-organizativos, formas de construir inovações e novas tecnologias de atenção aos usuários no SUS. A 'integralidade' como fim na produção de uma cidadania do cuidado se dá pelo modo de atuar democrático, do saber fazer integrado, em um cuidar que é mais alicerçado numa relação de compromisso ético-político de sinceridade, responsabilidade e confiança entre sujeitos, reais, concretos e portadores de projetos de felicidade. Entende-se o sujeito como ser real, que produz sua história e é responsável pelo seu devir. Respeita-se o saber das pessoas (saber particular e diferenciado), esses saberes históricos que foram silenciados e desqualificados, que representam uma atitude de respeito que possa expressar compromisso ético nas relações gestores/profissionais/ usuários. Desta forma, 'integralidade' existe em ato e pode ser demandada na organização de serviços e na renovação das práticas de saúde, sendo reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado e que têm em suas concepções a idéia-força de considerar o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades. Essa idéia-força constitui o cerne da cidadania do cuidado (PINHEIRO, 2008, online).

Observa-se que estamos diante de princípios fundamentais do SUS, os quais sustentam a lógica universalizante e completa do sistema. Encontram-se articulados e é através desta articulação que conseguem a concretude no cotidiano dos serviços de saúde. Porém, tudo está muito longe de efetivação plena e completa, posto que o SUS sempre esteve diante de um contexto contrarreformista e permeado de retrocessos e percalços para sua efetivação em plenitude. E é justamente isto que será tratado a seguir: de que forma o ideário do SUS encontra dificuldades de materialização diante do contexto e contrarreforma das políticas sociais brasileiras, e da apropriação do fundo público pelo capital privado.

2.2 As contrarreformas na saúde: avesso da consolidação do SUS universal e de qualidade.

[...] solidária e coletivamente,  
 queremos equidade,  
 vida melhor para todos  
 em nosso Brasil continente.  
 porém, ao moldar o modelo,  
 tentam a transposição,  
 pintam o antigo como novo  
 trazem de volta a fundação [...]  
 não vejo em tal modelo a solução.  
 falo agora, não sei ficar mudo,  
 continuemos o estudo, caro irmão [...]

Chico Monteiro

### *2.2.1 Estado neoliberal e contrarreforma nas políticas sociais brasileiras.*

Falar sobre contrarreforma da saúde requer que se articulem os elementos constitutivos centrais que aparecem como o seu fio condutor. Além disto, é necessário o entendimento que os processos de contrarreforma claramente adquirem particularidades na saúde, mas advêm de um conjunto de retrocessos que se espraiam nas variadas políticas sociais.

Para adentrar na discussão proposta será percorrido um caminho entrelaçado sobre o papel do Estado, como este age sobre as problemáticas de sua incumbência diante principalmente da adoção das ideias neoliberais como eixo norteador da ação estatal.

O Estado possui algumas funções principais, tal como criar condições de produção que não possam ser asseguradas pelas atividades privadas dos membros da classe dominante. Além de adotar como dever a repressão das ameaças trazidas ao modo de produção capitalista por meio das classes dominadas através do exército, da polícia ou do sistema judiciário. Também busca a integração das classes dominadas de forma a garantir que a ideologia prevalecente seja a da classe dominante e que as classes exploradas aceitem a exploração. Ou seja, o Estado procura transformar qualquer rebelião em reformas que o sistema possa absorver (MANDEL, 1982).

Dentre as funções do Estado encontram-se as políticas sociais, as quais podem ser compreendidas como

[...] intervenções estatais complexas que regulam os processos de reprodução social por meio de estratégias diferenciadas, operando de forma indireta sobre a relação capital-trabalho. Essas políticas se desenvolvem como precondição e acondicionamento à acumulação capitalista e cumprem

funções econômicas, políticas e culturais amplas e diversas, sem cuja realização não seria evidente a convivência entre capitalismo e democracia (CHAVES; GEHLEN, 2019, p. 303).

De acordo com Valente et al. (2018) a concretização de direitos sociais por meio das políticas sociais perpassa diversos desafios e elementos, sejam eles econômicos políticos, sociais e culturais, além de envolver diretamente processos legislativos deliberativos. Para conquista destes direitos e por meio de análise por meio de perspectiva histórica, é perceptível que estes são conquistados por meio de lutas sociais empreendidas e protagonizadas pelos sujeitos sociais e a concretude desses direitos torna-se possível a depender da correlação de forças existentes e do estágio em que se encontra a luta de classes.

As políticas sociais com base no modelo de produção fordista aliaram crescimento econômico e desenvolvimento social e, são acrescidas significativamente no período pós-Segunda guerra mundial. Neste momento desenvolve-se o chamado Welfare State que tem como princípios estruturantes: responsabilidade estatal para manter as condições de vida dos cidadãos através da regulação do mercado para manter o nível de emprego e prestação pública de serviços sociais de caráter universal (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Mas isto não se desenha de forma igualitária em todos os países, no caso brasileiro não se pode afirmar a existência de período histórico que se constitua um Estado de Bem-Estar Social. De forma simultânea aos países que implantaram o Welfare State, o Brasil atravessava neste momento o período autocrático-militar marcado por forte disputa de projetos e pela intensificação da luta de classes. Período este com retração de direitos civis e políticos que desaguou em expansão lenta e seletiva das políticas sociais, que por tempo significativo permaneceram paralisadas (BEHRING, BOSCHETTI, 2011).

Desde meados dos anos 1990, estamos inseridos em momento histórico no qual o desenvolvimento das forças produtivas do capitalismo maduro entra em contradição e o modo de produção esgota suas possibilidades civilizatórias. Este período se caracteriza como regressivo de ofensiva à classe trabalhadora em busca de superlucros e com ataques conservadores e reacionários à toda crítica ao capital (BEHRING, 2015). Esta crise dos anos 1990 representa principalmente, uma crise da hegemonia burguesa, que tem seu projeto de classe ameaçado, em decorrência fundamentalmente das crises financeiras globais e da deterioração do

mundo do trabalho. Neste contexto, o Brasil adentra em uma nova fase da ofensiva burguesa e se adapta mais uma vez às requisições do capitalismo mundial, que se configura como uma nova contrarreforma social com o intuito de recompor a hegemonia burguesa no país. Para tal, se submete à agenda imposta pelos organismos financeiros internacional, em destaque o Fundo monetário internacional e o Banco Mundial, que destacam propostas centradas na liberdade econômica, inserção no mercado internacional e promessa de crescimento econômico, medidas que nunca surtiram efeito (BATISTA, 2017).

Conforme Behring (2015), é neste momento que ocorrem as tendências à supercapitalização, inventam-se novas necessidades, ocorre a industrialização do lazer, da cultura e da seguridade social, bem como os processos de privatização de setores produtivos antes assumidos pelo Estado, e isto caracteriza-se segundo a autora como forte privatização do Estado.

Estas tendências apontadas encontram-se ancoradas no ideário neoliberal de sociedade e de ação do Estado perante a execução de políticas sociais para garantir direitos. As ideias neoliberais adquirem respaldo em torno da década de 1970 concomitantemente com a crise capitalista, que de acordo com Mota (2017) torna-se argumento para haver a ofensiva do capital no que tange a apropriar-se de novas fontes de criação de valor que se adequem as suas novas características de expansão. E tem o nítido propósito de

[...] assegurar a acumulação e concentração de riqueza privada às custas da precarização da vida dos trabalhadores. E o fazem, mantendo e aprofundando a desigualdade social existente nas sociedades capitalistas, subtraindo direitos dos trabalhadores, através de várias medidas relacionadas à liberalização da economia, à desregulação do trabalho, realizando ajustes fiscais e, principalmente, a mercantilização e/ou privatização de bens e serviços públicos estatais [...] (MOTA, 2017, p. 30).

Ao corroborar e explicitar o dito acima sobre as características do neoliberalismo, Harvey (2008, p.12) denota que este ideário e estas ofensivas tomam respaldo ao argumentar 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 a propriedade privada, livres mercados e livre comércio.

Conforme Netto e Braz (2008, p. 227)

O Estado foi demonizado pelos neoliberais e apresentado como um trambolho anacrônico que deveria ser reformado – e, pela primeira vez na história do capitalismo, a palavra reforma perdeu o seu sentido tradicional

de conjunto de mudanças para ampliar direitos; a partir dos anos oitenta do século XX, sob o rótulo de reforma(s), o que vem sendo conduzido pelo grande capital é um gigantesco processo de contrarreforma(s), destinado à supressão ou à redução de direitos e garantias.

Complementando o exposto acima, Allan (2016, p. 332) reitera que

[...] os detentores dos meios de produção sempre perseguiram o ideário neoliberal de desregulamentação de direitos [...]. Neste cenário a intervenção estatal é indesejada, pois, ao obrigar o cumprimento de determinados direitos à classe trabalhadora, o Estado impõe freios à exploração da mão de obra, constringendo a acumulação capitalista.

No caso brasileiro impõe-se o discurso de que é necessário construir planos para ajustamento e estes encontrariam território sólido no desenvolvimento de reformas neoliberais no país, que dentre outras coisas, acarretariam em uma forma de reconfigurar o Estado e com isto impactar nas políticas sociais (LAMENHA, 2016). A nova formatação do Estado conduz ao privilegiamento da lógica de expansão e ocupação do capital aliado ao Estado, e isto existe desde os primórdios do capitalismo e avança na era monopolista e acentua-se contraditoriamente no cenário contemporâneo da financeirização (TEIXEIRA, 2018).

A crise do capital desperta neste a necessidade de buscar novos nichos para se expandir e encontram terreno de exploração no fundo público e nos direitos sociais, tornando-os ganhos de mercado, não sendo mais oferecidos aos cidadãos, mas para consumidores (MUSTAFA, 2015). Os anos 1990 foram o ponto inicial no Brasil das ditas 'reformas necessárias', mais conhecidas por nós como contrarreformas pelo seu caráter regressivo. São reformas orientadas para o mercado, e afirmam que o âmbito do Estado era a causa central da crise econômica e social vivida no país e dessa forma este deveria ter sua atuação reduzida.

No que tange ao fundo público, Ferreira (2018) afirma que este significa a estruturação formal da transferência de recursos para as políticas sociais, e é uma estratégia do Estado de articular recursos para também intervir na economia. Porém, tornou-se alvo do capitalismo nessa sua fase de transformações, o que o transformou em esfera de reprodução ampliada do capital. E o capitalismo encontra no Estado apoio incondicional para tal, ou seja, a esfera estatal garante a transferência dos recursos públicos para manter o fundo público no processo de

acumulação capitalista. Na verdade, isto sempre ocorreu, porém no período neoliberal a apropriação se tornou mais notória (FERREIRA, 2018).

Oliveira (2019) denota que a forma que se instaurou a política social no Brasil a partir dos anos 1990 foi uma contraposição às conquistas legais da Constituição Federal de 1988 e

Insere-se na programática do Estado por meio do fortalecimento da aliança entre este e os interesses do capital internacional intermediado por organismos como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e a Organização Mundial do Comércio (OMC), cujas exigências implicam em um redirecionamento do Estado (OLIVEIRA, 2019, p. 265).

Chaves e Gehlen (2019) denotam que nas duas últimas décadas do século XX o ideário neoliberal ganha força e espaço nas práticas governamentais brasileiras e com isto delinham as políticas sociais por meio de perfil assistencialista, conseqüentemente suprime a lógica pautada no direito social garantido pelo Estado. Este tipo de política social passa a não responder satisfatoriamente às necessidades da população.

A noção do que é público acaba por se esvaziar diante da ofensiva neoliberal, e conforme Oliveira (2019) passa a cumprir de modo destrutivo sua agenda no Brasil, ao articular um conjunto de elementos teóricos, ideológicos e práticas de caráter privatistas que desaguam na retração das políticas sociais. Dessa forma, torna-se complicado haver privilegiamento do social e ao mesmo passo atender as empresas e organismos que representam o capital internacional, pois o grande interesse desses segmentos é a mercantilização dos serviços sociais.

Ao refletirem sobre as implicações de consolidar um modelo de condução de políticas sociais baseado no ideário neoliberal, Chaves e Gehlen (2019) explicitam que

[...] no discurso neoliberal dos direitos sociais vai construindo o arcabouço, bordando o tecido e configurando o próprio sentido de injustiça, aprofundando as desigualdades sociais, precarizando o trabalho e as relações sociais fundamentado pelo Estado neoliberal como contingência histórica e inevitável [...] os discursos sobre os direitos sociais e combate à pobreza aparecem como suportes de posições subjetivas, simulatório, opaco e interesseiro, cooptado pelo interesse econômico. Discurso mascarado por muita retórica sobre liberdade individual, autonomia, livre mercado e livre-comércio que legitimou políticas públicas destinadas a restaurar e consolidar o poder da classe capitalista. Discurso que constrói o ideário de cidades globais, projetadas para o cenário internacional e disponíveis aos capitais externos, nas quais a privatização dos serviços vem engendrando novas formas de migrações, explorações e expropriações (CHAVES E GEHLEN, 2019, p. 291).

Os processos mencionados de expropriação de direitos têm características abrangentes a nível mundial e subcontinental, mas adquirem particularidades no Brasil e se realizam por meio de ajustamento econômico, políticas de contenção fiscal e mudanças na legislação que influem direta ou indiretamente no crescimento da dívida pública e ampliação do capital financeirizado (MOTA, 2017). A autora acrescenta que

[...] essas investidas vêm se dando, principalmente, através dos seguintes processos. Processos mediados pelo Estado através de iniciativas que evidenciam o apoio majoritário dos poderes legislativo e judiciário na desregulação do trabalho, na supressão de direitos sociais, na privatização e/ou mercantilização da educação, da saúde, da previdência social e dos serviços públicos em geral (MOTA, 2017, p. 31).

Sobre o Estado neoliberal, Chaves e Gehlen (2019) o denominam como Estado de função negativa sem intervenção. O que ocorre é a existência de um Estado interventor em determinadas questões que sejam de interesse ao favorecimento do grande capital e omissos principalmente no que tange à efetivação e ampliação dos direitos sociais, e consuma assim a ampliação da expropriação dos direitos e da desigualdade social. Chaves e Gehlen (2019) evidenciam que o problema do neoliberalismo se torna maior ao passo que as desigualdades sociais se avolumam e os recursos financeiros para saná-las vem em crescente diminuição e por isso os direitos sociais não estão sendo plenamente assegurados.

Inicialmente a hegemonia do neoliberalismo era adotada somente por governos que se denominavam explicitamente de direita, mas depois, todo e qualquer governo passou a adotar, inclusive os que se intitulavam de esquerda (ANDERSON, 1995). No Brasil isso é observado nos governos petistas, pois, segundo Castelo (2013) o governo Lula manteve e aprofundou a orientação da macroeconomia dos mandatos de FHC, instaurando o que pode ser chamado de social-liberalismo, a variação ideológica do neoliberalismo. No qual o Estado e o mercado se associam com o suposto ideal de combinar crescimento econômico com ganhos sociais de forma simultânea.

Conforme Mustafa (2015) é notório que na era Lula-Dilma a orientação das políticas sociais não se respaldava em direitos universais, mas na lógica da focalização na pobreza extrema, por meio dos programas de transferência de renda. Aliado a estratégias de privatização das políticas sociais que demonstram dualidade no acesso aos serviços sociais, no qual se cria um setor público para os pobres,

com escassos recursos e cada vez mais desfinanciado, e do outro lado é fomentado o setor privado para quem pode pagar. Dessa forma, a política social é destinada a ser assistencial aos pobres, de forma a ser alívio à pobreza, e não há relação com a concepção universalizante da política social.

Aliado a esta concepção neoliberal encontra-se fomentado no Brasil contemporâneo o recrudescimento do neoconservadorismo que encontra solo fértil na concepção neoliberal. Conforme Souza (2015) o conservadorismo clássico dificilmente assume posição ou filiação teórica aproximando-se do pragmatismo ou empirismo, já o neoconservadorismo, chamado de conservadorismo moderno constrói a possibilidade de se aproximar do pensamento liberal/neoliberal. Os neoconservadores demonstram-se menos reativos às mudanças institucionais no interior do capitalismo e fomentam o ideário de desregulamentação, liberalização, privatização e reformas (compreendidas aqui como contrarreformas).

Todas essas questões nos dão subsídio para pensar sobre a política de saúde no Brasil e seus processuais e avassaladores retrocessos trazidos fundamentalmente pelo ideário neoliberal incipiente no trato das políticas sociais no país.

### *2.2.2 Contrarreformas na saúde e impasses para o SUS.*

O desenvolvimento histórico da política de saúde no Brasil é marcado pelos traços do conflito e da divergência entre o modelo privatista e a luta pela afirmação da saúde pública. No meio deste tensionamento encontra-se o Estado moldando-se para atender interesses distintos, e a depender do momento abrindo-se ao diálogo mais a um lado que a outro. Apesar de desde os tempos mais remotos haver as tensões, nos anos recentes desenvolve-se no país um intenso movimento de dizimação do SUS vigente em favorecimento de proposições que em nada se assemelham ao seu caráter, pois, baseiam-se no ideário mercadológico para definir as ações de saúde, que é um direito social.

Os anseios privatistas assombram a saúde no Brasil de forma robusta desde o período da ditadura militar, colocando como sua orientação principal as regras do mercado por meio da exploração capitalista da doença como fonte de lucro. O setor privado nacional da saúde possui

fortes vínculos com o capital internacional, através de sua relação com o complexo financeiro industrial médico, hospitalar, farmacêutico e de insumos. Além da exploração da população que faz uso dos serviços através da compra direta de consultas, procedimentos e exames, ou utilização de planos e convênios privados [...] (BRAVO ET. AL, 2018, p. 10).

Conforme Laurell (2016), é necessário que se questione a saúde como um objeto científico-técnico complexo e especializado, na qual domina a visão centrada na medicina, pondo esta acima da compreensão social mais abrangente. É este mesmo modelo que acarreta na percepção da saúde como campo de consumo, em vez de ser concebida como área de direitos e cidadania. E acrescenta que

O peso econômico transforma a atividade médica em uma importante área de geração de renda e acumulação de capital. Na última década, os planos ou seguros de saúde têm aumentado a sua importância dentro do complexo médico-industrial, consolidando o capital financeiro do setor e do resto da economia. Assim, estão presentes importantes interesses econômicos com poder político e capacidade de lobby na indústria (LAURELL, 2016, p. 02).

O projeto privatista realmente pouco se importa com a integralidade das ações, como também não tem interesse em promover a proteção e a promoção da saúde como forma de evitar adoecimentos dos sujeitos. Visto que o que lhes permite a realização do lucro é a doença, que para ele é nicho mercadológico com alto potencial, com ênfase no Brasil que possui os indicadores de saúde extremamente negativados (TEIXEIRA, 2018).

A atenção à saúde no Brasil esteve de forma intrínseca e histórica associada à previdência social e ao atendimento medicalizado, e isto implica em dificuldades marcantes na busca pela equidade no direito dos cidadãos à saúde. Dessa forma, a política de saúde no Brasil vem se constituindo baseada nesses tensionamentos, e como afirma Cohn (2002, p. 13) “[...] essa complementaridade tensa traduz exatamente a questão do coletivo contraposta ao individual, a do curativo contraposta ao preventivo”.

No final dos anos 1970 e início dos anos 1980 ocorreu o processo de fragilização do modelo ditatorial-militar, nesta fase de rompimento cresceram as reivindicações dos diversos setores sociais, inclusive no campo da saúde pública, com propostas de reformulação desta. Segundo Cohn (2002), esses processos exigem a construção do resgate à saúde em sua concepção política, não se tratando de sobrepor a política à técnica, mas de que haja enfrentamento aos entraves político-institucionais postos na questão da saúde pública.

Emergem neste contexto, movimentos reivindicatórios gerados pela insatisfação com as intervenções estatais que estavam direcionando-se à articulação com o desenvolvimento capitalista. No que tange à saúde, ganha destaque o Movimento de Reforma Sanitária, que segundo a Fiocruz (s.d.) é a expressão utilizada para se referir ao conjunto de ideias em relação a mudanças necessárias na área da saúde, transformações que não abarcavam apenas a ideia de construção de um sistema de saúde em totalidade, envolvendo melhorias nas condições das populações.

A preocupação central do movimento era de assegurar que a atuação do Estado fosse em função da sociedade, com base na concepção de estado democrático que arcasse com a responsabilidade das políticas sociais e consequentemente com a saúde (BRAVO, 2009). De acordo com Salvador (2015), este foi o movimento responsável por materializar o conceito ampliado de saúde na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, a partir da concepção deste movimento,

a saúde passa a ser entendida como resultado das condições de vida da população envolvendo aspectos sociais, culturais, econômicos e biológicos. Essa noção reconhece que as formas de vida em sociedade são decorrentes das relações de produção e da inserção das pessoas nesse processo. A saúde assume sua dimensão dialética ao ser apreendida como indispensável ao desenvolvimento social e ao mesmo tempo fruto dele. (SALVADOR, 2015, p. 04)

Um desafio que estava posto naquele momento de transição democrática era principalmente como estabelecer conciliação entre a democracia e as profundas desigualdades sociais que marcavam a sociedade brasileira, em um contexto no qual eram crescentes a invisibilidade social e a desvalorização das políticas sociais. A luta pela saúde articula-se à perspectiva da construção da cidadania, propondo pautas que sejam passíveis de universalização, e deve sair da lógica de que existem meros 'clientes' das políticas sociais e compreender que estes são sujeitos do processo (COHN, 2002).

A questão da desigualdade tem estreita vinculação com as representações de saúde e doença, e conforme Cohn (2002, p. p. 159),

“A saúde aparece interdita aos que recebem menores salários pelas dificuldades na obtenção de alimentos e por condições adversas do local de moradia, e os cuidados com a doença interditados pela situação de renda e habitação, com ênfase na ausência de recursos [...] incluindo transporte deficiente para o paciente, falta de dinheiro para remédio e condições adversas das instituições de saúde.”

As discussões em torno da construção de um sistema de saúde público e universal avançaram com o passar da década, mesmo com os tensionamentos os movimentos sociais conseguiram ampliar sua participação nos espaços de construção das propostas legislativas sobre a saúde, especialmente na Assembleia Constituinte realizada em 1987. Conforme Soares (2010), a partir deste momento, com o fim do regime autocrático começam a ser atendidas muitas das reivindicações dos movimentos sociais na constituição de 1988, dentre essas a elaboração do SUS. Dois anos após, constrói-se a Lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), instituindo e ampliando o que foi inicialmente apontado na constituição; a Lei 8.142, aprovada no mesmo ano diz respeito ao controle social na saúde e financiamento, expressando o atendimento a várias das demandas do Movimento de Reforma Sanitária.

De acordo com Cohn (2002), há um real avanço no setor saúde que agora tem indispensáveis requisitos: os dispositivos constitucionais e as legislações, que trazem uma nova concepção de direito à saúde, pautada em mecanismos mais abrangentes e complexos do que a simples assistência médica curativa e individualizada. Porém, esses avanços encontram dificuldades de efetivação, esbarrando não apenas na gravidade do quadro sanitário, mas com o impacto das transformações institucionais no aparelho do Estado. Esta compreensão de saúde como direito universal e de responsabilidade do Estado, implica em avanços, mas simultaneamente emergem os desafios à sua implementação (SALVADOR, 2015).

Logo após a construção da legislação do SUS, as respostas do Estado à crise do capital atingem duramente as políticas sociais; no que tange à saúde, antes mesmo de ser consolidada por completo já começa a sofrer graves retrações (SOARES, 2010). A partir de 1990 consolida-se um projeto de saúde voltado para o mercado, fruto de um forte ataque do capital aliado aos grupos dirigentes do Estado, que passa a não ser mais o responsável direto pelo desenvolvimento, e torna-se apenas promotor dos mínimos e regulador, transferindo ao setor privado o que antes eram atividades e responsabilidades suas (BRAVO, 2009).

Laurell (2016, p. 02) aponta que

A reforma neoliberal desafia, basicamente, a ideia do direito à saúde como um direito humano e social e empreende o caminho para a sua mercantilização. Essa política baseia-se na economia neoclássica com a premissa de que o mercado é o melhor distribuidor de recursos e que a concorrência melhora a qualidade e diminui os custos; premissas nunca comprovadas na área da saúde.

O interesse do projeto privatista tem a característica de reatualizar o modelo médico assistencial individualizado, e encontra na política de ajuste fiscal do Estado um terreno fértil para se afirmar. Ao aderir à lógica privatista capitalista, o Estado restringe seu papel a garantir os mínimos a quem não pode pagar, e para o setor privado ficam os atendimentos dos que têm acesso ao mercado. O modelo privatista “tem como premissa concepções individualistas e fragmentadas da realidade, em contraposição às concepções coletivas universais do projeto contra hegemônico” (BRAVO, 2009, p. 102).

Como dito acima, existia a ideia de que as práticas privatistas e a hegemonia do ideário neoliberal só seriam utilizadas pelos governos ditos explicitamente de direita, e por isso, colocava-se no governo Lula – auto assumido de esquerda - a expectativa de que este fortalecesse o SUS constitucional, mas no embate entre os universalistas e os focalistas, estes foram sendo cada vez mais fortalecidos e

a defesa da primazia do Estado na saúde para o atendimento dos segmentos mais pobres da população ganha cada vez mais eco, e com a pressão do desfinanciamento, a perspectiva universalista está cada dia mais longe de ser atingida. A grande questão é a segmentação do sistema, com ênfase nas ações privadas, que passam de complementares para essenciais (CFESS, 2009, p. 22).

Esta tendência de polarização de interesses e a lógica privatista do SUS permaneceram nos anos subsequentes, no governo Lula foi mantida a lógica de política macroeconômica interferindo nas políticas sociais. Segundo Menezes (2014), o governo Lula implementou fundamentalmente políticas sociais compensatórias, com caráter focalizado, em detrimento de estruturas pautadas pela lógica do direito. Bravo (2009) corrobora com esta afirmação ao afirmar o destaque que os governos de Lula aderiram à lógica da precarização, terceirização dos recursos humanos da saúde, desfinanciamento<sup>8</sup> e a falta de vontade de viabilizar a seguridade social em sua concepção articulada e unificada. Mas reitera que apesar do governo Lula pôr em prática uma lógica de continuação da contrarreforma e do desmonte, ele traz para dentro do escalão do Ministério da Saúde, profissionais comprometidos com o Movimento de Reforma Sanitária, que vinha por um tempo considerável sido deixado à margem das discussões intragovernamentais.

---

<sup>8</sup> O desfinanciamento difere do subfinanciamento. O subfinanciamento diz respeito à redução progressiva dos recursos empreendidos no SUS, enquanto o desfinanciamento, segundo Pigato (2019) está ligado à reduzir o que já é insuficiente, ou seja, o SUS está em transição do subfinanciamento para o desfinanciamento.

Corroborando a fala acima, Lamenha (2016, p. 04) afirma que

Nessa conjuntura, com o avanço das propostas reformistas [...] a área da saúde passa a ser norteadada pela lógica da focalização, privatização, desregulamentação das condições de trabalho e sofre com o problema de subfinanciamento, marcado pelo crescente repasse do fundo público para o setor privado. Ao invés de prover a ampliação e consolidação do Sistema Público de Saúde, o governo passou a fortalecer os interesses do capital, ao buscar consolidar o processo de privatização progressiva da saúde, tanto por dentro do SUS, com o aumento de contratação de serviços privados de saúde, como pela transferência dos serviços para os denominados modelos privatizantes de gestão.

As gestões Lula-Dilma conseqüentemente fomentaram a ampliação da contrarreforma. E ao perceber a materialidade do SUS por meio do investimento financeiro realizado nele, pode-se perceber alinhamentos entre FHC, Lula e Dilma, visto que o perfil dos gastos não deu conta de atender ao que o SUS propõe, não condiz com um sistema universal, visto que os gastos não evoluem (ver anexo 1) e se institui a batalha constante entre o superávit primário x investimento em políticas sociais (SOARES; SANTOS, 2014). Além disso demonstraram equívocos que podem ser representados pelo exemplo de privatizar ações e serviços, com contratações privadas para substituir o serviço público e,

com a rede própria do SUS fragilizada e os profissionais médicos optando pelo exercício profissional na rede privada contratada/conveniada, a população e os gestores ficaram totalmente reféns da rede privada e das corporações profissionais organizadas em instrumentos de intermediação de mão de obra denominados “cooperativas”, formando verdadeiros cartéis pelo país afora. (JÚNIOR, 2014, p. 21)

Júnior (2014), ainda destaca que especialmente no governo Dilma há uma crescente abertura para atuação das organizações sociais e OSCIP's (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público), que se espalham por todo o país aprofundando a precarização do SUS. Sendo importante frisar que esses avanços da lógica privatista acontecem na contramão das deliberações e resoluções dos colegiados do controle social.

Indiscutivelmente há um abismo que se torna cada vez mais profundo entre o que está estabelecido legalmente no que diz respeito ao SUS e o que se apresenta na realidade, pois, de fato o sistema de saúde que se desenha desde os anos 1990 não é o ligado à lógica transformadora e democrática, mas baseada em princípios com pouca relevância democrática e grande prevalência do mercado. Este cenário demonstra-se em constante agravamento na cena contemporânea, com a ampliação do desfinanciamento das políticas sociais e com a instauração de governos com

alinhamento de extremo neoliberalismo que vem deturpando cada vez mais o ideário de saúde pública, equânime e universal.

Com a interrupção do governo de Dilma Rousseff por um processo ilegítimo de impeachment, estabelece-se no Brasil o governo de Michel Temer, que acirra os processos de privatização da saúde brasileira, demonstrando-se pouco interessado em manter a saúde como um direito. De acordo com Soares (2018), o governo de Michel Temer expressou descompromisso completo com a saúde pública vista pelo lado do interesse dos trabalhadores, e deixou clara a instrumentalização para implantar uma gestão de favorecimento aos interesses dos representantes do capital privado na saúde.

O cenário brasileiro pós-golpe de 2016, torna-se terreno favorável para a expansão do ideário do capital privado da saúde, encontrando apoio incondicional do governo vigente, que corrobora esta posição de desmonte do SUS e implanta normatizações que ampliam o espectro de possibilidades para afirmação da retração do âmbito público em favorecimento do privado, a exemplo da contenção de gastos que se estenderá por 20 anos, que está sendo implementada após a Emenda constitucional 95/2016.

Os setores ligados aos planos privados de saúde passam a obter mais espaço no diálogo com o Estado, e Soares (2018, p. 27) reitera que

Na prática, a gestão do ministro Ricardo Barros trabalhou em sintonia com essas proposições, pois mantinha contato permanente com setores e entidades privadas da saúde, como se fossem efetivamente conselhos consultivos orientadores da gestão da política.

Teixeira (2018) denota que no governo Temer ocorre a aceleração da contrarreforma e a continuidade do processo de privatização não clássica da saúde<sup>9</sup> que veio adensada por meio do congelamento dos recursos orçamentários por 20 vinte anos. Também houve a proposta dos planos de saúde acessíveis/populares que tem a ver com as recomendações do Banco Mundial para o SUS como substituição aos sistemas nacionais. São enunciados genéricos com estímulo a maiores gastos dos indivíduos e famílias com modelos de pré-pagamento ou coparticipação para acessar a serviços básicos de saúde, inclusive com planos

---

<sup>9</sup> Este é um conceito trazido por GRANEMANN (2011) que o define como um formato de privatização no qual ao contrário da privatização clássica - na qual há venda direta dos serviços públicos a empresas-, o Estado não vende os serviços, mas se abstém da execução direta dos serviços públicos e promove deslocamento da gestão fundamentalmente para o setor privado não-lucrativo, por meio de repasses de recursos públicos, patrimônio e isenção de impostos, e como exemplo aparecem os modelos privatizantes de gestão.

privados atendendo nas unidades públicas de saúde (BAHIA et al. 2016). O governo reitera o aprofundamento das contrarreformas e acelera os desmontes das políticas públicas de caráter universal. E demonstra um aprofundamento da abertura da saúde ao setor privado que tem se ampliado com livre concorrência dentro do SUS o que aparece como um processo avassalador da mercantilização da saúde com apoio ativo do Estado (FERREIRA, 2018).

Um dos marcos da articulação governamental com o capital privado na saúde foi explicitado em abril de 2018, com a realização de um fórum nacional denominado “1º Fórum Brasil – Agenda Saúde: a ousadia de propor um novo sistema de saúde”, convocado pela FEBRAPLAN (Federação Brasileira de Planos de Saúde), com o intuito de reunir os líderes dos segmentos privados da saúde e as lideranças governamentais para formular propostas e construir um direcionamento à construção de um sistema de saúde substituto ao SUS. Conforme Reis (2016, p. 129) “para os que têm se dedicado à luta pela construção do SUS [...] tais manifestações afrontam os princípios constitucionais e trazem enorme preocupação diante da possibilidade concreta de produzirem um desmonte sem limites do SUS”.

As intenções e os planos que o setor do capital privado tem para a saúde demonstram-se incongruentes com o que está posto nas legislações que dão conta de regulamentar o SUS e suas ações. Muitas são as questões que foram discutidas no governo Temer que divergem significativamente da proposta original do SUS, principalmente na questão da universalidade que segundo afirma a Integra (2018), no citado fórum, o ex-ministro da saúde no governo Collor, Alcení Guerra, afirma que uma das metas é garantir que a metade da população deixe de ser atendida de forma pública, universal e gratuita e seja repassada aos atendimentos exclusivos de forma privada. Diferentemente das legislações, que atestam que o atendimento deve ser universal, estas proposições de ‘novo sistema’ representam negação do direito à saúde que possa ser exercido por todos/as, deixando o pouco que restar do SUS para servir ao atendimento dos mais pauperizados e que de nenhuma forma podem pagar o acesso ao privado.

Outra questão de relevância diz respeito ao financiamento do SUS, que de acordo com a Lei 8.080/90 advém do orçamento da seguridade social que tem por papel destinar ao SUS os recursos necessários à realização de suas finalidades, e os recursos são depositados em contas especiais dos respectivos fundos de saúde

nas esferas de atuação, e as finanças só devem ser movimentadas sob a fiscalização dos respectivos conselhos de saúde. As propostas do capital privado são conforme a nota da Integra (2018) que o Estado realize transferência dos recursos aplicados no SUS para financiar a atenção da alta complexidade nos planos privados de saúde.

Isto também deixa nítido o caráter centralizado na alta complexidade, deixando de fora as ações preventivas e de promoção da saúde, centrando-se no atendimento individual, focalizado e medicalizado. Deixando de considerar as determinações sociais da saúde, focando mais na recuperação da doença do que em promover saúde efetivamente. Revela também o esforço do Estado em atender às necessidades prementes do capital privado em saúde, sobre isto Soares (2018, p. 29) afirma que

De fato, no governo Temer, a defesa explícita de uma reforma do SUS e de sua inviabilidade nos anuncia que a desconstrução da concepção de direito público na saúde está andando a passos largos, agora alimentada por uma cultura da crise que anuncia a quebra do Estado em decorrência dos gastos com políticas sociais consideradas de cunho populista. Sem dúvida alguma que a inviabilização e/ou profunda restrição de alternativas emancipatórias – mesmo que sob os limites da cidadania burguesa – constitui-se o esteio para o aprofundamento da espoliação de bens e direitos públicos, precisamente o direito à saúde.

Segundo o posicionamento da Associação Brasileira de Enfermagem - Aben (2018), ao mesmo passo que há o sucateamento os serviços públicos de saúde, cresce com o apoio do Estado a obtenção dos ganhos dos planos de saúde privados, por meio de maquiagens enganosas de que existe uma assistência de qualidade, quando na verdade são serviços restritos e onerosos à população que os acessa. Está claro que esta é uma proposta incompatível com os direcionamentos do SUS, pois visa aplicar recursos não no âmbito público, mas anseia contar com o apoio basilar do Estado para ampliar a rede privada e transferir o direito à saúde em direção à lógica da mercadoria. Esses ataques ao SUS destroem o que há de mais rico na nossa política pública de saúde que é sua base universal, pública, gratuita e de qualidade (ABEN, 2018).

Aliado a isto, ao destituir o SUS da sua base legal vigente, estaremos de frente a um sistema delineado por princípios anti-democráticos, que exprimem um posicionamento estatal o qual

[...] potencializa a utilização intensiva da máquina pública de maneira clientelista, arregimentação de apoio político e atendimento de interesses privados, indo além da paralisação ou desmonte das políticas de saúde em

curso [...] nesse contexto, o governo Temer impõe novos e graves contornos à dinâmica da crônica crise vivida pela saúde e produz a mais grave ameaça ao SUS em três décadas. [...] a defesa explícita da revisão do seu tamanho; ou que o problema do SUS não é a falta de recursos e seu crônico subfinanciamento, mas a ‘falta de gestão’; que os direitos sociais previstos na CF 88 não cabem no orçamento público e que, portanto, devem ser revistos. São posicionamentos que respaldam teses de economistas liberais – que atuam dentro e fora do governo – e de setores políticos e empresariais que apostam no desmonte do Estado Democrático de Direito, dos quais o SUS é uma das mais importantes expressões. (REIS, 2016, p. 129)

Constrói-se então um terreno fértil para aprofundamento do sucateamento e ampliação da ofensiva ferrenha dos setores privados na busca do apoio do Estado para ‘transformar’ a saúde brasileira, principalmente pela aprovação da Emenda Constitucional 95/2016. De acordo com Reis (2016), esta emenda demonstra-se como a mais grave e devastadora ameaça para o SUS, pois, institui um novo regime fiscal de forma a limitar os gastos públicos, inclusive os da saúde por 20 anos.

O orçamento da saúde será reajustado apenas pela apuração da inflação, deixando explícita a desconsideração das necessidades de saúde da população nos próximos anos, o impacto do crescimento e envelhecimento populacional, a necessidade de expansão da rede de saúde, os impactos tecnológicos. Desvincula os gastos sociais dos possíveis crescimentos da receita nos 20 anos que se seguem, não havendo ampliação de investimento nas áreas sociais, estando nesse rol, o SUS (REIS, 2016). Esta tendência já é apresentada desde o governo Lula, mas se agudiza a partir do governo Temer e vincula a saúde ao mercado, com ênfase nas parcerias com a sociedade civil, responsabilizando-a e fazendo esta arcar com os custos da crise e dos ajustes decorrentes desta, sendo uma característica marcante desse processo a refilantropização das ações em saúde com o intuito de reduzir os custos (BRAVO, 2009).

A justificativa do capital privado da saúde é que o problema do SUS é a má gestão, dessa forma, visa trazer a gestão para o âmbito privado, de forma a substituir o público pelo privado e dessa maneira garantir maior eficácia na saúde. Porém, para aqueles que defendem o SUS, a estratégia para solucionar os problemas do sistema não é a de substituí-lo por um novo modelo que se demonstra como privado, seletivo e restrito, mas reconhecer as potencialidades presentes na possibilidade de ampliar o sistema vigente.

É importante destacar que na contramão das ofensivas ao SUS, articulam-se movimentos em sua defesa, que de acordo com Ravagnani (2013), demonstram-se

como importantes aparições no âmbito da resistência, e continuam firmes na defesa dos interesses e necessidades coletivas. Corroborando isto, Silva (2014) põe em tela a “Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde” como o ponto de resistência das inflexões no projeto de reforma sanitária brasileira, e vem desenvolvendo atividades efetivas em seu posicionamento combativo frente às ameaças ao SUS. O papel central da ‘frente’ é o de

defesa intransigente do caráter público estatal da saúde, com investimento público na ampliação da rede pública de serviços. O caminho estratégico é conduzir uma ruptura com as bases privadas do setor público de saúde, pressupostos que se opõem à redução da atuação do Estado e à regulação da saúde pelo mercado (BRAVO; CORREIRA, 2012, p. 146).

Essas articulações de construir um novo sistema que substitua o SUS, afirmam-se como a construção da lógica da saúde como mercadoria e não mais como um direito, ameaçando o atual caráter do SUS e não mais apenas propondo reformas ou privatizações, mas, além disso, expõem um intenso interesse em dizimar o Sistema Único de Saúde em favorecimento de construir uma nova lógica de saúde para o país totalmente incompatível com sua realidade, que amplia as desigualdades e iniquidades em saúde. E como reitera Soares (2018), essas ações engendrarão um intenso processo de focalização da saúde a níveis extremos que podem culminar na inviabilização completa de um SUS para todos.

Estas articulações com o intuito de dizimar o SUS demonstram o caráter claramente focalizado e restrito da concepção de saúde com base no ideário capitalista neoliberal. E sobre isso Laurell (2016) disserta que ocorre, pois, a saúde nesta concepção aparece como preocupação temporária, e deve estar particularmente associada à doença ou risco de vida. Sendo esta a questão central da diferenciação, contradição e tensão aparentes das políticas progressistas democráticas de direito e as políticas de direcionamento neoliberal, que leva os sistemas de saúde pública a uma constante fragilidade.

Conforme Mathias (2018) diante do contexto contemporâneo os sistemas universais de saúde perderam espaço, visto que não há nenhum interesse do capital financeiro na saúde das pessoas, basta assim a saúde mínima que sirva apenas para manter os trabalhadores vivos e o mercado se encarrega do resto. A batalha pelo SUS hoje é bem maior do que era na época de sua criação, pois tornou-se um sistema que tem grande espaço para realização das mercadorias produzidas pelo capital.

A construção desse tipo de sistema de saúde está na contramão da agenda governamental que vem sendo implementada no Brasil. É preciso repensar que o SUS sempre representou muito mais do que sua implementação, mas também sua conquista sempre esteve aliada a um projeto de sociedade, e o sistema só faria total sentido em uma sociedade que não fosse regida pela lógica do mercado, mas pelo sentido da igualdade. Da mesma forma que esta sociedade não foi alcançada, o SUS também nunca funcionou como deveria (MATHIAS, 2018).

Uma das questões que assombram o SUS desde sua formulação são as orientações do Banco Mundial para o Brasil, visto que a saúde aparece como interesse político do banco desde a década de 1960, mas é em 1975 que surge o primeiro documento direcionado ao setor, que se intitula: Saúde: documento de política setorial. O documento defende a tese de que a saúde da população melhoraria como consequência do desenvolvimento econômico (RIZZOTO, 2000).

Especificamente para o Brasil, o primeiro documento norteador é lançado em 1991, com o título: Brasil: novo desafio à saúde do adulto. Documento que trazia recomendações ao SUS que se direcionavam na perspectiva da focalização das políticas públicas em grupos específicos, de maneira a quebrar a universalidade do sistema (NETO, 2017). O documento utiliza de forma constante a ideia de eficiência, que norteia a proposta de necessidade de reordenar os modelos de prestação de serviços e financiamento do sistema. E para tal, alega que deve haver relação entre insumos e resultados, com perspectiva de que para haver uma saúde eficiente, deve-se produzir progressos com um determinado nível de gastos (NETO, 2017). E também

O reordenamento da prestação dos serviços de saúde tem seu destaque no questionamento do papel do Estado, no setor. Dessa forma, o Banco questiona a execução direta da assistência pelo Estado e recomenda a desresponsabilização deste, na prestação de serviços, como tática para aumentar a eficiência do sistema. Na prática, essa orientação pretende resumir a ação estatal à de reguladora do mercado de serviços, com a função de criar agências para contratar e controlar os serviços privados. Orientado por essa lógica, o banco preconiza a descentralização da administração dos serviços de saúde, financiados pelo Estado, para instâncias não governamentais, estimulando, dessa forma, a atuação da iniciativa privada, na oferta de serviços para o setor (NETO, 2007, p. 57).

O documento mais recente publicado pelo Banco Mundial (2019) é denominado 'Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro' e traz algumas proposições para 'melhorias' no SUS. O Banco Mundial anseia que o Brasil

encontre equilíbrio para manter um nível adequado de gasto público para eficiência do sistema, além de afirmar que os desafios enfrentados pelo SUS exigem um aprofundamento das reformas na saúde. Propõe também que se reconfigure o modelo de prestação de serviços, premie os resultados mais eficientes e que se amplie a saúde suplementar. É nítido que não se defende a ampliação do financiamento, mas a melhoria dos resultados com o subfinanciamento existente. Traz também como solução a racionalização dos leitos hospitalares, ou seja, sua redução, e que o SUS deve se limitar a garantir serviços mínimos por meio de pacotes de benefícios, de forma a retirar a universalidade para conter os custos, e incentivar o crescimento da saúde privada suplementar (BANCO MUNDIAL, 2017).

Ainda segundo Neto (2017), de forma paralela, os documentos do Banco mundial defendem que o financiamento e a governança sejam as formas centrais da intervenção estatal na saúde. Há uma defesa persistente da desresponsabilização do Estado – que em momento nenhum quer dizer ausência – na execução direta dos serviços do SUS, de maneira a fomentar a assistência privatizada por meio dos contratos de gestão, que repassam o comando para entidades não pertencentes ao Estado, com arranjos organizacionais flexíveis. As diretrizes impostas pelo banco se baseiam no ideário que as dificuldades que o SUS encontra são de gestão e organizacionais, mas não de financiamento. Porém, entende-se que o SUS não é mal gerido, mas carente historicamente de uma política efetiva de financiamento que diga respeito ao seu porte universal e possibilite expandir e ampliar os serviços. Entretanto, este aumento de recursos não deve ser direcionado à iniciativa privada, mas ser vinculado ao fortalecimento do setor estatal e ao questionamento à macropolítica econômica atual representada principalmente pela Desvinculação das Receitas da União - DRU (NETO, 2017).

Conforme Santos (2018) e Noronha et al. (2018), o SUS encontra-se fragilizado, fragmentado, com escassez de articulação, sub-remunerado e sem definição de prioridades. O subfinanciamento federal do SUS é inegável e gera distorções e desvios na implementação do sistema, que tem como fatores centrais a desconsideração da indicação constitucional do mínimo de 30% do orçamento da seguridade social, a concessão de benefícios e abono de tributos às instituições privadas, desvio de recursos do SUS para outras prioridades do governo, aprovação da EC – 29 que vincula o financiamento do SUS à receita de impostos somente para

os Estados e Municípios, da Lei de Responsabilidade Fiscal que limita o quadro público de pessoal. Além do crescimento e sistematização de subsídios públicos federais ao mercado privado de saúde que deveriam ser complementares e acabam se tornando elementares, como também vetos a projetos que estendem o financiamento do SUS.

As restrições orçamentárias e outros ataques também vêm desestruturando os eixos estratégicos do SUS e a Emenda Constitucional 95/2016 aparece como forma de constitucionalizar o fim do SUS e isto se atrela à ideia que o subfinanciamento do SUS está atrelado à construção subliminar de outro modelo de atenção à saúde visto que o setor privado vem progressivamente substituindo a responsabilidade do Estado. O SUS está envolvido por uma falsa propaganda de arranjos público-privados com custo público menor, que contribuem para a iniquidade do financiamento. Outra questão é que os recursos humanos e materiais são insuficientes, terceirizados e precarizados.

Santos (2018) e Noronha et al. (2019) trazem à tona também que parte da classe trabalhadora cedeu ao corporativismo dos planos privados e acessíveis de saúde e para mudar este quadro as militâncias e lideranças do movimentos sociais contra hegemônicos devem fazer avaliações críticas de suas posições, pois, torna-se urgente preservar as conquistas do universalismo e dos direitos sociais.

No que tange ao governo vigente de Jair Bolsonaro os indícios e as primeiras ações governamentais em relação à saúde vão contra ao proposto pelo SUS, deixando claro o compromisso com o capital privado e o aprofundamento dos processos de contrarreforma na saúde.

Em análise prévia ao início do governo Bolsonaro, Lourenço (2018) realizou algumas pontuações e já vislumbrava as tendências da nova gestão do país e seus impactos para a saúde. Ele afirma que o SUS neste momento acaba por entrar na fase mais crucial de sua história e reafirma que muito embora seja um sistema com graves problemas e subfinanciado, ainda assim é um dos modelos mais abrangentes de atendimento populacional no planeta, visto que em torno de 70% da população brasileira depende de forma exclusiva do acesso ao SUS.

Lourenço (2018) destaca o temor dos estudiosos e profissionais da área, visto que houve crescente precarização do SUS nos últimos anos, principalmente a partir da emenda constitucional do 'teto dos gastos' e além disto, o ministro da economia

Paulo Guedes insiste na reiteração de reduzir a presença do Estado. E aliado a isto está um plano de governo pífio e genérico, o qual possui poucas descrições sobre a saúde e segue a lógica da não formulação de meios de implementar o sistema e o que é mais grave: o trata muito mais no campo da questão técnica do que como política pública nacional. Como também dá espaço para reduzir a presença do Estado e provocar mais amplas investidas dos agentes particulares na saúde.

De forma a concretizar as tendências apresentadas em 2018, o governo Bolsonaro inicia sua gestão reafirmando seu descompromisso com o SUS. Defende publicamente que o orçamento da saúde é grande demais e que deve-se otimizar os recursos de forma a 'melhorar a gestão'. O SUS já tem a característica de ser subfinanciado e os efeitos da Emenda constitucional do teto dos gastos já se apresentam como desastrosos ao sistema, e aliado a isto também está a ameaça de ocorrer a desvinculação dos recursos<sup>10</sup> proposta pelo ministro da economia (Núcleo de Análise de Políticas Públicas do Partido dos Trabalhadores - NAPP – PT, 2019). Segundo dados também no NAPP – PT (2019), pode-se elencar retrocessos em algumas áreas específicas da saúde como a destruição do Programa Mais Médicos, as indefinições referentes à saúde indígena, a desestruturação da participação social no SUS, menos transparência nas ações do sistema.

Além de outras medidas que impactam de forma direta ou indireta na situação de saúde da população, como por exemplo: a liberação do porte de armas, a redução do preço do cigarro e a ampla liberação de agrotóxicos. Retrocessos também na saúde mental por meio da Nota Técnica nº 11/2019 do Ministério da Saúde que retrocede na Reforma Psiquiátrica e inclui os Hospitais Psiquiátricos e as Comunidades Terapêuticas na composição da Rede de Atenção Psicossocial. Com isto, essas instituições receberão financiamento público para atuar e passam a compor uma rede que antes se orientava por uma lógica de cuidado diferenciado do que essas instituições preconizam. A nota também reitera que irá financiar a compra de máquinas de eletroconvulsoterapia, o que também vai contra os princípios da Reforma Psiquiátrica.

---

<sup>10</sup> A vinculação dos recursos públicos é um mecanismo importante instituído legalmente como alternativa para enfrentar a tradição perversa do orçamento fiscal. A saúde possui vinculação orçamentária obrigatória, com fontes tributárias exclusivas para o financiamento, como também os gastos mínimos obrigatórios para os entes federados. A desvinculação das receitas da união ao não dar obrigatoriedade do financiamento, o coloca em vulnerabilidade diante da correlação de forças sociais, e passa a ter o orçamento balizado pelos interesses do capital na articulação da hegemonia, não havendo dispêndios regulares no orçamento público (RIBEIRO; SALVADOR, 2014).

No que tange à atenção básica foi lançado em 12 de novembro de 2019 por meio da Portaria nº 2.979/2019 que se intitula como a instituição do Programa Previne Brasil para estabelecer o novo modelo de financiamento da atenção básica. A peça chave do retrocesso nessa política é a ausência de financiamento federal para um importante equipamento da atenção primária em saúde que é o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. Isto é um prenúncio da dizimação deste serviço, posto que sem o financiamento federal, conseqüentemente no decorrer do tempo os Estados e Municípios não terão como arcar sozinhos com os custos do equipamento.

Outra intempérie recente sofrida pelo SUS no que tange ao financiamento diz respeito à redução do Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres – DPVAT. O DPVAT tem ligação direta com o financiamento do SUS, posto que o sistema recebe 45% do valor arrecado com o pagamento do seguro obrigatório. Com a redução do valor do seguro, o SUS deixará de receber em seu caixa pelo menos R\$ 3 bilhões por ano. Ao levar em consideração que já temos um sistema subfinanciado, este é mais um duro golpe aos recursos do SUS.

Isto reforça o que é atestado por Ferreira (2018), que afirma que o SUS como um sistema de saúde construído como resultado da luta de movimentos sociais, que foi erigido pela sociedade para a sociedade e que engloba questões de moradia, renda, trabalho, educação, condições de habitação e transporte, entre outras questões, isto mostra algo central que o SUS é mediado por diversas outras políticas. É uma política social que está em processo destrutivo, sendo sucateada e mercantilizada e que permite a ampliação da saúde suplementar, apresentando uma complementaridade invertida, na qual aumentam os planos de saúde privados e fortalecem a ideia de que a saúde pública é para os pobres (FERREIRA, 2018).

Este é um processo que não passa ileso da atuação dos movimentos sociais e uma articulação que ganha destaque na atualidade em defesa do SUS é a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. A frente é composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, partidos políticos, entre outros e tem como objetivo a defesa intransigente do SUS público, estatal e gratuito, lutando contra a privatização da saúde, norteadas pelas concepções da Reforma Sanitária. É uma articulação que está constantemente na

rua, e dialoga com os mais diversos sujeitos, a exemplo trabalhadores, estudantes e usuários da política de saúde, trabalha fundamentalmente com a mobilização popular de base. Politiza de forma articulada os retrocessos da saúde e explicita de forma ativa a necessidade de se construir uma contraposição à lógica que vem se impondo ao SUS (SANTANA, 2017).

À guisa de conclusão, é perceptível que os princípios fundantes do SUS são atacados duramente com as constantes contrarreformas que atingem o sistema. O intuito do SUS como dito anteriormente é ser tudo – integral – para todos – universal e equânime – e esse propósito encontra inúmeros desafios pelo caminho, os quais não são de gestão, mas frutos de um precário financiamento direcionado às ações de saúde. Dessa maneira, o SUS encontra-se fragilizado e cada vez mais negado pelo Estado, que constantemente o subfinancia e repassa seus serviços para a iniciativa privada que oferece um serviço restrito e fragmentado, o que se apresenta como contrário à lógica do SUS, que é de ser público, universal e integral. Porém, apesar de se fazer necessário mobilizar-se em lutas específicas pelo SUS, também é mister a articulação das lutas mais gerais, posto que o modelo do SUS está ligado a uma determinada concepção de Estado, a qual não vem sendo implementada e também encontra-se vinculado a uma perspectiva de sociedade mais igualitária e com direitos sociais melhor distribuídos, que também não é a que estamos inseridos.

Dessa forma, concordo com o exposto por Mathias (2018) que é realmente necessário repensar o tipo de sociedade que queremos e não apenas que SUS desejamos, deve-se ir além dos limites da dita ‘humanização’ capitalista. Obviamente ao comparar com o período anterior ao SUS, o sistema trouxe inúmeros avanços, mas ainda assim, daqui para frente se faz necessário realizar críticas mais radicais às trilhas que foram realizadas e discutir o espaço para os sistemas universais de saúde no capitalismo contemporâneo tem sido cada vez menos mantido e ampliado. A luta pelo SUS deve se dar para além da discussão do financiamento e de lutas institucionais, mas pelo caminho de perseguir a necessidade de um novo modelo de sociedade.

**CAPÍTULO 3 - A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBT E O  
PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS: MECANISMOS DE EFETIVAÇÃO  
DO DIREITO À SAÚDE DE TRANSEXUAIS.**

Não há nada de errado  
Não há nada de anormal  
Cada um deve ser livre  
De sua vida o maioral  
Porque liberdade plena  
Sempre é primordial.

*Jarid Arraes*

3.1 Direito à saúde LGBT no Brasil: das lutas iniciais à Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

A saúde sempre apareceu como campo de investimento enérgico das lutas do movimento homossexual no Brasil - hoje, movimento LGBTI -, mas esta não foi e nem é a única pauta do movimento. Este tópico se propõe a discutir o histórico das lutas LGBTI no Brasil, e como essas lutas desaguam na conquista de alguns direitos, dentre estes, o direito à saúde e conseqüentemente resultam na construção da Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

Conforme Saraiva (2017), a construção da cidadania LGBT é parte da história da cidadania geral, posto que a luta do movimento LGBT por direitos civis, políticos, sociais e simbólicos, de maneira a torná-los sujeitos históricos no processo social, é uma luta que envolveu interações sociais das mais diversas. Não é e nunca foi uma luta social sem raiz ou isolada, mas articulada com o movimento total da sociedade em cada contexto. Além disso, os direitos das pessoas LGBT em hipótese alguma são privilégios, mas o reconhecimento de direitos fundamentais para todo e qualquer ser humano, o que expõe a intrínseca relação entre o ativismo dos direitos humanos e LGBT (SARAIVA, 2017). E também,

Em nosso país, como em outros países, sistematicamente, a humanidade de travestis, transexuais, lésbicas, gays e bissexuais tem sido questionada ou mesmo negada a partir de crenças e tradições heteronormativas, naturalizantes, entraves político-culturais e fundamentalismos religiosos, incompatíveis com os princípios de respeito e dignidade da pessoa humana e com a afirmação do direito à autonomia e à proteção da liberdade que caracterizam (ou espera-se que caracterizem) as sociedades democráticas e os Estados Laicos, especialmente no Ocidente. Essas questões devem ser enfrentadas abertamente para abrir canais de construção de políticas públicas para a comunidade LGBT, compreendendo que, de fato, “os direitos humanos passaram a orientar efetivamente a legislação brasileira a partir da Constituição Federal de 1988, que estabelece, inclusive, a obrigação do Estado Brasileiro com a implementação das recomendações e compromissos firmados nos tratados internacionais (art. 5 §2)” (SARAIVA, 2017, p. 88).

Dessa forma, é justamente por meio dos movimentos sociais que essas questões ditas acima passam a ser enfrentadas no Brasil. Para adentrar na discussão sobre o movimento LGBTI e a conquista de direitos no Brasil, se faz necessário iniciar pelos anos 1970. No Brasil, o movimento homossexual surge nessa década, e apesar de organizar politicamente um grupo de homossexuais, intitulavam-se como movimento ‘não politizado’. É preciso destacar que neste momento vivia-se no país um regime autoritário: a ditadura militar, porém, mesmo diante desse contexto de repressão, o mesmo não aparece como efeito negativo na articulação de grupos homossexuais. Pelo contrário, a literatura sobre a temática

afirma que ter surgido neste contexto, foi na verdade um estímulo às resistências e à construção de um forte movimento antiautoritário, característica que marcou profundamente o movimento homossexual naquele momento (FACHINNI, 2002).

Pode-se dividir o movimento homossexual no Brasil em duas ondas: “Uma primeira onda surge com o Grupo Somos e o Jornal O Lampião da Esquina. A segunda onda veio com os grupos Triângulo Rosa, Atobá (ambos do Rio de Janeiro) e o Grupo Gay da Bahia (SARAIVA, 2017, p. 84)”. Apesar de reconhecer que pode haver a existência de outros grupos homossexuais articulados naquele momento, as pesquisas sobre esses, demonstram que o primeiro grupo homossexual brasileiro reconhecido pelas bibliografias é o Grupo Somos, que surge em São Paulo, em 1978. Porém, há uma ressalva feita por Fachinni (2002) sobre essa visibilidade do Grupo Somos. A autora afirma que este grupo aparece como o primeiro e mais relevante, fundamentalmente por ter ganhado mais holofotes e mais escritos ao seu respeito, e conseqüentemente tornou-se equivocadamente o sinônimo de movimento homossexual, o que impediu a percepção da diversidade de estilos militantes homossexuais no Brasil (FACHINNI, 2002).

O grupo Somos não surge em decorrência de pautas homossexuais, mas de uma articulação política em virtude do boicote feito ao Jornal ‘Lampião da Esquina’, que resultou no estímulo a um grupo de homossexuais a se reunir e discutir sobre o ocorrido. Começaram ocorrer reuniões semanais, e cabe dizer que o grupo era formado totalmente por homens. O grupo passa a se chamar Somos e aparece publicamente pela primeira vez por meio de uma carta ao sindicato dos jornalistas e após receber convites para debates, outros integrantes, inclusive mulheres entram para o grupo. A partir deste momento, também se inicia uma polarização entre a parte do grupo que se vincula diretamente à esquerda e a outra parte que queria a autonomia das lutas das minorias, apartada das disputas políticas do cenário político geral do Brasil (FACHINNI, 2002).

Para integrar o grupo, as pessoas deveriam ser necessariamente homossexuais, e tinha como pautas centrais o esvaziamento pejorativo das palavras ‘bicha’ e ‘lésbicas’, o combate à assimetria entre homens e mulheres nas relações de gênero, como também polarização do ativo/passivo e os estereótipos efeminado/masculinizada e o autoritarismo deveria ser combatido dentro e fora do grupo. Porém, compreendiam a bissexualidade como forma de se esconder para

não assumir a homossexualidade, de forma a realizar críticas a este tipo de sexualidade, e não aceitar pessoas que se denominavam bissexuais dentro do grupo (FACHINNI, 2002).

Com o decorrer do tempo, o grupo subdivide-se em três: O Somos, o Grupo Lésbico-Feminista e o Grupo de Ação Homossexualista. Antes do fim da primeira metade dos anos 1980, houve considerável redução da quantidade de grupos do movimento homossexual, inclusive o Somos é extinto em 1983, e Fachinni (2002) aponta que os grupos que mais tiveram dificuldade em permanecer ativos foram aqueles que estavam ligados ao perfil mais comunista e antiautoritário. Com o fim da ditadura tiveram que repensar suas estratégias e readequá-las ao novo contexto de redemocratização. Mas também, conforme Mello et al. (2012) houve um desencantamento do movimento com relação ao Estado, posto que o fim da ditadura militar não significou a superação das dificuldades relacionadas à implementação de políticas públicas de transformação social. Esse momento pode ser considerado o fim da primeira onda do movimento homossexual (FACHINNI, 2002).

Os grupos que se mantiveram, de maneira a formar a segunda onda, foram fundamentalmente aqueles que se centravam apenas em pautas homossexuais, e não estavam atrelados a projetos maiores de transformação social; possuíam ação mais pragmática, que visava à garantia de direitos civis e contra a discriminação e violência direcionada aos homossexuais, e buscavam, nas reuniões a consolidação de uma identidade homossexual militante (FACHINNI, 2002).

É nesse mesmo momento, na década de 1980 que inicia no Brasil a epidemia da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), conhecida naquele momento de forma pejorativa como 'peste gay'. Isso desmobilizou a pauta de liberação sexual, mas construiu um novo campo de atuação desses movimentos, que passaram a se articular e criaram as primeiras respostas da sociedade civil à epidemia. Porém, o movimento de articulação em torno da epidemia não é homogêneo, visto que alguns grupos preferiram afastar sua militância da epidemia de AIDS, para não agregar de forma consubstancial a homossexualidade e a síndrome. E a desvinculação da AIDS da homossexualidade é uma das características centrais de alguns grupos da segunda onda (FACHINNI, 2002). Nesse período, a desinformação e a homofobia causaram pânico, e a imprensa reportou a chegada da 'peste gay', da década de 1980 até 1990 foram 1.200 travestis, gays e lésbicas assassinados no Brasil, por

grupos organizados, considerados de 'limpeza social', uma milícia antigay/travesti (SARAIVA, 2017).

De forma concomitante a esses acontecimentos, emerge no mundo o movimento transgênero, que até então não tinha aproximação com o movimento de gays e lésbicas, mas se constituía como um campo à parte, sobre isso Ávila e Grossi (2010, p. 6-7) dissertam que

[...] o Movimento Transgênero moderno foi iniciado por dois eventos no final dos anos 1960, nos Estados Unidos, e pela publicação de dois livros vinte anos depois. O primeiro evento aconteceu em 1966, quando a polícia foi chamada para retirar vários clientes da Cafeteria Compton, em Tenderloin, São Francisco, um bairro onde moravam travestis, transexuais femininas e outros transgêneros, vítimas freqüentes de discriminação legal. A resposta da comunidade à ação da polícia foi imediata, resultando em um pequeno tumulto e diversas prisões. Este evento demonstrou a necessidade de uma ação comunitária sustentada; sendo assim, um grupo local de transexuais femininas fundou, um ano depois, o COG (Conversion Our Goal, or Change: Our Goal), que, apesar de curta duração, lançou as bases para outras organizações semelhantes na Califórnia, como, por exemplo, a National Transsexual Counseling United e a Transsexual Action Organization (Beemyn, 2008). O segundo evento aconteceu em 1969, em Nova York, quando a polícia invadiu o Stonewall Inn, um bar em Greenwich Village, que atendia também pessoas como as do bairro Tenderloin. Uma multidão de drag queens, butchs, e outros indivíduos transgênero enfrentaram a polícia, provocando a revolta de Stonewall, que formalmente é conhecida como o início do movimento pelos direitos dos homossexuais (Garii, 2007). Da mesma forma como aconteceu em São Francisco, este enfrentamento contribuiu para a formação do STAR (Street Transvestites Action Revolutionaries) e do Queens Liberation Front (Beemyn, 2008). Embora em ambos os motins os membros da comunidade transgênero tenham sido identificados como pertencentes à comunidade gay, e não como uma entidade separada, o movimento gay sempre reconheceu a comunidade transgênero como os verdadeiros heróis da revolta (Garii, 2007). Os dois livros referidos anteriormente por Barbara Garii são *Sex Changes: The Politics of Transgenderism*, publicado em 1987 por Pat Califia, um teórico transmasculino, e *Stone Butch Blues*, publicado em 1993 pela ativista Leslie Feinberg. O livro de Pat Califia explorou o significado da dicotomia de gênero e iniciou uma discussão pública de questões relacionadas ao gênero, identidade de gênero e atribuição de gênero. Já o livro de Leslie Feinberg confrontou as limitações tradicionais de identidade de gênero dentro dos limites da realidade política e sexual dos anos 1960 até os anos 1990, trazendo à tona a violência policial e outros contra os transgêneros.

Primeiramente é necessário atentar que o movimento transgênero emerge em uma perspectiva transnacional, de forma a agrupar acontecimentos e mobilizações em lugares distintos do globo. No Brasil, desde os anos 1960 as travestis, muitas que trabalhavam como prostitutas se tornaram mais vistas nas ruas dos centros urbanos, começou haver a possibilidade de hormônio e silicone, o que ampliou a quantidade dos designados homens assumirem suas identidades femininas. Porém, muito embora as travestis tenham sido alvos constantes de violências e

assassinatos, por muitos anos a participação destas no movimento era praticamente inexistente. Em maio de 1993, a Associação de Travestis e Liberados realizou o primeiro encontro nacional no Rio. Isso resultou na participação desse grupo no VII Encontro Brasileiro de Lésbicas e Gays, em 1995, e fez com que as travestis reivindicassem sua incorporação no movimento (SARAIVA, 2017).

Diante desses acontecimentos que serviram também para desvelar as dificuldades mais profundas e violentas sofridas pela população transexual, houve a aproximação das travestis ao diálogo com o movimento LGB (Lésbicas, Gays e Bissexuais). Com isso, o cenário do movimento se modificou, com a inclusão de novas questões na agenda, torna-se um movimento mais plural, multifacetado e pluri-identitário. E essa comunidade que já estava mais articulada, ao reconhecer a amplitude das violências sofridas pela população travesti, reconhece-a e a agrega no movimento, e acrescenta o 'T' na sigla (ÁVILA; GROSSI, 2010). No que tange às pessoas bissexuais, mesmo que essas já estivessem inseridas na sigla desde os anos 1990, suas reivindicações só adquirem maior visibilidade e respaldo no movimento nos anos 2000, como também a repartição do 'T' em travestis e transexuais, a presença de intersexuais também passa a ser marcante, o que tornou a sigla comumente usada no movimento como LGBTI, porém, institucionalmente a sigla LGBT ainda é a mais utilizada.

De acordo com a Escola Nacional de Administração Pública (2018), o ativismo LGBT investiu em desvelar e atuar na dimensão política da sexualidade, e demandou do Estado respostas que se articulassem a um conjunto mais amplo de micro atuações cotidianas realizadas nos mais diferentes espaços sociais. Neste sentido, a participação social democrática não é secundária, mas primordial, intensa e cotidiana, sendo um caminho possível para a modificação das dominações e opressões na sociedade brasileira, como forma de atender às necessidades específicas de cada população de maneira mais justa e equânime (NEVES, 1994). É neste sentido que se torna importante trazer à tona as demandas de segmentos populacionais historicamente não contemplados no âmbito das políticas públicas e sociais, a exemplo disto, a população LGBT.

Os direitos da população LGBT foram conquistados através da organização política deste segmento, resultando da pressão por visibilidade política e espaço participativo para exposição de suas demandas, e que disto resultassem respostas a

estas. Sobre isto, Souza (2015), reitera que este não se apresenta como um processo livre de obstáculos e disputas, mas perpassado por constantes tensionamentos e dificuldades. É na saúde que a população LGBT encontra-se mais amparada em relação a direitos e políticas públicas, obviamente com muitos percalços, mas observam-se muitas conquistas. Como afirmam Mello et al (2012, p. 422)

deve ser registrado que é na área de saúde que a população LGBT começa a ser alvo de políticas públicas efetivas, ou seja, formuladas e executadas a partir de diretrizes de alcance nacional, com previsão orçamentária específica, com atribuições e competências definidas e com impactos concretos sobre a vida das pessoas a partir de uma perspectiva integral e não mais apenas focada no combate às dst/aids.

Pode-se afirmar que historicamente o que ocorria com relação à população LGBT não era exatamente a formulação de políticas públicas, mas ações pontuais isoladas e de caráter fragmentado. Com a epidemia de AIDS dos anos 1980, o Estado intervém nas demandas dessa população com ações específicas, porém pontuais, não formula nenhuma política institucionalizada para tal. Como dito acima, é a partir dos anos 2000 que se iniciam ações mais institucionalizadas como políticas para a população LGBT. Abaixo seguem acontecimentos os quais foram centrais para a saúde da população LGBT, referenciados na Política Nacional de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2013), nos estudos de Mello et al (2011), Mello et al (2012) e da Escola Nacional de Administração Pública (2018):

- 2002 - foi aprovado o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH –II) no qual se encontram tópicos dedicados especificamente à população LGBT (ENAP, 2018);
- 2003 – Explicitação da violência contra a população LGBT no 3º Relatório Nacional Sobre os Direitos Humanos no Brasil;
- 2004 – realizada a publicação do ‘Programa Brasil sem Homofobia’, o qual é fruto da articulação entre organizações da sociedade que conseguiram adentrar suas demandas nas agendas governamentais. Este programa torna-se um diferencial no sentido de que as respostas às necessidades do segmento ampliam-se para além do combate à epidemia de HIV/AIDS (MELLO, et al 2012). Das três ações relativas à saúde, a principal delas talvez seja a formalização do Comitê Técnico Saúde da População de Gays,

Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais, do Ministério da Saúde, com o objetivo de estruturar uma Política Nacional de Saúde para essa população. As outras duas reportam-se à produção de conhecimentos sobre saúde da população LGBT e à capacitação de profissionais de saúde para o atendimento a essa população (MELLO ET. AL, 2011).

- 2004 – No relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde – realizada em 2003 -, já vinham sendo discutido os direitos LGBT no SUS;
- 2006 – Publicada a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que explicita direitos e deveres dos usuários do SUS. Buscou contemplar questões específicas de diversos grupos sociais, inclusive o LGBT, como forma de trazer à tona discussão qualificada em torno do direito à saúde. E explicita o atendimento no SUS livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, além de dar o direito de todas as pessoas serem identificadas pelo nome de sua preferência, independente do registro civil;
- 2006 – Conquista de representação do segmento LGBT no Conselho Nacional de Saúde. Isso conferiu um novo sentido à atuação do movimento nos processos democráticos do SUS. Permitiu debates estratégicos sobre orientação sexual e identidade de gênero na saúde (BRASIL, 2013);
- 2007 – No Relatório da 13ª Conferência Nacional de saúde, a orientação sexual e a identidade de gênero são incluídas na análise da determinação social da saúde;
- 2007 – A ONU publica os princípios de Yogyakarta – ratificados pelo Brasil – os quais têm o papel de aplicar a legislação internacional de direitos humanos às questões relacionadas à orientação sexual e identidade de gênero;
- 2008 – I Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, realizada pela Secretaria Especial de Direitos Humanos. Promoveu intensa mobilização do governo e da sociedade civil;
- 2008 – Lançado o programa Mais Saúde – Direito de todos, com o intuito de reorientar as políticas de saúde para ampliar o acesso das populações a serviços de qualidade. Apresenta metas específicas para enfrentar as iniquidades e desigualdades em saúde, com destaque para populações negras, quilombolas, LGBT, ciganas, prostitutas, população em situação de rua, entre outros;

- 2009 – Lançamento do III Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH 3), no qual se faz presente o tema da atenção à saúde LGBT, por meio do conjunto de ações propostas para segmentos marginalizados e subalternizados. E contempla o reconhecimento da ‘orientação sexual’ como componente específico dos programas de atenção à saúde da mulher;
- 2009 – A Política Nacional de Saúde Integral LGBT é aprovada no Conselho Nacional de Saúde;
- 2010 – Publicação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

Todas as questões acima foram fundamentais para que os esforços convergissem na construção da Política Nacional de Saúde Integral LGBT e pode-se observar que foi um conjunto de fatores que resultaram nessa política, não só internos na saúde, mas como outros acontecimentos em outras áreas correlatas e de influência. A política LGBT é uma iniciativa para ampliar a equidade no SUS e

tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais (BRASIL, 2013).

De acordo com Mello et al. (2011) a política se estrutura com base na concepção de equidade e coloca em evidência a necessidade de se formularem políticas diferenciadas para grupos populacionais mais vulneráveis. E de forma a corroborar com isto, Lima et al. (2016) afirma que a política surge das bases principais do SUS, que são a universalização, para ampliar o direito à saúde a todos/as brasileiros/as de forma a ser provida como dever do Estado, e que a dimensão da diversidade deve ser considerada como fundamental no entendimento das particularidades sociais que se expressam na saúde.

É possível notar que a Política de saúde LGBT foi pensada a partir de concepções de diversidade e cuidado em saúde específica, além de ser fruto de articulações e lutas que se estenderam por décadas. Seu conteúdo e operacionalização serão explicitados à frente, até aqui o importante foi compreender seu processo de construção e destacar sua marca fundamental: reconhecer os efeitos da discriminação e da exclusão no processo saúde-doença da população LGBT.

### 3.1.1 O Processo Transexualizador no SUS: considerações históricas e políticas.

O estabelecimento de procedimentos, métodos e orientações sobre o atendimento à saúde de pessoas transexuais no Brasil foi extenso e cheio de perturbações. A prática de realizar cirurgias de redesignação sexual remonta aos anos 1970, e culminou em diversas ações da sociedade civil ao Conselho Federal de Medicina - CFM. Foi o cirurgião Roberto Farina que trouxe à tona essa discussão, pois realizou as primeiras transgenitalizações no Brasil, e por essa causa sofreu sanções do CFM, porém foi absolvido mais tarde. Em 1979 o CFM foi oficialmente consultado sobre a colocação de prótese mamária de silicone em pessoas do sexo biológico masculino, e após a consulta, o conselho toma posição contrária a este procedimento. A década seguinte é o cenário do 'fenômeno' Roberta Close<sup>11</sup>, que realizou sua cirurgia em Londres, o que intensificou a procura por cirurgias clandestinas no Brasil e no exterior (BORBA, 2016).

Ainda segundo Borba (2016) esses acontecimentos foram causando grande efervescência social sobre o tema, e a sociedade começa a realizar pressão ao campo médico para que fosse garantido o direito à cirurgia, sem essa ser considerada crime de mutilação grave. Pode-se afirmar que até o ano de 1997, as pessoas transexuais estavam desamparadas em muitas de suas especificidades, na verdade esse desamparo no campo de atuação do SUS se estende até pelo menos mais dez anos à frente, porém, é em 1997 que o Conselho Federal de Medicina toma a primeira posição a respeito dessas pessoas. Até esse momento, procedimentos de redesignação sexual que vinham sendo realizados eram considerados mutilação genital, e, portanto, crime grave reconhecido pelo Código de Ética Médica Brasileiro. O médico que realizasse tal procedimento era cassado de seu direito de realizar o exercício da medicina e também poderia ser levado à prisão. A aprovação da resolução não pode ser vista como ato espontâneo ou bondade do CFM, mas como resultado direto da pressão social contra o corpo médico, que se viu diante de desafios sobre o poder de seu corpo coletivo (BORBA, 2016).

Porém essa realidade muda com a publicação da Resolução nº 1.482/1997 do CFM que se propôs a autorizar, em caráter experimental, as cirurgias de

---

<sup>11</sup> Modelo, atriz, cantora e apresentadora trans brasileira que emerge no meio artístico na década de 1980. Foi a primeira trans a posar na Revista PlayBoy, a ganhar destaque em editoriais da Revista Vogue, entre outras aparições artísticas públicas, o que lhe garantiu visibilidade, e também trouxe à tona um efervescente burburinho no país quanto à transexualidade.

transgenitalização, sendo elas: neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e procedimentos complementares sobre gônadas e outras características sexuais secundárias para tratamento do transexualismo (CFM, 1997). Conforme Áran (2005), isso foi guiado por duas concepções, na qual a primeira seria a terapêutica de busca da integração entre corpo e identidade sexual/de gênero psíquico, e a segunda relacionada ao direito de disposição sobre o próprio corpo e não discriminação a quem pleitear a cirurgia.

Observa-se que está sustentado em dois pilares basicamente distintos, posto que enquanto um afirma a congruência de gênero/sexo, o outro ratifica a autodeterminação dos sujeitos. E dentre as duas premissas, naquele momento a mais compreendida era que se realizava a cirurgia como forma de estabelecer coerência entre corpo e identidade, que tem por base compreensão patologizante das vivências trans. Além do mais, deixo o questionamento: o que é ser coerente? Existe mesmo coerência de gênero? Ou cada pessoa performa e vive seu gênero e sexualidade em forma específica, sem haver possibilidade nenhuma de que se alcance uma desejada congruência e coerência de gênero/sexo?

Dias e Zenevich (2014) afirmam que a classe médica construiu esses protocolos como maneira de 'curar' as pessoas do 'transexualismo', pois compreendiam que ao redesignar o sexo biológico estas estariam alinhadas com a identidade de gênero. Já que se compreendia que o 'transexualismo' se tratava de uma doença mental, para a qual buscaram várias alternativas para sua cura, mas como não encontraram no âmbito psicológico, estabeleceram procedimentos físicos para tal.

Retomando sobre a resolução do CFM, após a publicação, a população transexual passou a demandar dos médicos um atendimento específico, mas ainda encontravam diversas resistências no caminho, posto que não havia posição do Ministério da Saúde até o momento, principalmente no que tange às verbas para custear os procedimentos, como afirma Borba (2016, p. 56)

[...] os hospitais (universitários e de pesquisa, como imposto pela resolução) não recebiam verba do Ministério da Saúde para custear os procedimentos. Nesse cenário, como discutem Áran e Lionço (2008), o poder judiciário foi o meio utilizado por pessoas trans interessadas em ter seu direito à saúde atendido. Em frente a essa demanda, CFM e MS se viram forçados a regulamentar as práticas de atenção à saúde trans-específicas no SUS. A partir de então, um embate entre aqueles/as que acreditam na transexualidade como patologia psiquiátrica e outros/as que desejam sua despatologização se instaurou na tentativa conjunta entre sociedade civil e

governo de criar protocolos de assistência trans-específica (TEIXEIRA, 2013) que contemplassem os princípios básicos do SUS, quais sejam, universalidade, integralidade e equidade (ÁRAN & LIONÇO, 2008; MURTA, 2011) (BORBA, 2016, p.56)

Em 2002, o CFM publica outra resolução, a de nº 1.652/2002 que revoga a anterior, mas mantém o caráter patologizante e categorizante das pessoas transexuais, e exige determinado perfil que se encaixe nas exigências para a cirurgia de transgenitalização. Dessa forma, o documento traz à tona a necessidade dos seguintes critérios:

Deve haver diagnóstico e definição do transexualismo, que obedecerá aos critérios de: Desconforto com o sexo anatômico natural; desejo expresso de eliminar os genitais; perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto; permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos; ausência de outros transtornos mentais.

Como também deve ocorrer seleção para cirurgia de transgenitalismo que deve obedecer à avaliação de uma equipe constituída por médico psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo e assistente social, com os seguintes critérios a serem obedecidos: Diagnóstico médico de transexualismo; maior de 21 (vinte e um) anos; ausência de características físicas inapropriadas para a cirurgia.

Sobre isso, Borba (2016) traz à tona que esse tipo de consideração médica sobre 'desvios psicológicos permanentes' e reafirmar que toda pessoa transexual tem repúdio ao seu órgão genital e/ou deseja mutilá-lo, o CFM recupera o ideário patologizante. Ideário este que coloca em lócus o 'transexual verdadeiro', um protótipo de vivência que foi construída pelos saberes biomédicos, psiquiátricos e psicanalíticos. E reafirmam que a transformação genital é a etapa mais importante no 'tratamento' de pacientes com transexualismo', com isso, impõem caráter correccional ao cuidado em saúde para transexuais.

Essa resolução, conforme Santos et al (2017) forneceu bases para a regulação dos procedimentos pelo Ministério da Saúde. Alguns hospitais já realizavam cirurgias e a partir desse momento passaram a se organizar em estrutura e capacitação de pessoal por meio das indicações dessa resolução. A partir desses longos e constantes embates, foi constituído o arcabouço legal do atendimento específico da transexualidade no SUS, marcado por um processo constituinte de disputas e intersecções de saberes/poderes (BORBA, 2016), é construído o

Processo Transexualizador no SUS. Esse é instituído por meio da Portaria nº 1.707/GM/MS de 18 de agosto de 2008 e da Portaria nº 457/SAS/MS de 19 de agosto de 2008, esses documentos tinham o papel de habilitar os serviços nos hospitais universitários e autorizar a realização de procedimentos hospitalares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Nesse contexto, pela portaria nº 457 são autorizados quatro serviços no país, dentre os quais: Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre/RS; Universidade Estadual do Rio de Janeiro – HUPE – Hospital Universitário Pedro Ernesto – Rio de Janeiro/RJ; Fundação Faculdade de Medicina HCFMUSP – Instituto de Psiquiatria – Fundação Faculdade de Medicina MECMPAS – São Paulo/SP; Hospital das Clínicas – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia/GO.

Para tal, essas unidades especializadas devem ser:

unidade hospitalar que ofereça assistência diagnóstica e terapêutica especializada aos indivíduos com indicação para a realização do processo transexualizador e possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados a este tipo de atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

De acordo com Santos et al (2017), o processo se apresenta como uma programática que compõe o SUS para regular e realizar procedimentos com diferentes graus de complexidade e com diversidade técnica, de forma a garantir assistência à saúde destinada a transexuais. E conforme Lionço (2009) é um conjunto de estratégias de atenção à saúde e não se trata apenas do estabelecimento de formas de cuidado no sentido estrito, mas como um meio de programar atenção integral à saúde de transexuais.

As portarias de 2008 vigoraram por cinco anos, até que o Ministério da Saúde resolveu considerar as demandas dos Movimentos Sociais LGBT para que houvesse ampliação do atendimento especializado a pessoas transexuais e travestis. Ampliação essa que agrupava vários elementos, tais quais: a inclusão efetiva dos homens trans, a ampliação da hormonização como forma de cuidado, por um acolhimento sem discriminação, em todos os níveis de atenção, inclusive de forma a adequar o processo transexualizador às normativas e orientações trazidas pela Política Nacional de Saúde Integral LGBT (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Em virtude disso, no dia 30 de julho de 2013 foi publicada a Portaria nº 859 que se propunha a uma revisão da lógica do cuidado, de maneira a estruturar linha

de cuidado com organização da atenção à saúde da atenção básica até a especializada, que não deve ser focada no procedimento cirúrgico e hospitalar, mas também na ampliação dos serviços de atenção ambulatorial. Em seguida, para definição dos protocolos clínicos de atendimento no processo transexualizador foi publicada outra Portaria nº 1.579 em 31 de julho de 2013 que suspendeu os efeitos da nº 859 até que fossem definidos os protocolos. É assim que finalmente em 19 de novembro de 2013, foi publicada a Portaria nº 2.803 que redefiniu e ampliou o Processo Transexualizador no SUS. Com essa nova normativa em vigor, se reafirma o compromisso do SUS com a integralidade no cuidado, a não centralidade de procedimentos cirúrgicos como meta terapêutica, atendimento ambulatorial com hormonização, equipe interdisciplinar e multidisciplinar, acolhimento e humanização, além de articulação com outros níveis de assistência.

Atualmente dez estabelecimentos de saúde estão habilitados no Brasil a realizar o Processo transexualizador, são eles: Hospital das Clínicas de Uberlândia (MG); Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia do Rio de Janeiro; Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS de São Paulo; Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (SP); Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; CRE Metropolitana, de Curitiba (PR); Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Hospital das Clínicas de Goiânia, da Universidade Federal de Goiás – Goiânia/GO; Hospital das Clínicas, da Universidade Federal de Pernambuco - Recife (PE); Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes, da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Alguns realizam apenas procedimentos ambulatoriais e hormonização, quatro desses realizam cirurgias e procedimentos complexos.

Apesar de guardar algumas marcas patologizantes, e ser passível de várias críticas, como por exemplo, à sua própria denominação, visto que o nome 'transexualizador' remete à ideia de que é dentro dos serviços que as pessoas vão passar pelo crivo da 'transformação' em 'transexual de verdade', ou como se o serviço fosse capaz de transexualizar alguém. Também alguns dos serviços habilitados centram sua atuação em uma avaliação psiquiátrica inicial, de maneira a carregar a marca do tratamento da transexualidade como doença. Apesar disso, o processo transexualizador é um passo importante no cuidado em saúde direcionado

a pessoas transexuais, que durante muito tempo encontraram-se sem nenhum suporte do SUS em seus cuidados específicos. A ênfase dessa dissertação é no Espaço de Cuidado e Acolhimento de Pessoas transexuais, travestis e intersex do Hospital das Clínicas de Pernambuco – EBSEH – UFPE, e em seguida será abordado o contexto histórico específico desse serviço.

### 3.2 O Espaço trans, “TRANS-borda<sup>12</sup>”: história, política e materialização do Processo Transexualizador em Pernambuco.

#### 3.2.1 *Os pilares da construção do Processo Transexualizador em Pernambuco.*

O atendimento de pessoas transexuais e a construção do Processo Transexualizador em Pernambuco conta até este momento com poucas referências sobre esse histórico e para falar sobre isso há apenas um artigo científico que se complementa com compreensões captadas na vivência durante esses anos no serviço.

Em Pernambuco, as cirurgias de redesignação sexual começaram a ser realizadas em 2001, com caráter experimental a pedido do setor de ginecologia do Hospital das Clínicas – UFPE com equipe formada por cirurgião ginecologista, dois residentes, sendo um em ginecologia e outro em urologia, uma psicóloga, um psiquiatra e uma assistente social; durante 10 anos, o procedimento foi realizado com essa equipe. Segundo Tenório; Vieira e Livadias (2017), o movimento social, e uma considerável parcela de segmentos trans, qualificavam as experiências desses procedimentos como negativas, sendo estas permeadas de desrespeitos, desde o que diz respeito ao caráter experimental, ao nome social, como também ausência de um acompanhamento pré-operatório e dificuldade do acesso à informação. Dessa forma, em 2011 foi suspenso o único serviço direcionado às pessoas trans em Pernambuco, sendo caracterizada uma ausência de acesso à saúde para essa população, posto que as pessoas que até então eram acompanhadas ficaram desamparadas de atendimento às suas especificidades de saúde.

Em resposta ao fechamento do serviço, foram realizadas várias denúncias, ações e intervenções por parte do movimento social trans, LGBT e por indivíduos da

---

<sup>12</sup> “Trans-borda” foi o tema do 4º Fórum Popular do Espaço Trans realizado em 23 de outubro de 2019 em comemoração aos 5 anos do serviço.

população trans, dentre as quais, de acordo com Tenório; Vieira e Livadias (2017, p. 115-117) podem ser destacadas as seguintes:

1. Em fevereiro de 2012, foi feita denúncia pelo homem trans ativista Leonardo Tenório – em função também de 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 [...] e de Saúde [...] em julho de 2012 [...].
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;
3. No Segundo Semestre de 2011, durante as conferências municipal, 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) [...], no qual esteve presente o então Secretário Estadual de Saúde, Antônio Carlos Figueira. Este 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; [...] (TENÓRIO; VIEIRA E LIVADIAS, 2017, p. 115-117)

A criação de um novo serviço no Hospital das Clínicas, tomando por base a Portaria Nº 2.803 do Ministério da Saúde, foi um cruzamento de diversos fatores, desde a pressão social, as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Saúde Integral LGBT, como também da existência de uma diretoria LGBT na Universidade Federal de Pernambuco. Todas essas questões corroboraram o direcionamento de esforços para que fosse instituído o Espaço de Cuidado e Acolhimento de Pessoas Trans do Hospital das Clínicas – HC – UFPE.

Em dezembro de 2013 ocorre por meio da Comissão Intergestores Bipartite (CIB-PE) a aprovação do credenciamento do Hospital das Clínicas da UFPE enquanto componente da Atenção Especializada do Processo Transexualizador nas

modalidades ambulatorial e hospitalar. Foi credenciado oficialmente pela portaria nº 1.055/2014, como estabelecimento de saúde habilitado a ofertar o Serviço de atenção especializada do processo transexualizador no SUS nas modalidades ambulatorial e hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A partir do credenciamento, a direção do Hospital das Clínicas de Pernambuco desenvolveu várias articulações por meio de reuniões com as chefias dos serviços ambulatoriais e cirúrgicos. Ocorreram a partir desse momento discussões para composição da equipe, planejamento dos fluxos, estruturação dos ambulatórios, internação para cirurgias, e a projeção de aquisição dos materiais necessários para a execução dos atendimentos (TENÓRIO; VIEIRA E LIVADIAS, 2017). As exigências pontuadas acima foram atendidas; a equipe foi constituída por novos profissionais que antes não tiveram nenhuma ligação com o antigo serviço, o atendimento tornou-se mais humanizado e respeitoso, como também foram contratadas pessoas trans para trabalhar não apenas dentro do serviço, mas em outros serviços do hospital.

O papel do serviço é realizar acompanhamento dessa população durante dois anos até a realização de procedimentos cirúrgicos (se assim forem desejados) e mais um ano após realização destes. Oferta também hormonioterapia e atendimentos ambulatoriais diversos. É um processo que envolve alta densidade tecnológica em saúde, devendo também atender a procedimentos de urgência; essas ações no nível terciário devem ser complementadas pelos serviços da rede de atenção primária de saúde. O Espaço de Cuidado e Acolhimento de Transexuais, Travestis e Intersex – daqui em diante Espaço Trans - conta com equipe multidisciplinar composta por assistentes sociais, enfermeiras, médicos e psicólogas, e articula-se com os mais diversos setores especializados presentes no Hospital das Clínicas. Trabalha em perspectiva despatologizante e busca articular constantemente o cuidado integral em saúde.

O âmbito de intervenção do HC é de nível estadual. O Espaço Trans tem escopo de atuação mais ampliado, o serviço está inserido na CNRAC - Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade. Esta central diz respeito a um sistema que tem como papel: Regular o fluxo da referência interestadual de pacientes que necessitam de assistência hospitalar, a partir de seu local de residência e do registro de seu atendimento em outro estado, por especialidade e

por procedimento. Dessa maneira, a chegada das/os usuárias/os ao serviço pode ocorrer tanto de maneira regulada nacionalmente, ou seja, através do encaminhamento pelas secretarias de saúde, como também por demanda espontânea com atendimento direto no espaço. O mesmo é um ambiente de cuidado para garantir o bem-estar das/os pacientes no decorrer desse processo tanto na parte ambulatorial quanto na enfermaria. O Espaço é referência no Norte e Nordeste, pelo fato do HC-UFPE ser o único nessas duas regiões a ser habilitado para o referido processo.

O processo de implementação do Espaço Trans é constante e nunca poderá ser dado como finalizado, mas como uma construção permanente. Apesar de avançar muito constantemente nos últimos cinco anos, também não está isento de turbulências, impasses e dificuldades, além de muitas vezes não contar com capacidade de atendimento consonante com as demandas da população. Por isso, ao tomar por base a Política Nacional de Saúde Integral LGBT como documento norteador da construção e da atuação do Processo transexualizador no SUS, a partir de agora a proposta será de discutir como estão sendo implementadas as orientações da política LGBT na materialização do Espaço Trans enquanto serviço especializado, as limitações e as possibilidades de construir um serviço ancorado plenamente na marca fundamental dessa política e de concretizar os objetivos da normativa do Processo Transexualizador.

### *3.2.2 “A gente tem avançado sim, mas ainda precisa de mais!”: Avanços, resistências e impasses da materialização da Política de Saúde LGBT e do processo transexualizador no Espaço Trans.*

É fundamental denotar que a Política de Saúde LGBT é documento norteador central para a atuação dos serviços especializados em saúde LGBT e também daqueles que operacionalizam o processo transexualizador no SUS. No que tange ao Espaço Trans, emerge a necessidade de discutir como os aspectos da política aparecem no cotidiano, na atuação, nas mediações e diálogos que o serviço realiza tanto internamente quanto externamente.

A população transexual é citada de forma específica em diversos eixos e

aspectos da política de saúde LGBT, inclusive o documento atesta que deve ser dada atenção especial à saúde dessas pessoas. Em virtude de sua condição de maior vulnerabilidade e exposição a situações de adoecimentos e transfobias, além dos constantes transhomicídios que ocorrem no país.

O documento é a principal fonte de arcabouço político normativo para atuação do serviço, discute aspectos particulares, singulares e universais das demandas apresentadas pela população LGBT, enquanto a normativa do processo transexualizador aparece como documentação mais técnica. Aqui serão discutidos alguns aspectos dos dois documentos como subsídio da atuação do Espaço Trans, como as proposições da política aparecem materializados no cotidiano.

### *3.2.2.1 Fluxos de acolhimento, centralidade da proposta de cuidado despatologizante e a complexidade das demandas.*

Para iniciar a discussão, será preciso passar inicialmente pela entrada de usuários/as no serviço, no caso, o fluxo de acolhimentos. Esse se encontra com dificuldades, diante necessidade de ampliação do serviço, quantidade escassa de profissionais e principalmente o encaminhamento de usuários/as que já cumpriram o tempo, como pode ser observado nos fragmentos de entrevistas abaixo:

Tá parado em função exatamente da **falta de verbas né que é pequena e a demanda tá grande**. O Estado não consegue ofertar rede, aí a gente vai reoxigenar o serviço agora. A gente tá numa fase de pensar em abrir 40 vagas né... tentando é... drenar aquelas pessoas que aqui estão... (TULIPA, 2019)

É, eles ficam na lista de espera né e hoje a gente tem uma lista de espera que [...] tá quase 400 pessoas na lista de espera [...] a gente vai tá encaminhando 40 pessoas a 50 pra contra referência nos municípios e vai tá chamando cinquenta, mas até o ano passado essa fila tava parada, a gente tá só chamando quem tava na vez, adolescente, deficiente e idosos né, fora isso, as outras questões a gente não tava chamando, mas agora a gente vai chamar cinquenta e aí a andar a fila esse ano (ORQUÍDEA, 2019).

Veja a gente agora tá numa fase que a gente tá precisando encaminhar e tá encaminhando as pessoas que já completaram né, a gente teve um acordo de seguir o que a portaria diz a partir da realidade também das pessoas né e da rede, então a gente estabeleceu um ano depois da primeira cirurgia que a pessoa fizesse, ainda que quisesse outras e continua numa vinculação com a gente [...] isso é uma maneira de provocar a rede inclusive né, de fazer com que compreenda que não dá pra ficar circunscrito num serviço, e também dá conta um pouco da logística né, chamar outras pessoas, então é uma necessidade [...] (GIRASSOL, 2019).

É preciso ressaltar que a normativa do Processo Transexualizador prevê acompanhamento de no máximo duas vezes por mês durante dois anos no pré-operatório e um ano no pós-operatório (BRASIL, 2013). Isso apresenta diversas intempéries na materialização do serviço, pois, primeiramente é preciso explicitar a dificuldade existente no que tange ao corpo profissional que executa o serviço. Há poucos profissionais inseridos na equipe, enquanto a demanda é grande e cresce diariamente, e Tulipa quando perguntada se a equipe dá conta de atender todas as demandas postas, ela afirma na entrevista que:

Não, de jeito nenhum! Porque é toda uma precariedade, a gente tem na verdade a equipe que são quatro profissionais, duas psicólogas e duas assistentes sociais, onde uma psicóloga ela acumula a coordenação do serviço [...] (TULIPA, 2019).

O exposto por Tulipa guarda relação com a precariedade crescente que vem interferindo nos trabalhadores da saúde, que como exposto pela Fiocruz (2018) guarda características de mão-de-obra cada vez pior remunerada, com direitos trabalhistas reduzidos, a lógica de gestão do enxugamento do corpo profissional da saúde. Com isso, os/as profissionais de saúde tornam-se mais explorados e com intensificação de trabalho, o que gera acumulação de tarefas e sobrecarrega os/as profissionais. Tudo isso está incorporado no aprofundamento da subordinação do Estado à lógica capitalista (FIOCRUZ, 2018). Ao reforçar isso, uma fala de usuário coletada nas observações aponta que “Há de fato importância da existência de profissionais comprometidos com efetivar uma política de saúde para a população trans, mas ainda assim, existem questões além das institucionais que influenciam na operacionalização dos serviços”. Essa pontuação deixa claro que não é algo que depende tão somente da vontade política ou do fazer profissional isolado, mas que requer a compreensão de que existe uma programática arquitetada no âmbito social, cultural e econômico que interfere diretamente na materialização plena do serviço.

Sendo assim, para conseguir dar conta das demandas postas pela rotina do serviço, as profissionais buscam estratégias para realizar os acompanhamentos e cumprir alguns pressupostos legais. Por exemplo, a prioridade dada a adolescentes, deficientes e idosos, que está estabelecida nas suas normativas específicas, mas também na própria Política LGBT que afirma como objetivo: “oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que façam parte da população LGBT” (BRASIL, 2013, p. 20).

Diante da necessidade premente de dar andamento à fila de espera e continuar atendendo aqueles/as já inseridos no serviço, e ao observar o proposto pela política do acompanhamento duas vezes ao mês e por três anos, isso não ocorre de forma fiel. Para conseguir realizar um bom atendimento e contemplar um cuidado em saúde integral, respeitoso, humanizado e que contemple as especificidades dos sujeitos produzindo cuidado em saúde equânime, são utilizadas algumas estratégias de acompanhamento. Sobre isso, pode denotar que o acompanhamento ocorre da seguinte forma:

Então, o acompanhamento como a gente **não tem um caráter patologizante** né, a gente vai pela **autodeterminação do sujeito**. Tem o primeiro acolhimento com psicossocial e enfermagem, a pessoa vem, faz o atendimento com o Serviço Social, Psicologia e Enfermagem, entra no serviço [...] em atividade em grupo ou atendimento individual mesmo e aí vai de acordo com as demandas que vão surgindo a gente vai dialogando com a pessoa e vendo o que pode tá contribuindo enquanto assistente social. E quando uma outra pessoa, por exemplo, Alecrim que é psicóloga precisa de um... ela tem demanda do Serviço Social, ela encaminha a pessoa pra mim mesmo eu não sendo a técnica de referência da pessoa e aí a gente fica fazendo essas costuras (ORQUÍDEA, 2019).

De uma maneira geral a gente trabalha em **grupo** né, os grupos são livres, é claro que a gente tem alguns eixos já pensados, mas de uma maneira geral são eles que trazem. Tem dias que já tô com a coisa toda programada, vou trabalhar isso porque naquele grupo apareceu alguma coisa falando do contexto familiar, aí pego material, uma história, alguma coisa, mas quando eles chegam, e é sempre eles que dizem por onde é que eu vou [...] (ALECRIM, 2019).

[...] o que é que a gente chama de acompanhamento, então nós, no espaço trans discutimos que o acompanhamento pra gente tem a ver com discutir sobre as questões, que são inerentes à própria temática da transexualidade, então experiências de transformação, cirurgias, violências, dificuldades, questões né que tão voltadas para essa vivência trans e os prejuízos disso, mas também outros elementos, como os relacionamentos interpessoais, familiares, mundo do trabalho, projetos, escola, enfim né, projetos de vida. E também assim, um pouco dessa provocação do sujeito político né, de entender um pouco também esse contexto também de um serviço público né, que consequências isso tem, muitas vezes as pessoas vem reclamar porque não tem hormônio, porque não tem isso, ou então porque a fila, mas também tem a necessidade de falar um pouco dessa logística, mas não só a logística burocrática, mas falar dessa relação também, o que é que isso tem a ver com o contexto político, porque as coisas são assim né, então a gente sim tem a provocação para as reflexões, para essa conversa, pra poder inclusive ampliar ao máximo e escapar muito dessa circunscrição de intervenção, porque a gente também quer questionar as normativas de gênero, a gente entende também que as escolhas elas também são muito influenciadas pela normativa, pelas cobranças. Então a gente quer provocar um pouquinho essas certezas de gênero (GIRASSOL, 2019).

Fundamentalmente é percebido não apenas pelas entrevistas, mas por

observações no serviço, que apostar no cuidado despatologizante é peça chave para o Espaço Trans, na verdade sempre foi, diante de uma normativa que direciona os cuidados à lógica biomédica, na lógica curativa e que ainda entende a transexualidade como passível de cura, ou também de alcance da congruência sexo-gênero, trabalhar nessa perspectiva é revolucionário. O significado de pensar de forma despatologizante já foi discutido no primeiro capítulo, porém, é bom lembrar que isso diz respeito à compreensão da transexualidade como vivência livre e que não guarda nenhuma relação com transtorno mental ou desvio psicológico e/ou psiquiátrico. No que tange ao atendimento com foco na despatologização as duas profissões entrevistadas, tanto a psicologia, como o serviço social tem arcabouço teórico-metodológico e ético-político para se vincular a essa concepção.

No que concerne à psicologia, apesar da discussão do gênero e da sexualidade não heterossexual ser recente dentro da Psicologia, a profissão no Brasil apresenta posicionamento favorável à compreensão de identidades despatologizadas, pois, de fato não é doença. Compreendem que é algo que pulsa constitutivamente nos sujeitos, além de afirmar que a biologia não responde plenamente às constituições psíquicas (SILVA E MELLO, 2017). Já o Serviço Social entende que o cuidado despatologizante está ligado a novas bases de cuidado que não passem diretamente pela lógica do diagnóstico psiquiátrico. Compreende as identidades como plurais e o gênero como expressão da liberdade dos sujeitos e seu direito de viver para além das regulações de gênero. Posto que a profissão compreende seus/as usuários/as como indivíduos autônomos e protagonistas de sua própria história, e busca garantir a ampliação do acesso à cidadania e a direitos de forma igualitária, universal e sem discriminações e seletividades (RICARDO, 2017).

Ter optado por esse tipo de cuidado fomenta nas pessoas a reflexão sobre o desejo de cirurgia, pois muitas pessoas não anseiam procedimentos cirúrgicos, e, além disso, até mesmo aquelas pessoas que anseiam, em virtude da reduzida quantidade de procedimentos não conseguem ‘cumprir’ o tempo de processo transexualizador dentro do esperado. Isso revela a necessidade premente de repensar as formas de inserção e formatos de cumprimento de tempo dentro do serviço. Por isso, surge de forma inevitável a rediscussão de como será ‘medido’ o

tempo desses/as usuários/as no serviço, e assim é necessário que hajam novas pactuações no serviço quanto a isso.

O que é tirado como pactuação é a permanência das pessoas até a realização pelo menos da primeira cirurgia que deseja (pode ser dois anos ou mais de inserção) e com um ano de realização dessas, amplia-se o vínculo para outras instituições que estejam mais próximas fisicamente desse/a usuário/a. Já quem não deseja procedimentos, deve permanecer por três anos no serviço. Ambos os casos ao completar o tempo devem ser redirecionados a outros serviços de saúde, porém, isso nem sempre é fácil em virtude das dificuldades de articulação em rede, como veremos mais a frente. É perceptível também pelas falas que o cuidado se adequa muitas vezes à realidade dos sujeitos, não se tenta impor e enquadrá-lo em algo que não caiba em sua realidade.

Porém, há impasses, tais quais algumas dificuldades de adesão, como explicitado nesse trecho da entrevista por Tulipa:

[...] e muitas pessoas não aderem, porque a nossa proposta de trabalho tem a ver com a discussão nos espaços coletivos né e muita gente não tem entendido a proposta porque vem realmente com foco no acesso aos métodos biomédicos e em função disso a gente não tem conseguido consolidar a nossa proposta de cuidado. Aí a gente tá rediscutindo com quem tá participando do serviço tentando fazer com que essas pessoas ocupem os espaços que a gente oferta, os espaços de reflexão por entender as contradições da política. Que a gente tá pensando a cidadania, pensando a saúde integral, a gente precisa colocar a política em debate (TULIPA, 2019).

Essa realidade é também discutida por Tenório, Livadias e Vieira (2017), que afirmam a existência de recusa de muitos usuários/as de frequentarem os espaços ofertados para o cuidado no Espaço Trans. Entendem que isso ocorre pelo fato de não darem importância às terapêuticas de promoção da saúde como os atendimentos psicológicos e sociais, individuais ou em grupo e associam o atendimento em saúde somente às cirurgias.

No tocante aos grupos, esses são uma opção de dupla via feita pelo serviço, ocorrem tanto por opção política de construir cuidado em saúde compartilhado com usuários/as, como forma de dar conta das demandas de tantos usuários/as para poucas profissionais. O grupo se constitui um espaço em que as dificuldades, expectativas e necessidades dos participantes possam surgir e levá-los à busca de respostas que antes eram latentes, mas que se posicionam somente em contato com outros sujeitos. Dessa forma é um local onde há a possibilidade de trocas de

saberes e experiências entre os indivíduos e facilita a aproximação do profissional com a população usuária, favorecendo as abordagens da promoção e educação em saúde (Camargo, 2010). Realizar esse tipo de atividade também está de acordo com a Política de Saúde LGBT que afirma a garantia da realização de ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima da população LGBT e à conscientização e eliminação do preconceito.

Realizar o cuidado em saúde dessa forma apresentada, incluindo também a dimensão política e de vida social dos sujeitos é cuidar de forma integral, que pressupõe compreender os indivíduos em sua totalidade sem fragmentá-los e fundamentalmente perceber que o cuidado em saúde está ligado a diversos outros aspectos sociais, culturais, econômicos, entre outros. De forma a articular também o cuidado desde promover saúde até recuperá-la. É percebido que há complexidade nas demandas que a população leva ao Espaço Trans, que cabe um cuidado de fato integral e articulado. As entrevistadas relataram as demandas mais recorrentes:

[...] a gente tem muito a questão da **violação de direitos** dessa população, então isso remete muito a um diálogo com a rede permanente, há uma necessidade de estabelecer uma intersectorialidade, porque a gente tem um cruzamento de **determinantes sociais** na demanda dessa população [...] as demandas são de complexidade grande devido ao processo de estigma, de **violação de direitos**, enfim as **violências** que fazem parte desse público e a gente (TULIPA, 2019).

É quebra do **vínculo familiar**, as dificuldades de aceitação da sociedade né, em virtude de ser uma pessoa trans, de uma maneira geral isso aparece[...] (ALECRIM, 2019).

É... teve uma mudança esse ano e nos outros anos a questão do **empobrecimento da população** tá mais gritante, então, os embates com o TFD<sup>13</sup> do município tá maior, porque realmente tá mais precarizado o serviço. A demanda da assistência tá maior do ponto de vista do bolsa família, auxílio aluguel, quando é em alguns municípios como Recife, Camaragibe, que tem o VEM, que a gente chama de VEM social que dá direito à passagem para o tratamento de saúde não tem nenhuma dificuldade, mas outras cidades sim [...] (ORQUÍDEA, 2019).

“[...]”, mas tem muitas demandas no sentido de outras questões psíquicas e aí a gente vai ver também da consequência de ser trans na nossa sociedade, então, **violências, preconceitos, privações, exclusões** né. E muitas vezes [...] é preciso a gente ter esses outros olhares e provocar essa reflexão: e aí, mas tá fora da escola? E como fica isso né, ah porque não

<sup>13</sup> A Portaria SAS nº 055, de 24 de fevereiro de 1999, dispõe sobre a rotina de Tratamento Fora de Domicílio. Tem por objetivo garantir o acesso de pacientes de um município a serviços assistenciais em outro município, e também de um Estado para outro Estado. O TFD envolve a garantia de transporte para tratamento e hospedagem, quando indicado. O TFD será concedido, exclusivamente, a pacientes atendidos na rede pública e referenciada. Nos casos em que houver indicação médica, será autorizado o pagamento de despesas para acompanhante.

conseguiu, porque o pessoal fica: ah ela é muito difícil de lidar e aí a gente vai percebendo que a culpa fica no sujeito né, a dificuldade, a questão está no sujeito e não no contexto, em uma normativa que não cabe esse sujeito e aí a gente vai percebendo como essas **exclusões vão se retroalimentando** e elas vão aumentando, porque acaba ficando circunscrito na pessoa e a pessoa é excluída e acabou, continua tudo normal e a gente precisa inverter um pouco esse vetor né e pensar que na verdade as instituições elas estão excluindo, elas que estão tomando a iniciativa de fazer, e isso é interessante também. Agora tem sido muito interessante que **muitas pessoas vem para o cuidado clínico**, tem sido interessante que muitas pessoas venham para se cuidar, quer fazer os exames [...] Mas acho que é isso, basicamente cirurgias, a questão psíquica, o sofrimento, dificuldades, querer um **acompanhamento psicoterápico e psiquiátrico também quando há agudeza e esses elementos mais da clínica**" (GIRASSOL, 2019).

De fato, as demandas levadas ao Espaço Trans são complexas, e agrupam diversos elementos, inclusive o rompimento de vínculos familiares, e por isso também realizam grupos com as famílias dos/as usuários/as como forma de aproximação dos membros com o cuidado em saúde dessas pessoas. Apesar da compreensão mais geral de que a família é ambiente de cuidado e proteção, a literatura aponta que muitas vezes esse é o primeiro ambiente de violação de direitos. E sobre isso Ikemoto (2017) afirma que embora a palavra casa apareça como sinônimo de acolhimento, segurança e conforto, a grande maioria da população trans é violentada e humilhada nesse ambiente. Muitas pessoas trans têm a história parecida no que tange à incompreensão e rejeição familiar, que os/as fazem traçar caminhos de exclusão e incertezas. Há famílias acolhedoras, que nutrem boas relações com as pessoas trans e incorporam sentimento de compreensão e cuidado (IKEMOTO, 2017). Nesse mesmo texto de Ikemoto (2017), há o relato de um jovem trans que afirma

"Eu diria para as famílias das pessoas transgêneras que a base do desenvolvimento psíquico-emocional começa em casa. E, para que esse desenvolvimento não seja prejudicado, é preciso que os familiares nos deem estrutura e apoio, pois, fora desse ambiente, a realidade já é suficientemente cruel conosco. Uma grande parcela da população transgênera desenvolve depressão e outras psicopatologias, chegando ao suicídio. Posso afirmar que um dos maiores causadores desses problemas é a violência física e psicológica praticada pelos próprios familiares. Os assassinos, infelizmente, não estão apenas fora do ambiente familiar, mas também dentro." Miguel Marques, transexual e estudante de psicologia. (IKEMOTO, 2017, ON-LINE).

O distanciamento precoce da família aparece para Pereira e Gomes (2017) como um dos fundamentos da pobreza que se espraia na população transexual. A questão da pobreza é constatada por uma das entrevistadas acima que afirma observar recrudescimento da demanda por encaminhamentos aos serviços da

assistência social em virtude de maior empobrecimento da população usuária. Empobrecimento que guarda ligação não apenas com o abandono familiar, mas o abandono social, expulsão precoce da escola e a marginalização no mercado de trabalho. Essas pessoas têm suas vivências deslegitimadas e são alijadas de direitos fundamentais (PEREIRA; GOMES, 2017). Dessa maneira, parte da população com pouco estudo e com trabalhos precários ou nenhum trabalho, encontra-se conseqüentemente empobrecida.

As pontuações feitas acima possuem relação com outras situações da vida dessa população, elementos que se inter cruzam e constroem realidades particulares para cada sujeito/segmento. Pois, como afirma Butler (2010) é mister atentar que o gênero não é tudo que a pessoa é, existem outras categorias que envolvem o indivíduo, tais quais raça, classe, território, etnia, sexualidade, religião e principalmente a inter-relação entre todas essas contingências. Esse tipo de concepção interseccional é adotado pelo Espaço Trans, como pode ser percebido nos trechos abaixo:

O contexto social que a pessoa está inserida faz toda diferença” (ALECRIM, 2019).

[...] é algo que a gente precisa tá constantemente se apropriando para alfabetizar esse olhar, porque de fato a gente sabe que a partir da inserção desses marcadores, a gente vai ter experiências diferenciadas e a gente vai mobilizar redes diferenciadas a partir da realidade que se coloca. Então é algo sempre a se construir e demanda muito que o profissional se debruce sobre essa preparação sobre tudo. Agora... a gente vai dando respostas à medida que a gente vai é... desenvolvendo a expertise (TULIPA, 2019).

A gente visualiza o sujeito e a gente tenta primar pelo atendimento integral desse sujeito. É... sim, eu acho que enquanto Serviço Social a gente tem que ver essas dimensões de classe, raça, gênero. Porque tem dessas interseções dessas dimensões, então assim, uma mulher trans branca de classe média não vai ter as mesmas repercussões na sociedade do que uma mulher negra, periférica e trans e se for travesti ainda tem outras dimensões. E aí tem essas dimensões e a gente consegue visualizar que na população trans, como em toda população, mas estamos falando especificamente da população trans tem essas questões hierárquicas por conta da classe, raça e do gênero (ORQUÍDEA, 2019).

Esse encontro de elementos diz respeito à interseccionalidade, que é conceito proposto a partir de pesquisas e estudos feministas. Propõe-se a alcançar compreensão da articulação das diferentes categorias sociais – classe social, gênero, raça/etnia, cor, sexualidades, corpos, entre outras – que se encontram relacionadas e são estruturantes na vida dos sujeitos, e com isso produzem as

desigualdades e injustiças. Tenta apreender a articulação das diferenças e desigualdades, em todos os contextos nos quais se produzem e reproduzem as relações humanas e auxilia na compreensão da complexidade da situação dos indivíduos e grupos, de maneira a afirmar a interseção dos fatores: vulnerabilidades, violências e discriminações que acontecem simultaneamente na vida dos sujeitos (PERPÉTUO, 2017).

As expressões da violência também aparecem como demandas ao Espaço Trans, posto que essas causam danos psíquicos ou físicos nessa população que passa a requerer cuidado especial na rede de saúde pública. Como atestam Lima et al. (2016) a população LGBT sofre com as marcas da dominação, humilhação e desrespeito, que se tornam traços presentes no cotidiano dessas pessoas. Sentem na pele a intolerância da sociedade que é injusta, preconceituosa e que nega a existência dessas pessoas como sujeitos livres e possuidores de direitos. O Brasil segundo dados da ANTRA (2018) continua sendo o país que mais mata transexuais e travestis no mundo. E segundo fala de um usuário do Espaço Trans que coletei em uma das observações da pesquisa:

Há um estigma sobre as pessoas transexuais e travestis que na grande maioria das vezes são violentadas. Há distorção das ideologias conservadoras sobre essa população. A transfobia perpassa a vida das pessoas trans e também quem está ao redor e convive. As rejeições nos diversos espaços afetam a saúde mental da população trans.

Todas essas questões acima citadas são reconhecidas como determinações sociais da saúde, as quais são expostas na Política de Saúde LGBT, que traz a seguinte afirmação:

Compreender a determinação social no dinâmico processo-saúde doença das pessoas e coletividades requer admitir que a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura interferem, diretamente na qualidade de vida e de saúde. Requer também o reconhecimento de que todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias que compreendem lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença (BRASIL, 2013, p. 13).

O documento também reconhece a interseccionalidade ao afirmar que:

É preciso compreender, por outro lado, que essas formas de preconceito não ocorrem de maneira isolada das outras formas de discriminação social. Ao contrário, elas caminham ao lado e se reforçam pelos preconceitos do machismo, o racismo e a misoginia. A discriminação e o preconceito também contribuem para a exclusão social das populações

que vivem na condição de isolamento territorial, como no caso dos que vivem no campo, nas florestas, nos quilombos, nas ruas ou em nomadismo, como no caso dos ciganos (BRASIL, 2013, p. 13).

I – Instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de **raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres**; [...]

IV – Qualificar a informação em saúde no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados específicos sobre a saúde da população LGBT, incluindo **os recortes étnico-racial e territorial**; [...] (BRASIL, 2013, p. 20).

Reconhece a maior vulnerabilidade da população transexual ao pontuar que:

Embora a epidemia de aids tenha provocado que o sistema de saúde focasse suas prioridades também nas pessoas travestis e transexuais, conferindo certa visibilidade ao grupo, atualmente é conhecido que os problemas de saúde destas pessoas são bem mais complexos e suas demandas são numerosas. [...] A rua e a prostituição acarretam também maiores riscos de contrair DST/Aids e mais violência, o que torna esse grupo ainda mais vulnerável. A depressão, as crises de ansiedade e sensações de pânico parecem ser frequentes entre as travestis. Essa suposição é reforçada pelo estudo de Peres (2008) que também evidencia a necessidade de mais estudos sobre a saúde do grupo, alertando para a saúde mental (BRASIL, 2013, p. 14)

No que concerne à saúde mental das pessoas transexuais, em alguns momentos dos trechos de entrevistas acima, é evidenciado que há intensa demanda para o cuidado psíquico dessas pessoas. Posto que essa população é impactada pelos agravos trazidos pela sociabilidade que estão inseridas, a qual é adoecedora e as marginaliza. O serviço tenta contemplar a demanda de todos, mas em virtude de possuir apenas duas psicólogas possui dificuldade de concretizar um cuidado em saúde mental a todos/as usuários/as. Os autores apontam como solução a maior estruturação da rede de saúde mental do SUS de maneira que pudesse contar com corpo profissional sensibilizado e capacitado para o atendimento de pessoas trans ou que houvesse ampliação dos recursos humanos do espaço trans (TENÓRIO, LIVADIAS E VIEIRA, 2017). Isso aponta também para a explicitação da existência de dificuldades na articulação em rede, o que será abordado em seguida.

Como afirmam Tenório, Livadias e Vieira (2017) e como é demonstrado nas entrevistas, fica explícito que a demanda é bem maior que a capacidade de atendimento do corpo profissional, e isso aparece como lacuna na implementação efetiva do serviço. Esse entrave advém diretamente da contrarreforma da saúde engendrada no Brasil que desfinancia significativamente o SUS e delinea a precarização do sistema. Uma dessas expressões é a contratação de força de

trabalho para que os serviços de saúde possam funcionar plenamente e pode-se observar no Espaço Trans a dificuldade que o serviço tem com escassez de profissionais, isso é reflexo da retração de investimentos na contratação de profissionais e como afirma Lima (2018) a força de trabalho na saúde encontra-se cada vez mais sucateada, precarizada e flexibilizada, o que interfere no funcionamento dos serviços de saúde.

Demanda retraída significa negação do princípio da universalidade e demonstra que estamos diante de um SUS que não está conseguindo atender a todos/as como se propõe. Em virtude da dizimação de seu orçamento, que após a Emenda Constitucional 95/2016 vem sendo reajustado apenas pela inflação, e não há acréscimo no investimento, e o que vem ocorrendo com o passar dos anos é a dificuldade de manter os serviços públicos de saúde em pleno funcionamento, visto que a realidade se dinamiza, a população cresce, as demandas se ampliam e o investimento continua estático. Os gastos sociais até 2036 estão desvinculados das receitas da união e o crescimento dessas receitas não impactam no investimento em políticas sociais, nesse rol, o SUS (REIS, 2016).

É apresentada assim a lacuna na universalidade que deveria existir, pois, muitas pessoas trans estão sem cuidados em saúde por não conseguirem acesso ao serviço e as que estão inseridas também têm seu cuidado dificultado em virtude dos impasses que o Espaço Trans encontra no contexto de contrarreforma. Outra expressão diz respeito às articulações internas e externas que o serviço precisa realizar para conseguir dar conta de cuidar dessa população. É essa discussão que vai ser realizada agora.

#### *3.2.2.2 Articulações internas e externas: possibilidades e desafios.*

Pensar o cuidado da forma que o Espaço Trans se propõe a realizar, requer que ocorram articulações intersetoriais e diálogo permanente com outras políticas sociais e movimentos sociais. A própria política de saúde LGBT atesta que deve haver essa articulação, quando atesta a necessidade de trabalho interdisciplinar, intersetorial e articulado com outras políticas públicas e outros serviços de saúde para que consiga se efetivar plenamente o cuidado em saúde integral (BRASIL, 2013).

O Espaço Trans atua em diálogo permanente com diversos setores intra e extra-hospitalares, posto que existe necessidade de que o cuidado dessa população se dê de forma intersetorial para contemplar a integralidade e a universalidade. O serviço não conta com equipe específica para atender todas as necessidades clínicas e sociais dessa população e por isso necessita se articular a outros setores para que consiga dar conta das demandas. No contexto intra-hospitalar há relatos tanto de dificuldades como de possibilidades de diálogo, depende bastante do setor e da gestão da clínica, como também da vontade dos profissionais em estarem abertos ao conhecimento da realidade da população trans e de suas necessidades.

Garantir saúde integral e consolidar um cuidado em saúde pleno às pessoas transexuais aparece como objetivo geral da Política de Saúde LGBT:

promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2013, p. 18).

No documento também há direções sobre a sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos LGBT, com inclusão do tema da livre expressão sexual na educação permanente no SUS. Esse tema foi incluso na entrevista e foi relatado como o serviço atua no diálogo com outros setores para discutir a temática da transexualidade e conscientizar os profissionais para que haja um trato respeitoso e cuidadoso com essa população de maneira a garantir atendimento sem preconceitos e com qualidade. As falas das profissionais deixa claro que ainda há muito caminho a ser percorrido nesse sentido, apesar de ter avançado muito, como podemos ver a seguir:

A gente faz sim! Mas olhe... muito aquém da necessidade, mas isso depende de uma política institucional apoiada pela gestão da instituição. Ou seja, essa perna a gente não tem, eu acho que é preciso aproximar mais o diálogo com a diretoria LGBT que tem um papel formador e a gente precisa fortalecer as alianças interinstitucionais para que a gente possa dar uma melhor resposta a esse objetivo (TULIPA, 2019).

Sim, eu acho que a gente vem fazendo isso há um tempo, teve uma época que a gente tava mais presente, onde a gente fazia as rodas de diálogo com os funcionários do hospital, e naturalmente existem alguns profissionais que não aceitam, que dizem que isso é contra a religião deles, e que simplesmente não se sente à vontade para fazer determinado procedimento. Mas eu acho que a gente conseguiu plantar a sementinha em várias pessoas. Acho que de maneira realista, tinha profissionais que não queriam realizar os procedimentos de forma alguma, porque alegavam que não concordavam e hoje esses profissionais estão se revendo, então eu acho que aos poucos e devagar... porque eu acho que mudar uma coisa

que a gente aprende como certo e errado, porque a gente ouve e cresce dizendo que homem tem pênis e mulher tem vagina, mudar isso precisa de um tempo, então os profissionais precisam passar por esse percurso de transição (ALECRIM, 2019).

Na verdade, acho que a gente podia fazer mais, a gente faz muito, a gente fica na verdade com uma incumbência muito isolada. Eu falei no início que a gente tem esse papel, mas não dá para ser só nosso, até porque a gente tem várias outras atividades e isso precisa ser dividido e encampado institucionalmente, a gente não percebe a instituição nesse movimento de achar que é importante conversar, **mas a gente acha que é extremamente importante**. Não só porque a temática precisa ser discutida e a gente precisa ampliar, até porque dada a realidade a gente vê tantas mudanças [...] Mas assim, muita coisa precisa ser discutida, sobretudo porque há muita transfobia aqui, a gente vê muitos posicionamentos transfóbicos, fechados mesmo da saúde que confundem o público e o privado, suas crenças né e o seu papel [...] A gente não encontra muita disponibilidade, a gente já teve um pouco mais, mas a gente tá tendo muita resistência” (GIRASSOL, 2019).

A gente tenta, tem algumas clínicas bem parceiras da gente, outras nem tanto, a gente eu acho que... até 2017 a gente fazia rodas de conversa com os funcionários das clínicas que mais as pessoas trans iam lá serem atendidas e tudo, mas esse ano a gente não fez. A gente tá tentando uma parceria com o serviço de bioética aqui do hospital, a gente tá fazendo um projeto pra que amplie pro hospital todo no aspecto de tentar entender um pouco mais essa população, ter um apoio mais pra ela, a gente tá pedindo apoio para que a gente consiga fazer uma cultura mais humanizada para a população trans (ORQUÍDEA, 2019).

É observado que o serviço busca realizar essa articulação interna através de reuniões com outros setores do hospital no intuito de sensibilizar e conscientizar os profissionais. Porém, o corpo profissional é escasso e encontra dificuldades de realizar esses encontros constantemente, principalmente pela ausência de interesse de alguns serviços, posto que é colocado pelas profissionais que é sempre o Espaço Trans que faz o chamamento, mas o interesse nunca parte dos outros setores. Para que essa conscientização se amplie, tem se aberto o diálogo com o setor de bioética do hospital para que esse tipo de educação permanente se torne responsabilidade da gestão do hospital e não somente das profissionais do Espaço Trans.

Inúmeros são os desafios de realizar as interlocuções, que são extremamente necessárias em virtude que o Espaço Trans não se resume somente a ele, mas deve trabalhar em articulação com outras clínicas e serviços dentro do hospital. São encontrados diversos percalços nessas aproximações, que muitas vezes violam o direito do acesso dos/as usuários/as a determinados espaços no hospital. Essas relações são descritas pelas profissionais da seguinte maneira:

É... isso, eu acho que é extremamente problemático, principalmente o setor de plástica assim, o setor que mais dificulta e traz dificuldades para os nossos usuários, inclusive, assim...é... coloca a transgenitalização como condição para colocar a prótese mamária. Isso inclusive desconstruindo todo processo que a gente tenta construir né... que é exatamente problematizar essas adequações... não somente plástica, mas tem outros serviços que a gente não consegue esse tipo de intervenção, porque esse tipo de intervenção não é considerado prioridade dentro da lógica curativa. E se a gente não estabelece uma pactuação para inserir esse segmento, ele nunca vai ser inserido [...] e isso acaba em um tratamento desigual. É uma iniquidade, o olhar para esse segmento, é por isso que a gente tem conseguido... tentado fazer essas pactuações internas de ter uma cota, porque nossa demanda não é grande para o universo do hospital, e é assim que a gente tem conseguido garantir a inserção [...]. Então a gente tá sempre nessas pactuações internas, porque para correr pelas vias normais do hospital não entra nunca, porque a visão é sempre curativa e sempre na doença (TULIPA, 2019).

Depende da clínica, a gente tem algumas parcerias ótimas [...] agora a cirurgia plástica a gente tem uma relação muito difícil, porque eles compreendem que o biológico prepondera digamos assim, o masculino e o feminino. Então, não quer fazer cirurgia para as meninas que tem pênis, mas quer peito, então eles não entendem e tem dificuldade nisso. Isso tem acarretado muitas reuniões complicadas e também processos no Ministério Público [...]. Algumas clínicas também que não entendem e acham que a gente quer priorizar as pessoas trans[...] eles não entendem que as pessoas trans não tem problema de saúde [...]. Então tem alguns embates nesse sentido de entender e compreender, acho que esse é o maior ponto, e quando começarem compreender, e o sofrimento é um sofrimento interno muito grande dessas pessoas (ORQUÍDEA, 2019).

Varia muito, são várias clínicas que estão envolvidas conosco [...]. Algumas a gente em uma interlocução massa, trocas e ampliando muitas coisas, inclusive para os próprios profissionais virem e acharem que é interessante a gente estudar juntos, isso é diferente de uma prática normal que a gente vê sobretudo em hospitais né, que a lógica da saúde flexneriana e médica, é a cura do remédio, sai logo, aquela rotatividade, até pelo grau de necessidade, nós somos alta complexidade, a cirurgia, o procedimento e xau, mas estamos ampliando (GIRASSOL, 2019).

Nessas relações internas também é perceptível a presença de atendimentos discriminatórios e com marcas transfóbicas, como pode ser observado nas falas das entrevistadas:

Sim, ainda há. Há dois tipos de transfobia que eu vejo, a transfobia entre os pares, as pessoas trans também são transfóbicas entre elas e às vezes na sala de espera a gente tem que intervir, é... algumas pessoas acabam falando e sendo transfóbicas na frente de outras pessoas e na frente da gente e como nosso papel é de cuidador, a gente tem que pontuar e tem no hospital também sim, tem algumas clínicas que são mais difíceis. E tem aquela transfobia, posso dizer, velada! A pessoa chega, é trans a pessoa nem atende, por exemplo: oftalmo, poxa, o negócio é no olho e a pessoa pergunta logo: você é operada? Acho que para o atendimento não precisava né? E aí tem muita transfobia, por isso a gente tá tentando parcerias com o serviço de bioética do hospital (ORQUÍDEA, 2019).

Muitos! Alguns com registro na ouvidoria, mas é muito pouco os registros porque as violências são altamente naturalizadas, então já teve casos bem

ostensivos mesmo, até de ter polícia federal. As pessoas que reagem, geram... vamos dizer assim, uma punição contra elas. São culpabilizadas pelo enfrentamento que fazem, são pessoas literalmente estigmatizadas, porque... a intervenção que elas fazem é fruto da maneira que elas se sentem violadas, então muitas vezes isso aí vira um palco onde só essas pessoas vão responder por aquela violação, as outras estão num processo de naturalização, elas não reagem e nem procuram ajuda institucional por temer a retaliação, a punição e elas também incorporam a lógica de que elas não são sujeitos de direitos e nem de legitimação (TULIPA, 2019).

Existe! Porque existem profissionais que não aceitam, e por mais que a gente tente plantar a sementinha ali, é uma coisa que depende de a pessoa querer se abrir e aprender, e olhar aquela pessoa como ser humano, independente da identidade de gênero e da orientação sexual, e tem esse embate. A transfobia acontece por isso (ALECRIM, 2019).

Sim, muito. Algumas bem específicas que a gente sabe que é clássica, que o povo lá é grosso. É triste, mas existe sim (GIRASSOL, 2019).

Isto interfere diretamente na produção de um espaço de cuidado em saúde livre de discriminação e preconceitos, posto que a transfobia - que aparece como uma gama de atitudes, sentimentos ou ações negativas, discriminatórias ou preconceituosas contra pessoas transgênero, ou pessoas percebidas como tal - interfere nesse processo. Isso explicita que o processo histórico das vivências trans no nosso país é marcado por estigmas e marginalizações, presença de violências físicas, morais e psicológicas constantes, além dos crimes de ódio denominados como transhomicídio.

Superar a transfobia e garantir direito à saúde sem preconceito e de qualidade à população trans aparece como um desafio, posto que muitos profissionais trazem na sua atuação a marca da discriminação por meio de concepções biologizantes. Esta marca advém da formação profissional que não se direciona à compreensão da saúde em sua totalidade, mas apenas no foco biomédico da intervenção. E como afirma Soares (2018b) o desafio é fazer esses profissionais compreenderem e acolherem a diversidade sexual e de gênero entre usuários/as da saúde e suas múltiplas demandas. Há uma tendência cisheteronormativa nas práticas dos profissionais de saúde, que fazem presunções e adotam posturas normativas pautadas na cisgeneridade e heterossexualidade, no entendimento da linearidade entre gênero e sexo biológico.

Os profissionais exigem essa linearidade que consideram natural, porém, esta é construção social que estabelece fronteiras do sexo-gênero por meio da necessidade constante de construir estereótipos de normalidade, mas ao mesmo

passo que a norma naturaliza o masculino e o feminino, por outro ângulo produz possibilidade de desestabilizações da normativa, que aparecem como resistências às normalizações (ÁRAN & PEIXOTO JÚNIOR, 2007). A manutenção das práticas centradas em conceitos de “normalidade” cisgênera, destitui os sujeitos de sua liberdade e autonomia, pois, favorece que ocorram práticas autoritárias e arbitrárias na relação entre profissionais de saúde e usuários/as trans, criando obstáculos ao exercício pleno dos direitos e cidadania (SANTOS; ALMEIDA, 2014). Essa população é percebida como apontado pela entrevistada acima como abjeta, que diz respeito conforme Butler (2001) a corpos que tem suas vidas e existências não consideradas, ou seja, existem e se materializam, mas tem sua humanidade questionada, não sendo consideradas como existências humanas relevantes.

Esse tipo de prática põe em xeque o cuidado em saúde despatologizante e antidiscriminatório adotado pelo espaço trans e proposto pela Política de Saúde LGBT, visto que ao negar acesso a procedimentos com base em concepções biologizantes e preconceituosas, o corpo do hospital instaura uma transfobia institucionalizada, pois a partir dessas ocorrências as pessoas passam a ter seus direitos negados por uma instituição pública que deveria prezar pela aplicabilidade da integralidade, universalidade e integralidade proposta pelo SUS e reiteradas na Política de Saúde LGBT.

Compreende-se também que é de suma importância realizar as ações de educação permanente em saúde para conscientizar e sensibilizar os profissionais para que esses deem um salto qualitativo em suas atuações com as pessoas transexuais, porém é preciso estar atentos/as que o fim da transfobia tem ligação direta com mudança de paradigma e concepção sobre sexo-gênero que estão instaurados na sociedade.

O que está exposto acima desvela as contradições existentes na sociedade no que tange ao cuidado em saúde da população trans. O cuidado humanizado e acolhedor se restringem ao serviço especializado ofertado no espaço trans. Visto que são observados muitos obstáculos no acesso a outras clínicas, obviamente há exceções, como foi pontuado pelas entrevistadas, mas são raras, pois em geral, os setores quando diz respeito às pessoas trans, não priorizam o atendimento, falam que pode ser deixado para depois, que é ‘frescura’, desnecessário, indevido e até mesmo imoral que haja o cuidado em saúde específico para essa população.

Dessa maneira, essa dificuldade na articulação impede que se concretize acesso sem discriminação e integral dentro do Hospital das Clínicas para a população transexual, muito embora haja esforço da equipe do Espaço Trans, isso não é algo que dependa única e exclusivamente de seu esforço e vontade política, mas de uma série de outras questões. No tocante às articulações essas também ocorrem no ambiente externo ao hospital, e sobre isso foram feitas as seguintes pontuações, inicialmente sobre as articulações externas que dizem respeito a outros serviços especializados em saúde LGBT ou com foco na transexualidade:

A gente faz diálogos com esses serviços, até porque pela dificuldade das pessoas obterem respostas resolutivas [...]” (TULIPA, 2019).

A articulação é legal, não tem dificuldade não, a gente já conhece a rede né, no início foi difícil, mas agora a gente já conhece. O CECH, o Centro LGBT do Recife, são poucos, mas a gente tem uma articulação legal, não tem dificuldade não. A dificuldade é muito da pasta que não tem dinheiro e algumas coisas acabam não sendo possível ser realizadas, mas a articulação não temos dificuldades não (ORQUÍDEA, 2019).

[...] a gente sempre teve muito interesse em fazer essas trocas, então a secretaria estadual, a coordenação LGBT de saúde da Secretaria Estadual de Saúde é maravilhosa e parceira, eles na verdade nos respeitam muito, então a gente tem replicado as coisas que a gente faz aqui, estimulado a conversa, a gente provocou muito a rede, então partiu muito de iniciativas dos nossos casos clínicos, provocando o ministério público, utilizando dessa parceria para movimentar (GIRASSOL, 2019).

Sim, eu acho que a gente se busca né, se ajuda, a gente tem momentos em grupo, se reúne, eu acho que a gente tem sim uma boa relação (ALECRIM, 2019).

As profissionais relatam encontrar dificuldades nos encaminhamentos necessários dentro da própria política de saúde, principalmente no sentido de ampliar os vínculos do processo transexualizador por meio do encaminhamento daquelas pessoas que já cumpriram seu tempo no serviço. Posto que a Política de Saúde LGBT propõe que a descentralização e territorialização dos serviços, responsabilidades específicas, ampliação dos serviços, diálogo entre esses para propiciar a integralidade. Os relatos das dificuldades aparecem por meio das seguintes falas:

Há uma rede profundamente fragmentada e que não dialoga, **com uma visão muito parcializada** do sujeito e de suas demandas, então o esforço vai ser maior né [...] A gente tem dialogado muito com a coordenação estadual LGBT e a coordenação da Política LGBT em Recife, esse são os nossos principais pontos de articulação principalmente para discutir essa

recepção da demanda na ponta. Recife ainda tem suas tecnologias, seus investimentos, mas a gente tem uma grande população da região metropolitana e interior e isso é praticamente inexistente. Na região metropolitana, a gente em ainda alguns municípios, **mas a demanda do interior é bastante desassistida e a gente não consegue estabelecer** desde a questão do TFD que é uma coisa essencial para garantir o acompanhamento. A lógica biomédica curativa permeia toda a política de saúde, e quando a gente vai discutir a vida dessas pessoas, não há um entendimento sobre isso, porque elas não tratam doença, então não reconhecem a legitimidade dessa demanda. Se a gente não dialoga com a política pública fica muito difícil o acesso das pessoas aqui, então há uma deficiência grande de resposta da rede nessas dimensões do interior e região metropolitana (TULIPA, 2019).

Esse (a articulação e encaminhamentos) é o nó crítico da gente, acontece de forma muito tímida. Eu acho que como o espaço trans foi o serviço que abriu para a população trans, **a gente ficou em uma ilha** e a gente não quer ficar em uma ilha, então a gente sai tentando articular com alguns municípios. A gente chamou a política estadual, porque algumas coisas a gente faz não... pois não vejo como competência nossa. A capilaridade no estado é função da política estadual LGBT, mas como eles não fomentam isso, a gente vê a necessidade e queremos que outras pessoas sejam cuidadas, então a gente tá tentando fomentar isso através da contra referência, mas ainda é muito a princípio, porque eu vejo que a gente sozinho, não é função da gente (ORQUÍDEA, 2019).

A realidade apresentada acima é atestada pela literatura sobre a temática. De acordo com o Rossi (2015), a garantia do direito à saúde dos/as transexuais fica ligeiramente dependente dos serviços especializados, estes apresentam de certa forma muitas deficiências estruturais, a espera pelo atendimento é demorada e pode nem chegar a acontecer. Reiterando essa posição, Leite (2017) afirma que a atenção especializada é recente e ainda precária no Brasil, com sua expansão ocorrendo de maneira muito lenta para a crescente demanda existente.

O papel dos serviços especializados é de garantir o acesso das pessoas transexuais a procedimentos específicos de suas necessidades que tem relação com a condição trans. O papel da atenção básica no processo transexualizador é destacado como sendo a responsável pela coordenação do cuidado contínuo dos/as usuários/as no território, e também de porta de entrada para rede do processo transexualizador (BRASIL, 2013). Nesse sentido, a articulação com a rede de atenção básica pouco funciona, em geral a população não é encaminhada através dela, justamente por haver condições dificultosas de acesso das pessoas trans aos serviços de saúde não especializados.

De acordo com reportagem produzida por Souza (2018), realizada sobre os 10 anos do processo transexualizador, e divulgada pelo Diário de Pernambuco, os serviços especializados carregam a marca da garantia do acesso a saúde, das

diferenças humanas, da necessidade de cuidar de uma população que em razão de sua invisibilidade sofre muitos agravos. São esses serviços que se tornam a porta de entrada para as pessoas trans, e auxiliam na expansão da consciência da diversidade no SUS, fazendo o resgate dessa população ao vínculo com os serviços de saúde.

Ainda de acordo com a reportagem citada, Pernambuco é o Estado no Brasil com mais mecanismos de saúde voltados à população LGBTI, os avanços são inegáveis, mas a abertura desses serviços descortinou uma demanda inesperada, fazendo-se perceber que tudo ainda é muito pouco, e uma das barreiras para ramificar a rede são duas: o preconceito entre os profissionais e a falta de corpo técnico especializado.

Observa-se também que os serviços se concentram na região metropolitana do Recife, e por mais que tentem dar suporte e apoio a todo o Estado, por vezes isso se torna territorial e logisticamente inviável, para o serviço e para os/as usuários/as. Quem mais sente dificuldade de acesso são as pessoas do interior do Estado, segundo a fala de Luiz Valério (2018) – coordenador da saúde LGBTI em Pernambuco-, é perceptível que os processos mais difíceis do acesso ao direito à saúde são no interior. Se fazendo necessários grandes deslocamentos para acessar a atenção especializada, mas também se tornam dependentes desses serviços para outros atendimentos não específicos, já que em seus territórios encontram diversos obstáculos para acessar os estabelecimentos de saúde.

Segundo Machado (2010, p. 159)

É necessário aumentar o número de locais para atendimento específico no interior do país. [...] Constata-se, assim, a necessidade de se melhorar e implementar novos mecanismos de integração entre os hospitais ou unidades básicas de saúde com os hospitais especializados no atendimento à população de mulheres e homens transexuais, para que haja uma interiorização efetiva do atendimento do SUS. Além disso, devem ser criados mecanismos de divulgação dos locais especializados nesse atendimento, pois as dificuldades de acesso resultam no afastamento dos usuários dos serviços de saúde.

As dificuldades apresentadas têm a ver com os percalços encontrados na efetivação do princípio da descentralização do SUS. O sistema deve ser organizado de forma descentralizada e com direção única em cada esfera de governo. Ou seja, cada Estado e Municípios devem contar com seus sistemas de saúde que possuem gestão própria, mas devem estar articulados entre si e com o nível federal de

gestão. Porém, de acordo com Spedo (2009) este arranjo descentralizado não é efetivo e não consegue consolidar sua capacidade resolutive, muito menos consegue interagir com as funções executadas pelos diferentes níveis de gestão. Ainda segundo os autores, principalmente os municípios, muitas vezes não conseguem suprir as necessidades financeiras que lhes são encarregadas no SUS e isso impede que esses possam assumir e conduzir de forma plena a responsabilidade política e operativa de materializar os serviços de saúde nos seus territórios. Para que se alcance descentralização efetiva, é necessário que haja mais diálogo entre os entes federados, além da consideração do princípio da descentralização articulado aos outros, e não tratá-lo de forma isolada (SPEDO et al, 2009).

Isso explica algumas das dificuldades encontradas em dialogar com outros serviços de saúde para o atendimento de pessoas transexuais, de fato há um impasse na articulação em rede descentralizada e coordenada de serviços de saúde. De acordo com Soares (2018), o acolhimento de travestis e transexuais nos serviços de saúde também exige dos profissionais que se conscientizem e reconheçam as singularidades dessa população, para evitar processos de exclusão e discriminação dessas pessoas. Mas isso não depende exclusivamente dos profissionais, mas também cabe aos serviços de saúde a realização de ações de educação permanente em saúde como forma de preparar os/as profissionais. Essa população por temer os preconceitos e possíveis discriminações, que já são recorrentes, evita ir aos serviços amplos e recorrem em geral aos serviços especializados que são conhecidos por atendimento mais humanos e acolhedores. Pesquisa feita na Pontífica Universidade Católica do Rio grande do Sul, traz apontamentos sobre a realidade desse acesso, de acordo com o professor idealizador da pesquisa, Ângelo Brandelli

Quando as pessoas trans conseguem superar essas barreiras institucionais, existem as barreiras dos profissionais que as tratam com diferença e isso faz com que elas evitem buscar serviços de saúde, mesmo quando precisam, [...] é preciso deixar as políticas públicas mais inclusivas e incorporar discussões sobre o tema nas formações dos profissionais de saúde (PUC-RS, 2017).

#### A própria Política de Saúde LGBT reconhece que

os desafios na reestruturação de serviços, rotinas e procedimentos do SUS serão relativamente fáceis de serem superados. Mais difícil, entretanto, será a superação do preconceito e da discriminação que requer, de cada um e

do coletivo, mudanças de valores baseadas no respeito às diferenças (BRASIL, 2013, p. 16).

Porém, a realidade apresenta uma contradição, pois, de fato superar o preconceito e a discriminação é um grande problema de se garantir atendimento, mas a reestruturação dos serviços também não ocorreu plenamente, ou seja, os serviços e os procedimentos ofertados ainda não são suficientes para garantir atendimento pleno às necessidades dessa população. Essa questão alia dois pontos de discussão: a contrarreforma na saúde e o desfinanciamento do SUS que impedem o investimento na ampliação dos serviços para que esses sejam suficientes ao atendimento a todos/as que necessitam; e também a superação do preconceito e discriminação que dentro da sociabilidade capitalista, segundo Mariano e Ayres (2013) são reforçados como *modus operandi* da opressão e para superá-los é necessário o questionamento da ordem social vigente.

Como aponta Lima et al. (2016) outro grande desafio da garantia da saúde à população LGBT é a construção de iniciativas políticas e operacionais com foco na proteção dos direitos humanos e sociais dessas populações. É necessário construir e fortalecer a rede de cuidados desde a atenção primária até os serviços mais complexos, isso é uma questão urgente para o SUS, que se propõe a ser uma política pensada como universal. E como forma de construir cuidado em saúde para transexuais que não mais os segreguem, mas que seja um cuidado ampliado.

A saúde sozinha não consegue 'resolver' todas as necessidades da população transexual. Agrupa diversas determinações sociais e para que essas sejam problematizadas e as necessidades sociais dessas pessoas possam ser atendidas, se fazem necessárias também as articulações do Espaço Trans com outras políticas sociais. E sobre isso, no que tange à interlocução intersetorial com outras políticas sociais, essa aparece como necessidade que aflora no cotidiano dos serviços e é mecanismo de integrar diversos setores da gestão pública com objetivo de proporcionar o atendimento completo das necessidades sociais e para que isso ocorra de forma mais eficiente deve haver articulação entre elas (OLIVEIRA, 2017). As falas das profissionais entrevistadas deixam claro a existência desse diálogo intersetorial, como pode ser visto abaixo:

“A principal é a educação, muitas pessoas trans sofrem bullying né e tem que sair da escola e a gente tem uma série... e a gente tá começando atender adolescente agora, é uma grande demanda do serviço, as pessoas trans adolescentes sofrem muito bullying [...] a escola não aceita e em vez

de tentar incluir, a escola exclui, bota pra outro horário [...]. E aí tem parcerias com a educação e assistência né, a questão dos benefícios. Emprego e renda a gente tem uma parceria, mas muito frágil ainda, a gente tá nessa comissão mas nada muito concreto, a gente encaminha para o SINE nacional e aí tem duas pessoas de referência, a gente encaminha e elas veem se tem vaga de emprego, mas é uma coisa pontual ainda, a gente queria uma coisa mais sólida, porque é o nó crítico, é emprego, renda e educação pra essa população né” (ORQUÍDEA, 2019).

“[...] a gente trabalha muito com a política de assistência social, educação agora com os adolescentes, potencializou muito o diálogo com a educação porque praticamente a totalidade não consegue ocupar o espaço da escola ou permanecer nela. É... o Ministério público e aí como esse tem a função de promoção de políticas, ele abre um guarda-chuva para outras políticas, como a empregabilidade, as questões da formação, entre outras” (TULIPA, 2019).

Esse tipo de atuação é fundamental para a população transexual, em decorrência do grau de vulnerabilidade dessas pessoas e como forma de melhorar o resultado de cada uma dessas políticas na vida desses indivíduos. Não basta criar uma política isolada em determinada área, mas dialogar com as diversas políticas pra que todas consigam satisfazer as necessidades da população (OLIVEIRA, 2017). A política de saúde LGBT atesta essa intersetorialidade quando afirma poder contribuir para a afirmação da cidadania e da inclusão social dessa população por meio da articulação de políticas sociais como: educação, trabalho e segurança. É política transversal e deve dialogar com outras políticas.

É perceptível que há esforço do Espaço Trans em se vincular a outras políticas sociais como maneira de garantir os direitos dessa população, inclusive o direito do acesso à saúde. Porém, às vezes, as pessoas não conseguem os benefícios assistenciais, têm dificuldade de permanecer na escola e consequentemente ocupam os espaços de trabalho mais precarizados, como também encontram percalços em conseguir o transporte para Tratamento fora do domicílio (TFD) e assim conseguir realizar seu acompanhamento no serviço. Então há diversos entraves para essas pessoas acessarem a saúde quando os seus outros direitos não são garantidos.

Para questionar esses entraves de acesso e permanência o serviço muitas vezes dialoga com os movimentos sociais para encontrar caminhos de garantia de direitos. Por isso, também foi questionada como relação externa, como ocorre o diálogo do serviço com os movimentos sociais e sobre isso foi apontado pelas profissionais que:

“A gente tem uma relação muito próxima com os movimentos dos homens trans, ele também é usuário daqui que é a AHTM, então a gente tá sempre

conversando e debatendo como é que tá, a gente tá sempre tentando ver as vias de acesso [...]. As mulheres trans nem tanto, mas quando necessitam e tem algumas reclamações do movimento elas vem pra cá e falam e dialogam com a gente, mas é uma relação mais distante, mas com os homens trans a relação é bem positiva [...] às vezes a gente consegue dialogar positivamente com as mulheres trans, às vezes nem tanto, tem os embates. Mas a gente é conhecido e quando precisa, sabe onde encontrar” (ORQUÍDEA, 2019).

“O que é a gente tem feito para aproximar o movimento social do espaço é uns fóruns populares como a gente chama, no sentido de discutir mais a dimensão política e coletiva das estratégias de enfrentamento. A gente já produziu documento com movimento social no sentido de buscar o Ministério Público, este fórum da empregabilidade que foi a partir de um diagnóstico que a gente fez a partir das demandas do espaço trans [...] mas a gente não tem movimento social no cotidiano do serviço. Agora eu acho assim, que o movimento social não tem demandado muito para o espaço, a questão política não vem sendo tensionada no serviço” (TULIPA, 2019).

“Eu acho que atualmente as coisas estão se afinando mais, antigamente eu acho que existia um tensionamento assim, era como se o movimento social achasse que a gente não tava a favor deles, alguma coisa assim, então se incomodavam com as regras que o serviço tem, mas o serviço precisa ter regras também, mas eu acho que a partir da inserção de algumas pessoas do próprio movimento social no acompanhamento isso foi perdendo a força. Tem ainda alguns embates, com certeza” (ALECRIM, 2019).

“Olhe, a gente já teve muita dificuldade no início e a gente percebia que era muito personificada a coisa né, então existiam alguns embates [...] a gente percebia muito um desinteresse em que as coisas dessem certo, a gente recebeu muita informação deturpada, muita informação no começo que a gente nem sabia o que era [...] havia uma necessidade de reclamar por reclamar. A gente faz fórum popular [...] tentativa de diálogo [...]. Então, eu considero que poderia ser melhor, eu acho que o movimento social na verdade podia tá mais perto, ser mais parceiro, no sentido das proposições né, das lutas, das brigas né, então é preciso que a gente se fortaleça mais, então eu queria mais aproximação” (GIRASSOL, 2019).

De fato, há um anseio por parte do serviço que os movimentos sociais estejam mais próximos, principalmente por esses serem uma das forças motrizes que deram impulso à construção do serviço. Como é observado na fala das profissionais, existe uma relação mais afinada com alguns movimentos e outros mais distantes, que insistiam em culpabilizar o serviço pelas dificuldades que o mesmo passa, quando na verdade, as dificuldades tem a ver com o contexto de contrarreforma das políticas sociais, o ajuste fiscal e a retração de investimentos no SUS. Há nesse sentido um movimento de conscientizar esses movimentos sociais que nem todos os entraves são culpa da equipe que operacionaliza o serviço, de maneira a desvelar os problemas estruturais que acarretam nessa dificuldade.

É premissa da Política de Saúde LGBT que os serviços devem direcionar a ampliação da participação dos movimentos sociais LGBT nos conselhos de saúde e

outras instâncias. Por isso, o serviço está mais uma vez alinhado com a política, pois, realizam apoio e orientação aos movimentos sociais sobre os direitos e a qual instâncias devem recorrer para reivindicá-los, de modo a somar na luta desses grupos, tornando-se potência no enfrentamento aos obstáculos de efetivação da política e do processo transexualizador.

Articular-se com movimentos sociais é forma de desvelar e colocar em exposição às demandas não-atendidas dessa população, como também dar visibilidade a essas vivências e voz a suas (r)existências. Os fóruns citados acima ocorrem anualmente; durante a pesquisa estive no último que ocorreu em 2019, o qual foi bastante produtivo no sentido de articular movimentos sociais, serviços e discussão acadêmica.

Outra dimensão que o Espaço Trans se ancora é estar aberto a ser espaço de pesquisas e estudos acadêmicos, um dos formatos é ter estagiários de áreas diferentes, o que já permite que se leve a temática para a academia. É observado também quantidade significativa de interesse de pesquisadores/as em realizar suas pesquisas no serviço, desde pesquisas de graduação, residência, até mestrados e doutorados. Isso tem muito a ver com a dimensão da política que afirma que deve haver incentivo e estímulo à produção de pesquisas científicas e inovações tecnológicas relacionadas às temáticas de saúde LGBT, nesse caso específico, da população transexual. O serviço demonstra-se extremamente articulado academicamente e constantemente está em espaços de construção do conhecimento, compartilhamento de vivências e receptivo para quem queira conhecer e estudar o serviço.

Ter discutido todos esses elementos, traz à tona um conceito que os agrega e interliga que faz toda essa articulação ter sentido, que é a concepção de integralidade, a qual diz respeito à compreensão do indivíduo como totalidade, não fragmentado, inclusive com a incorporação nas discussões sobre a saúde daquilo que não aparece como responsabilidade direta da política de saúde, mas que promova desde a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos. No tocante à integralidade, essa encontra percalços para ser concretizada:

Nem sei, difícil dizer assim né, eu acho que a tentativa é, mas acho que também por um outro lado, não só a estrutura do hospital que a gente tenta fazer isso, mas não encontra vaga e vai arrefecendo aquele cuidado. Mas acho que passa pela questão cultural, as pessoas não estão acostumadas a cuidar daquilo que não está incomodando ou que não está vendo. [...] E as

peessoas dizem que até querem, mas não é prioridade por 'n' fatores, cultural, econômico, logístico, enfim, no preconceito, muitas vezes as pessoas até vão para os serviços, mas encontram uma porta tão fechada que aí não quer mais e aí são 'n' fatores, mas eu acho que a lógica da integralidade está presente, muito controversa na própria equipe. Temos alguns profissionais médicos mesmo que acham que não, que a gente não deveria estar fazendo isso, que não tinha que tá cuidando de renda e fazendo o trabalho, que a gente tá procurando sarna pra se coçar. Mas a gente acha que esses elementos são extremamente importantes para a saúde propriamente como um todo que agrupa esses elementos (GIRASSOL, 2019).

Eu acredito que sim, eu acho que o grande foco da gente é olhar o sujeito integralmente, o próprio acolhimento da gente fala disso, quando o sujeito tem o acolhimento com a psicologia, com o serviço social e com a enfermagem. E a partir daí, a gente vê todas as questões que chegam pra gente e aí a gente vai dar alguns encaminhamentos que se fizerem necessários. Às vezes é a passagem, às vezes é uma questão com a família, uma ajuda de custo para aquela pessoa que não tem renda nenhuma, aí vai atrás. A inserção daquele usuário na escola, a gente participa disso, as questões da saúde física, os encaminhamentos para os diversos profissionais e a saúde emocional também (ALECRIM, 2019).

Eu acho muito aquém ainda, porque a gente não consegue dialogar com a instituição sobre essa política né, a legitimidade dela, a questão do preconceito é muito forte. O processo transexualizador eu acho que ele não é um... eu acho que ele não ajuda a concretizar a perspectiva da saúde pra essa população. E como eu percebo isso?... eu percebo que qualquer questão na instituição ligada à esse público é imediatamente trazida para o espaço trans, porque essas pessoas demandam outro tipo de assistência mas eles não são lidos como um cidadão procurando um serviço, como é uma pessoa de saúde mental... foi psiquiatria? Tá restrito a ela, então eu vejo assim que há uma não legitimidade da cidadania dessa população, então qualquer questão aqui do atendimento dessa população na instituição que dê problema é imediatamente colocado, remetido ao espaço trans, é como se entendesse que essa população, o espaço geográfico dela se limitasse ao serviço, então acho que isso é um sintoma significativo da não legitimidade né da concepção de saúde integral. [...] Não se concebe isso como um direito e não se concebe isso como uma afirmação daquela pessoa, daquela existência, daquela identidade. Acho que isso é também um sintoma de que a instituição ela não, não... acolhe essa demanda como mais uma" (TULIPA, 2019).

A gente pega essa perspectiva da política né, do atendimento integral, a gente tenta fazer... se a gente consegue fazer, 100% a gente não consegue, mas a gente tenta. É... tanto é que tem uma equipe de núcleo psicossocial, tem as clínicas parceiras que é transversal nessa política né e sai encaminhando, mas falta muito, porque pra fazer esse atendimento precisa de dinheiro e a gente sabe né que a gente não tem dinheiro suficiente pra garantir um atendimento efetivo (ORQUÍDEA, 2019).

Dentro do Espaço Trans, na lida dos/as usuários/as com a equipe nuclear, esses/as encontram atendimento humanizado e que compreende os sujeitos em sua

totalidade, contemplando assim a integralidade proposta tanto pela política de saúde LGBT como pela normativa do Processo Transexualizador. As dificuldades encontradas nesse cuidado integral estão no âmbito das relações para além do núcleo do serviço, visto que ao lidar com outras clínicas do hospital ou tentar drenar as demandas para outros níveis de atenção do SUS, encontram obstáculos referentes à negação do atendimento por compreensão de mundo heteronormativo, resistência de compreender os sujeitos como uma totalidade e as determinações sociais da saúde, o que acarreta na centralidade biológica e parcialização das demandas, não sendo possível contemplar de forma plena a integralidade na atuação do serviço.

É difícil também o diálogo com as outras políticas sociais, como por exemplo, a educação e assistência, que se encontram impactadas pela contrarreforma do Estado e possuem seus orçamentos cada vez mais ameaçados. A retração dos investimentos na seguridade social pode ser observada também na Emenda Constitucional 95/2016, isto demonstra que não só a saúde é impactada, mas as outras áreas de diálogo também são alvos na contrarreforma, o que dificulta o diálogo.

Diante do exposto acima, é notável que o Espaço Trans envida de forma constante esforços em construir a intersectorialidade e articulação com outros setores do hospital, outras políticas sociais, movimentos sociais e a academia. Mas encontra em seu caminho extensas dificuldades no que tange à descontinuidade da rede, oferta restrita de serviços especializados, resistência dos profissionais de atender as pessoas transexuais, atitudes transfóbicas e sinalizam a falta de investimento financeiro no serviço. Uma das questões que deixam claro as dificuldades estruturais enfrentadas pelo serviço dizem respeito às demandas cirúrgicas não atendidas e as hormonizações, é sobre isso que vamos discutir a seguir.

### 3.2.2.3 Demandas cirúrgicas e hormonizações: perspectivas e dificuldades.

As hormonizações e as cirurgias são um dos eixos de trabalho do Espaço Trans e consistem inclusive na maior das demandas apresentadas pelos/as usuários/as que em grande parte dos casos se inserem no serviço com o intuito de alcançar as metas cirúrgicas e hormonais que anseiam.

No tocante às hormonizações e procedimentos de feminização/masculinização corporal, a Política de Saúde LGBT destaca em diversos momentos que a população transexual deve receber atenção ampliada sobre essas temáticas. Visto que são frequentes as notícias de mortes de travestis e transexuais em decorrência da aplicação do silicone industrial, por isso é necessário que se construam protocolos clínicos para os serviços do SUS. É recomendado que os serviços promovam iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais (BRASIL, 2013). Com base nisto, o Espaço Trans realiza as ações descritas abaixo:

A gente faz todo ano um grupo grande com todos os outros grupos, os mini grupos que a gente tem, então a gente faz um grupão com Erick que é o endocrinologista, pra falar um pouquinho sobre a hormonização, antes da cirurgia, depois da cirurgia, o que isso vai interferir na vida tanto das mulheres trans quanto dos homens né. Homem trans tá aí, a gente já atendeu dois meninos trans grávidos por conta que achava que o hormônio era anticoncepcional, nem é bem anticoncepcional assim, mas entendiam que a testosterona fazia com o que o efeito cortasse e a pessoa fosse ficar infértil, mas não, pra ficar infértil é uma grande quantidade de hormônios e um longo período utilizando que não é o caso dos meninos. Mas a gente faz todo ano isso (ORQUÍDEA, 2019).

O que a gente tem feito encontros ampliados, é... trazendo por exemplo o endocrinologista pra discutir por exemplo as questões da saúde como uso de hormônios... Agora eu te digo que... é uma coisa fundamental que está para além mesmo das pessoas, das condutas individuais é a saúde abraçar o desafio de pesquisar e legitimar a demanda dessa população, porque toda a tecnologia tá voltada para a cisgeneridade (TULIPA, 2019).

Acrescido a essas ações, são dispensados hormônios pelo serviço, como forma de garantir a segurança da hormonização. O processo transexualizador em sua dimensão ambulatorial prevê procedimentos ambulatoriais que dispensem ciproterona, testosterona e estrógeno (valerato de estradiol). Esses medicamentos não estão na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do SUS e devem ser comprados pelo hospital na medida em que houver necessidade a cada mês. Muitas vezes os processos de compra são morosos e com pouca garantia. Em 2015 houve a compra de Nebido (Testosterona) suficiente para ofertar a pelo menos 40 homens trans por 3 anos, enquanto a do estrógeno foi fracassada. A ciproterona, que também é utilizada na Oncologia e estava garantida no hospital e começou ser dispensada em 2016 (TENÓRIO, LIVADIAS E VIEIRA, 2017). Atualmente a situação encontra-se um pouco diferente, como pode ser percebido nas falas das profissionais:

Assim, de jeito nenhum! Na verdade, assim, o único hormônio que se garantiu foi para um número muito pequeno de meninos, mas que isso se coloca cada vez mais... sempre foi problemático para as meninas essa oferta e cada vez mais se precariza em função dos cortes na saúde pública (TULIPA, 2019).

Ampliação de hormônio tá parado, com essa história de contingenciamento tudo, o hospital não tem dinheiro para comprar hormônio, acho que não tem esse ano e a população tá tendo que comprar o hormônio e os meninos sofrem mais porque o hormônio deles é bem mais caro que o das meninas (ORQUÍDEA, 2019).

Super intermitente, difícil, porque a gente tem a falta de muitos. A gente tem tido uma dificuldade com um dos hormônios que é o estradiol, que é o hormônio feminilizante, e ele assim, não somos só nós, a rede tem tido essa dificuldade porque a gente tem começado a fazer parcerias aí, mas a gente não consegue comprar, então é questão mais burocrática mesmo, de pregão, ou de 'ah, a empresa não está regular'. Um outro hormônio, que é um bloqueador na verdade, esse tem sem falta, porque é utilizado para câncer de próstata e essa compra é muito regular, então a gente acaba usando. Os hormônios masculinos como a gente tem pouquinho e nós fazemos a oferta de nevido que foi uma escolha institucional e que nós fazemos pregão, um monte de coisa, mas esse tá garantido e essa é uma compra que desde o início como era um número pouco, eles compraram um número grande, conseguindo garantir durante todo esse tempo. A gente tá com defasagem de alguns, com muita dificuldade, mas outros estão sem problemas (GIRASSOL, 2019).

De fato, a oferta de hormônios é intermitente como afirma Girassol, visto que o hormônio Nebido não está sendo mais ofertado, pois a compra feita há 4 anos acabou e a reposição é intermitente e dificultosa. No que diz respeito aos hormônios que deveriam ser ofertados às mulheres trans, esses encontram-se mais defasados, visto que há morosidade nos processos de compra que muitas vezes não são concluídos.

Além disso, pode-se observar que o atendimento às pessoas trans é preterido em virtude de outros considerados mais urgentes e que são mais prementes por terem ligação direta com doenças, que nesse caso são priorizadas, e isso se associa à lógica da contrarreforma da saúde que. Pois, Laurell (2016) afirma que a saúde nesta concepção deve estar particularmente associada à doença ou risco de vida. Sendo esta a questão central da diferenciação, contradição e tensão aparentes das políticas progressistas democráticas de direito e as políticas de direcionamento neoliberal, que leva os sistemas de saúde pública universais, integrais e equânimes a uma constante fragilidade. Há nitidez também no caráter centrado na alta complexidade que a prioriza acima das ações preventivas e promotoras de saúde, o

que foca mais na recuperação de doenças do que na manutenção da saúde (LAURELL, 2016).

Isso se torna um problema para a população usuária que quando recorre ao serviço para realizar terapia hormonal não encontra a dispensação das substâncias. Para comprar com seu próprio dinheiro é dificultoso, em virtude de as substâncias possuírem custo muito alto. Consta-se pelas observações que no que tange aos homens trans, esses buscam o hormônio de forma 'clandestina' e por um valor mais barato, enquanto as mulheres trans, muitas vezes recorrem à compra de anticoncepcionais para adquirir algumas características femininas no corpo. Com isso, fazem uso indiscriminado dos hormônios, uso esse que pode causar problemas e afetar a saúde dessas pessoas.

A literatura atesta essa dificuldade quando afirma que o uso de hormônios no processo transexualizador é um ponto polêmico, pois sua distribuição não se encontra efetivada de forma universal, integral e equânime. As pessoas então passam a burlar protocolos e a se medicar por conta própria por meio de indicação de amigos ou pesquisas na internet, com pouco cuidado referente a efeitos colaterais e/ou prejudiciais (LIMA, 2014).

Para que pudesse se garantir uma assistência de medicamentos digna a essa população, uma das saídas seria incluir esses medicamentos na RENAME, e assim ter a compra e dispensação facilitada aos serviços. Outra questão que poderia ser repensada é a utilização de outros medicamentos que não sejam Nebido, Ciproterona e Valerato de Estradiol, que poderiam ser acrescentados outros medicamentos, talvez mais baratos, que pudessem substituir ou complementar os citados, o que poderia acarretar em mais agilidade na compra. Há uma cobrança dos/as usuários/as que sejam realizadas pesquisas direcionadas à hormonização das pessoas transexuais, e que os protocolos não deveriam tomar como base o corpo cisgênero. Esses fatos culminariam provavelmente em maior agilidade nos processos, de forma a viabilizar o acesso à hormonização no serviço de saúde, que ocorre com acompanhamento e aconselhamento médico, diferente da hormonização por conta própria que não conta com acompanhamento e oferece riscos à saúde.

A respeito das cirurgias o Espaço Trans realiza três modalidades principais: transgenitalização/neocolpovulvoplastia, adenomastectomia e colocação de prótese de silicone, mas na verdade deveria realizar mais outras duas modalidades:

histerectomia e tireoplastia. Os procedimentos não ocorrem sem dificuldades, que inclusive são muitas, em decorrência da demanda ser crescente e não haver ampliação do quantitativo de procedimentos. Sobre isso, as profissionais destacaram o seguinte:

É só uma por mês (transgenitalização/neocolpovulvoplastia). O cirurgião em alguns meses ele até faz duas por mês, mas assim, é uma coisa esporádica, acho que o profissional médico é muito difícil de conseguir que tenha um perfil, mais acolhedor pra essa temática, normalmente eles têm muito preconceito, então são pouquíssimos profissionais médicos que querem participar do espaço trans. O que tem hoje é Rogerson, entrou há pouco tempo Aleide, e a gente tem uma residente que já vai embora. Então com dois profissionais staffs no serviço fica mais fácil, porque se fala muito da questão do pós-operatório porque é muito trabalhoso, então uma pessoa fazer duas cirurgias e ficar com o pós-operatório fica muito difícil, então por conta do pós-operatório é que eles não conseguem fazer duas por mês. Com a entrada de outra médica pode ser que pensem sobre isso... As dos meninos estão paradas. A gente aqui no hospital a gente tem três mastologistas se não me engano, duas estão de licença maternidade e um tá perto de se aposentar, e esse que tá perto de se aposentar, ele tem toda uma dificuldade de compreender a importância da mastectomia para os meninos, então assim, ele não aceitou não, então os meninos a gente tá orientando pra ir pra ouvidoria e eles estão também no ministério público fazendo uma ação (ORQUÍDEA, 2019).

Olhe, das meninas é uma por mês. Mas tá muito aquém da necessidade, é muito maior a procura do que a oferta... Tá parada a dos meninos ainda, entre outros fatores por dificuldades mesmo que a equipe técnica abrace a proposta né, porque realmente as nossas alianças são poucas com as demandas de ambulatório e que a gente tem. É... o que eu diria, quais são os fatores que dificultam o aumento... você sabe que assim, é... muito estigmatizado, a oferta da política, a prestação da política pra esse segmento, então ele não é considerado prioridade diante da política de assistência (à saúde) e da lógica mercadológica que a gente tem né. Então a gente sempre encontra desafios inclusive de encontrar profissionais médicos que é... se interessem pelo procedimento, ainda tá muito focado no urologista (TULIPA, 2019).

Dessa maneira, é notório que a oferta é significativamente menor que a demanda. A realidade de disponibilidade do bloco cirúrgico não muda desde 2015, continua até hoje sendo um turno por semana para as demandas do Espaço Trans, inclusive quando ocorre algum problema no dia disponibilizado, não há reposição e o serviço perde o turno da cirurgia.

As cirurgias de transgenitalização e adenomastectomia são realizadas no serviço desde seu início, a primeira se mantém até hoje regularmente uma vez por mês, enquanto a outra está paralisada em virtude do afastamento temporário das médicas que realizam o procedimento, e os outros mastologistas que estão no

hospital se recusam a realizar os procedimentos, justificando que não acham 'correto'. O mesmo ocorre com as próteses de silicone que além de ter o número muito reduzido, ainda contam com a morosidade decorrente da recusa dos profissionais de realizarem a cirurgia nas mulheres que não desejam transgenitalização, o que aparece como omissão por parte dos médicos de ofertar esse tipo de cuidado em saúde.

Sobre o silicone, a Política de Saúde LGBT reconhece que as mulheres trans por não encontrarem acesso simples aos métodos seguros de aplicação, culminam na busca por procedimentos sem aconselhamento e acompanhamento especializado, usam o conhecido como silicone industrial (óleo de avião e derivados) para promover a feminização corporal. Isso acarreta em seríssimos riscos à saúde dessas pessoas, visto que essa aplicação ocorre de forma clandestina, com material inadequado. Além disso, ocorre em geral em lugares insalubres com condições inadequadas de higiene, uma vez que as denominadas 'bombadeiras'<sup>14</sup> não possuem nenhuma formação. A aplicação além de extremamente dolorosa, pois envolve muitas perfurações sem nenhuma anestesia, ainda pode gerar acidentes e culminar com muitas sequelas, como inflamações e infecções de diversas ordens (PRATES, 2014).

Percebe-se que o acesso a esses procedimentos no SUS é de fundamental importância, como forma de impedir que as pessoas trans busquem procedimentos arriscados e sem acompanhamento. Essa é uma forma de preservar a saúde dessas pessoas e de ofertar um cuidado completo e seguro que corresponda às suas demandas.

Como foi dito, a demanda é exorbitante, enquanto a oferta é mínima, de fato deveria ser pensada a ampliação do quantitativo das cirurgias, não apenas para acelerar os processos do fluxo de atendimento, mas para oferecer cuidado em saúde articulado, integral e seguro para esses/as usuários/as. Porém, existem obstáculos para essa ampliação, como é relatado por Girassol:

As dificuldades são várias, porque são vários aspectos né. A gente vai depender de uma estrutura hospitalar então tem todo um trâmite, a gente já conseguiu um dia de bloco cirúrgico, um turno e isso já funcionou porque tá garantido e a gente não vai ter nenhuma dificuldade, porque muitas vezes o que é que a gente vai ver, o elemento perigo, risco de vida, fragilidade, cronicidade pegando vez, passando na frente por exemplo. Ah, entre uma

---

<sup>14</sup> Mulheres transexuais que transformam o corpo de outras por meio de aplicação de silicone industrial com substâncias e procedimentos impróprios.

mastectomia para tirar a mama dos meninos e uma mastectomia para a retirada do câncer, isso é visto como prioritário, o câncer. Claro que a gente acha que é prioritário, mas a gente acha que isso possa ser agendado. Mas então, a dificuldade tem a ver com a questão estrutural, porque não tem espaço, porque tem muitas linhas de cuidado que acaba ficando lotado o bloco cirúrgico, mas também porque não temos profissionais pra fazer isso né, até pode-se pensar em aumentar, um profissional que realiza a transgenitalização, são poucas pessoas de referência, que a gente poderia pensar o que realizar pra aumentar o número. Mas por outro lado também, eu tô numa cadeia que pra aumentar o número de cirurgias tem que aumentar todo um número de coisas que o processo exige, porque se exige ainda dois anos de acompanhamento, mas quem vai fazer esse acompanhamento? Essa equipe multi, a gente pensa que esses elementos, esse acompanhamento anterior, dada a forma que a gente escolheu, essa coisa que é interessante a gente falar sobre isso, tem muito a ver esses olhares e esses estímulos de reflexão, porque mandar para o médico não caracteriza acompanhamento, eu sei o quê do sujeito? Que ele foi pro endócrino, foi pra isso, pra aquilo, bom eu posso até ter os exames, mas e da vida, dos sujeitos, dos desejos, dúvidas né, então para aumentar o número de cirurgias a gente precisa aumentar todo esse corpo, essa estrutura anterior (GIRASSOL, 2019).

Outra questão que pode ser destacada é que na normativa do Processo Transsexualizador não há definição de como serão financiados alguns insumos cirúrgicos, como por exemplo o molde para evitar que a vagina se feche, nem as próteses de silicone e nem os coletes compressores do tórax para o pós-operatório das adenomastectomias. Tudo isso fica a mercê da ação do hospital em realizar pregões, o que não ocorre com frequência, e os/as usuários/as não têm condições de arcar com os custos desses insumos. O que ocorre então, é que o urologista que realiza as transgenitalizações oferta por conta própria os moldes pós-cirúrgicos e quanto aos coletes o primeiro dos homens trans que realizou a cirurgia, doou o insumo ao Espaço Trans, para que a cada cirurgia realizada esse seja repassado temporariamente ao cirurgião.

Sendo assim, as motivações que impedem que se ampliem as cirurgias são muitas como observadas acima, dentre elas: questões da logística hospitalar, desinteresse dos médicos em realizar as cirurgias, falta de insumos e não há priorização das demandas da população transexual. Inclusive tudo isso também tem diretamente a ver com o ausente ou escasso financiamento direcionado ao serviço.

#### *3.2.2.4 Aspectos estruturais: EBSEPH e contrarreforma da saúde.*

O Espaço Trans encontra-se inserido no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, atualmente gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEPH, mas nem sempre foi assim. Enquanto o hospital

surge na década de 1980, a empresa é criada por lei em 2011 e a adesão da UFPE à empresa ocorre em 2013, quando a partir de 2014 a EBSE RH inicia a gestão do hospital.

Mas o que é a EBSE RH? Então, a empresa tem seu fundamento a partir do Decreto nº 7.082/2010 que visava revitalizar e reestruturar os hospitais universitários de forma a dar-lhes capacidade de desempenhar as atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde. Tendo em vista que os hospitais universitários federais são referência na média alta complexidade inserida no SUS e conforme Oliveira (2014) aparecem como instituições importantes para o desenvolvimento pleno do SUS, em virtude de no seu interior formar profissionais e desenvolver tecnologias, além de possuir forte papel nas comunidades que estão inseridos.

O decreto traz em seu texto algumas das áreas que deveriam ser reestruturadas nos Hospitais Universitários Federais - HUF, como: instituir mecanismos adequados de financiamento entre saúde e educação, melhorar os processos de gestão, adequar a estrutura física, reestruturar o quadro de recursos humanos dos hospitais universitários, observar o custo-benefício dos procedimentos, implantar sistema gerencial de informações e indicadores de desempenho como mecanismo de acompanhar o cumprimento de metas estabelecidas, e criar mecanismos de governança nos quais participem representantes externos às universidades (BRASIL, 2010).

São as proposições desse decreto que despertam o interesse do Estado de criar uma empresa para gerir os HUF, de forma a contemplar os aspectos mencionados no texto do decreto. Esse documento já aponta e joga luz sobre o que viria a ser a EBSE RH e que tipo de modelo de gestão iria ser adotado. Para que pudesse ser implementada a reestruturação dos hospitais, em 30 de dezembro de 2010, ao final de seu mandato o presidente Luiz Inácio Lula da Silva, cria a medida provisória nº 520/2010 que institui a EBSE RH como empresa pública na forma de sociedade anônima (segundo a Lei nº 6.404/76 esta significa uma entidade de fins lucrativos que terá o capital dividido em ações e a responsabilidade de seus sócios ou acionistas é limitada ao preço das emissões adquiridas). Cabe destacar que medida provisória é um ato presidencial com força de lei, com caráter urgente e relevante, e não conta inicialmente com a participação do legislativo, que só é chamado a discussão posteriormente. Para justificar tal ato foram utilizados

argumentos com base em algumas premissas principais, sendo elas: necessidade de melhoria urgente na gestão que vise metas e resultados e a recuperação dos recursos humanos dos hospitais por meio da contratação de força de trabalho.

A medida provisória entra em discussão no legislativo, sofre diversas alterações e é suspensa a partir do momento que a Lei nº 12.550/2011 é sancionada pela então presidenta Dilma Rousseff. A lei contempla a ampliação de alguns aspectos que não foram mencionados na medida provisória e também troca o modelo da empresa, ao colocá-la não mais como sociedade anônima, mas empresa pública unipessoal com finalidades mercantis. Porém, Oliveira (2014) traz à tona uma questão importante, ao destacar que tanto na medida provisória quanto na lei mesmo depois das discussões em plenário, a saúde continuou sendo concebida como atividade econômica que pode ser explorada pela EBSEH e a saúde como direito fundamental não foi questionada em nenhum momento nesse contexto. E Soares (2010) afirma que tudo aquilo que vem com o papel de afrontar os princípios do SUS não aparece explicitamente, mas os princípios do SUS são negados e refuncionalizados ao incorporar a lógica da racionalidade hegemônica gerencial.

A lei atesta que para que a EBSEH possa gerir os hospitais, as universidades responsáveis por esses devem firmar contrato de gestão, e foi o que ocorreu com o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE). O comando do hospital foi repassado à EBSEH em 2013 – não sem tensionamentos, houve muitas lutas por parte das categorias profissionais em defesa da autonomia universitária e da gestão totalmente pública do hospital -, e em 2014 a empresa passa a gerir o hospital. Isso trouxe algumas mudanças para o cotidiano hospitalar, como também para as relações trabalhistas firmadas na instituição. Sobre a interferência da concepção de gestão empresarial trazida pela EBSEH, as entrevistadas nessa pesquisa fizeram algumas pontuações, são elas:

Sim. Porque a lógica mercadológica da EBSEH é dentro dessa linha de privatização da política de saúde e a gente tem tido muito mais dificuldade em dialogar a articulação com as redes internas, [...] por exemplo essa cultura privatista, reforça os discursos médicos de resistência à legitimidade da demanda com alguns setores estratégicos como plástica e como mastologia. [...] Eu acho que a EBSEH respalda politicamente o recuo da instituição em garantir a demanda dessa população e tem corroborado essa direção que é estrutural da privatização da política de saúde (TULIPA, 2019).

Na verdade o modelo de gestão é um modelo que traz esquizofrenias no cuidado, eu acho particularmente, que segue um modelo de uma lógica cura, assistência curativa, eu não vou ampliar, não vou ver mais, se é especializado é ali e acabou, se é o dedo mindinho vai procurar alguém, se é o pé eu cuido, por esse modelo de educação né. Mas eu vejo uma outra questão que é a lógica trabalhista, eles são um regime diferente, inegavelmente estamos em lugares diferentes, é uma estratégia de ruptura da consistência das especialidades, das categorias né, então isso eu acho que impede, então diretamente, a gente pode falar assim, não tô jogando confete mas também preciso falar desse lado. [...] A EBSEH facilitou e dificultou, diretamente também não tivemos nenhuma recusa, mas acho importante colocar. Me lembrei de uma coisa, nós nunca fomos recusados com um ah não pode isso, mas a gente sabe que algumas coisas são protocolos invisíveis, aquilo que não tá escrito, mas acaba sendo instituído, então uma questão que eu acho extremamente simbólica é: não constamos ( o Espaço Trans) no organograma, nós somos um dos cinco centros, chiques, consultor do Ministério da Saúde, mas a gente não existe, então hoje mesmo pra pegar as cadeiras que estão guardadas, eu tenho que ter um documento oficial, que eu não tenho assinatura, não existo no organograma, não pode assinar porque não tá lá, você é ligada a quem? Esse é um dificultador que a EBSEH precisa resolver, não sei se ela é a causadora, mas ela é uma contínua, ela dá continuidade a isso na medida que ela não resolve né (GIRASSOL, 2019).

Podem ser acrescentadas às falas, algumas informações coletadas nas observações no serviço, como por exemplo, a maior exploração da força de trabalho contratada pela EBSEH, em virtude do contrato ser pela Consolidação das Leis do Trabalho, o que torna os/as profissionais contratados por esse regime empregados públicos e não servidores públicos. Gozam de direitos diferentes e são mais pressionados/as, além da necessidade de serem produtivos/as, visto que há controle por meio do adicional de produtividade que estabelece metas quantitativas a serem cumpridas. E também corre nos bastidores o persistente interesse da EBSEH em tornar o HC-UFPE dupla porta, ou seja, ter entrada também para planos privados de saúde.

Tanto as falas, quanto as observações pontuam detalhes importantes sobre a EBSEH e são incisivas ao afirmar que a empresa carrega a marca da gestão mercadológica da saúde e da compreensão mais privatista do cuidado. Isso nos remete à concepção da empresa como empresa pública unipessoal de direito privado, ao desmembrar essas concepções temos: a ideia central da saúde como nicho de exploração de atividade econômica, visto que esse é o intuito de uma empresa pública, em segundo lugar a regência da empresa ser pelo direito privado, que pelo entendimento, o direito privado diz respeito a interesses particulares e não públicos, o que atesta o interesse da empresa em não ser compreendida na lógica

do SUS público, mas mercantilizado e privatizado. Quando se fala de esquizofrenias no cuidado e centralização na lógica curativa, a EBSEH, de acordo com Oliveira (2014) preza bastante pela formação médica o que contribui para uma visão mais hospitalocêntrica e medicalizada do cuidado e deixa de lado a concepção de promover saúde e prevenir doenças, o que é premissa do SUS.

Tanto a criação quanto a implementação da EBSEH encontram-se vinculadas à concepção da reforma gerencial do estado que guarda relação direta com a contrarreforma da saúde. Como Girassol afirmou, a EBSEH não é a causadora de muitos problemas, mas legitimadora, sua existência legitima os processos de contrarreforma. Processos esses que segundo Oliveira (2014, p. 132) têm as seguintes características:

(1) flexibilização da gestão; (2) valorização dos resultados em detrimento dos processos; (3) orientação por metas; (4) priorizar o investimento na produção de recursos e não em seu gasto; (5) introdução de mecanismos de mercado; (6) unir público e privado numa ação conjunta; (7) discurso da era globalizada; (8) mudança do comportamento estatal; (9) processos de privatizações; e (10) valorização do Mercado em detrimento do Estado. A busca de resultados sem se preocupar como se chegou até eles, ou seja sem focar nos processos, também é um ponto bastante questionável, [...] seja metas de atendimentos de pacientes do SUS, metas de consultas diárias ou mesmo mensais, quando se há uma incessante busca por resultados, as consequências podem recair na falta de qualidade dos atendimentos hospitalares.

Diante do exposto é percebido que a EBSEH se insere na lógica da contrarreforma e processos de privatização da saúde. Sabe-se que na atualidade é notável o avanço do neoliberalismo que impulsiona esses processos, e como afirma Silva et al. (2017) esses formatos de gestão são diretamente consoantes com o que orientam as pautas neoliberais, o que representa perdas para a classe trabalhadora e o favorecimento do âmbito privado que se apropria cada vez mais do fundo público e no que toca a EBSEH, essa aparece como descumprimento constitucional do SUS. Pois, tanto a constituição como a lei orgânica do SUS determinam que a prestação dos serviços do SUS é papel principal do poder público e a concepção privada deve ser complementar, mas o que ocorre é uma complementariedade invertida, que coloca em xeque a lógica pública do sistema.

A contrarreforma da saúde já foi discutida mais profundamente no capítulo anterior, o que será feito aqui são pontuações sobre como ela afeta a operacionalização do Espaço Trans que tem por base a Política de Saúde LGBT e a

Portaria do Processo Transexualizador. De início é preciso dizer que o serviço está inserido em um espaço específico de contrarreforma, que são os hospitais universitários e por isso o foco é muito mais na expressão da contrarreforma nesses nichos.

Os impactos da contrarreforma no Espaço Trans são evidentes, e podem ser percebidos pelas declarações dadas em entrevista pelas profissionais, como pode ser observado em seguida.

“Então, eu tenho... a gente tem pouco tempo de existência, mas nesse tempo eu acho que... o que houve é que a gente foi meio que parada pelas questões estruturais, ou seja, a equipe tem uma vontade política grande, mas as questões estruturais da falta de rede, da falta de profissional, da falta de condições infraestruturais, porque até hoje a gente tem uma sala pra fazer quase tudo. A falta de recursos pedagógicos, porque a gente é um serviço fundamentalmente pedagógico, a gente era pra ter uma tecnologia pedagógica aqui e a gente nunca conseguiu materializar isso porque o foco é biomédico, então a gente tá cada vez mais desafiada a fazer uma intervenção politizada, num é... e sair do foco biomédico para a intervenção psicossocial dando esse foco, porque a compreensão da importância da intervenção política é uma novidade também para quem usa o serviço, porque é um deslocamento paradigmático, então isso é extremamente desafiador e pra gente por exemplo criar espaços pedagógicos e políticos. Então pra gente fazer um cine debate, uma oficina, com recursos dialógicos a gente tem que ter investimento financeiro, então a gente tá nessa barganha, nessa luta, porque isso não tá a favor da gente... Se acirrando, quer dizer, já era difícil porque a gente está diante de mudanças histórias e políticas, espaços de disputas de poder, e agora com todas essas mudanças que a gente tá tendo, esse momento contemporâneo isso tá profundamente realçado e a gente tá muito mais desafiado como equipe dentro de uma conjuntura que nega o tempo inteiro [...]” (TULIPA, 2019).

Consigo ver algumas mudanças pra melhor né, mas consigo ver coisas que também não saíram do canto, não digo retrocessos acho que não, mas acho que não saíram do canto (GIRASSOL, 2019).

Eu acho que interfere muito, e falando do espaço trans, os usuários chegam assustados mesmo assim, com medo de acabar, como vai ser. Mas falando do hospital de uma maneira geral, é um hospital universitário, um hospital escola, se ele for privatizado, não sei como vai ser, não tenho ideia de como vai funcionar. Mas eu acho que coisas que acontecem aqui, esse movimento, os estudantes, as pesquisas, todas essas coisas, quantas pesquisas não já foram cortadas né, e isso vai deixar de acontecer, então o investimento em saúde já é ruim (ALECRIM, 2019).

Eu temo que com essa história da política de saúde não ser mais universal como estão falando né, o SUS já tem dificuldades, a PEC 95 colocou 20 anos de recurso é... o recurso tá lá estagnado por 20 anos, o recurso não cresce, tá lá estagnado pra educação e saúde e nós somos educação e saúde, a gente é um hospital escola e aí com essa dificuldade de não ter um... não ter uma arrecadação que aumente a cada ano de acordo com a demanda, porque o hospital aumentou vários ambulatórios aqui, não tinha o serviço de oncologia há quatro anos atrás, não tinha o espaço trans e agora tem. Aumentou os serviços e não vai aumentar o dinheiro por vinte anos e

além disso, a proposta agora do ministro é um SUS não pra todos, um SUS não universal, eu temo que a gente acabe virando uma dupla porta, que alguns serviços privados é... acabe, a gente acabe trazendo alguns serviços privados de plano de saúde pra cá e a gente acabe virando uma dupla porta. É isso que eu temo (ORQUÍDEA, 2019).

As pontuações feitas pelas profissionais evidenciam o temor pela privatização da saúde, principalmente diante das retrações de investimentos que ocorrem de forma significativa nos últimos anos. Também é destacada a ausência de rede para articulação, ausência essa que também é retrato do baixo investimento do poder público em serviços de saúde. A Emenda Constitucional 95/2016 também é citada como um entrave, pois coloca empecilhos no crescimento do investimento em saúde e dificulta a ampliação das ações de saúde realizadas pelo Espaço Trans, como dito, a equipe possui muita vontade política, mas o investimento é pouco diante da demanda apresentada.

É preciso lembrar também que em outro momento desse trabalho foram citadas dificuldades de subsídios públicos para insumos das cirurgias e para trabalhos pedagógicos e ações ampliadas realizadas pelo serviço. Todas essas questões estão permeadas pelo subfinanciamento do SUS, no qual se favorece o repasse de valores ao setor privado em detrimento dos investimentos que deveriam ser realizados no SUS de forma gratuita, universal, equânime e integral. A afronta desses princípios dificulta que o serviço consiga implementar plenamente suas ações baseadas na Política de Saúde LGBT, que reforça a universalidade, equidade e integralidade. E diante do cenário atual do SUS, esses encontram-se fragilizados e com dificuldades de execução, em virtude de serem deixados de lado em detrimento de uma saúde focalizada, aligeirada, medicalizada e que não se preocupa com o sujeito integralmente, ou seja, uma saúde privatizada e que visa o lucro e não o bem-estar dos sujeitos, e que não concebe a saúde como direito, mas como mercadoria.

O processo transexualizador não está alheio a essas questões, seu financiamento não é detalhado e o Espaço Trans não conta com acesso aos valores repassados. Mas é fundamental explicitar que não há interesse, principalmente no governo vigente, de direcionar grandes esforços financeiros a esse tipo de serviço. O Espaço Trans depende muito da vontade política implícita nos investimentos e também da concepção da saúde como global, visto que contempla ações que não dizem respeito a doenças, mas a promover saúde com concepção do sujeito

completo, com demandas que dizem respeito à saúde ampliada. E quando a integralidade é preterida em um modelo de atenção à saúde, serviços desse tipo também tornam-se preteridos.

Dessa forma, diante desse contexto o Espaço Trans encontra dificuldades não apenas de ampliar suas ações, mas de manter as que já contemplam, como por exemplo a dispensação de hormônios que se encontra paralisada em alguns momentos pelo fato do hospital não ter dinheiro para comprar e dar prioridade a outras situações, deixando a demanda do serviço como passível de maior espera. No que tange às prioridades, o Espaço Trans não encontra espaço nessas, e isso é visualizado pelas profissionais como uma transfobia institucionalizada, pois o serviço é preterido quando se diz respeito à comparação com outros setores do hospital e isso de forma clara atesta que o técnico e o econômico também são permeados de interesses políticos e de concepções arraigadas de preconceito e entendimentos deturpados. Houve em 2019 uma iniciativa do Deputado Túlio Gadelha que visitou o Espaço Trans e esse foi um dos escolhidos para ir à consulta pública feita pelo parlamentar para que a população votasse e escolhesse os serviços que receberiam dinheiro das emendas parlamentares, mas o serviço não foi contemplado, e perdeu assim um valor financeiro que poderia contribuir na sua manutenção e ampliação.

Em suma, o subfinanciamento do SUS é um entrave explícito na completa operacionalização do Espaço Trans com base na Política de Saúde LGBT. Visto que os processos de contrarreforma implicam em concepções de saúde contrárias às que devem ser seguidas com base na política. É lógico que é percebido um esforço político e de articulação da equipe do serviço, mas isso não é suficiente diante da complexidade de fatores que cercam a materialização de um serviço de saúde, não é suficiente a vontade da equipe, mas um financiamento digno e suficiente, o que não está ocorrendo no cenário atual.

### *3.2.2.5 Os avanços e as possibilidades de resistência.*

Nem tudo são dificuldades, chegou a hora de apontar os avanços sinalizados pelas profissionais, os seus anseios para o futuro e também as percepções nas observações. As profissionais compreendem, mesmo com as dificuldades, o serviço como uma potência no que tange a garantir o direito à saúde da população transexual, como pode ser percebido abaixo.

[...] eu acho que a gente tem esse poder porque tá com essa população, mostrando como é que eles vivenciam essas opressões que como você diz tem particularidades nessas vivências que precisam se incorporar ao plano de cuidados que a gente oferta (TULIPA, 2019).

Eu acho que a gente melhorou em algumas coisas né, eu acho que o hospital já sabe que existe um atendimento para pessoas trans, algumas clínicas já conseguem ser parceiras que a gente antes não tinha uma parceria efetiva, já consegue visualizar que como tem o espaço trans então eu vou encaminhar pra lá e já tem um diálogo, que antes não tinha um diálogo, já encaminhava e pronto. Eu acho positivo, mas tem muita coisa pra melhorar ainda, a questão da transfobia ainda tá é... percorre pelo hospital, tem avanços e tem os outros que eu vejo como desafios, desafios pra algum tempo, mas espero eu, meu grande sonho é que daqui há um tempo não precise existir espaço trans como serviço de cuidado só o espaço trans, meu sonho é que nos municípios tenham serviços para pessoas incluindo pessoas trans. [...] Então eu espero isso, que o espaço trans fique na alta complexidade e ambulatorial e cirúrgica seja pra alguns e que as pessoas vão para seus municípios e consigam ser atendidas de forma humana e respeitosa como deve ser. [...] mas a gente precisa cuidar de muitos, então a gente precisa fazer isso né (ORQUÍDEA, 2019).

Eu acho que avanços aconteceram sim, como isso que eu falei dos profissionais que não queriam atender alegando questões pessoas e de consciência, que tem um termo na medicina pra isso também e que hoje se reconhece que estava sendo muito preconceituoso, então quando eu conversei com os outros profissionais, eu vi que eles tavam, a posição dele como chefe, fez todo mundo ficar acuado, e a partir do momento que ele se dispôs a conversar com esses profissionais, se gostariam de fazer a cirurgia ou se tinham interesse, as pessoas disseram que não tinham problema nenhum, então assim, eu acho que é uma questão de reconhecimento, ele foi humilde de dizer assim: eu errei, eu estava sendo preconceituoso, acho que tem avanços sim e acho que a gente vem avançando, acho que a gente sempre tem muita coisa pra fazer, temos objetivos de alcançar outras milhões de coisas, mas acho que a gente tá avançando sim (ALECRIM, 2019).

Consigo ver algumas mudanças pra melhor né, mas consigo ver coisas que também não saíram do canto, não digo retrocessos acho que não, mas acho que não saíram do canto, mas vejo muitos avanços sim e nesse quesito do próprio respeito, o nosso trabalho, modéstia a parte, o nosso trabalho faz as pessoas terem respeito, eu acho que a gente impõe respeito na medida que a gente tem resultados e seriedade, na medida que as pessoas estão aí vivendo e falando bem, as coisas estão acontecendo e acho que isso é um fator positivo e traz reconhecimento e respeito e a gente tem avançado sim (GIRASSOL, 2019).

São notáveis as ressalvas feitas no sentido de o serviço ter a potência de estar em contato direto com a população trans, o que possibilita incentivá-la a dar visibilidade às suas existências e demandas. Como também percebem que sozinho o serviço não consegue transpor as barreiras que se impõem à sua plena efetivação

e por isso visam estar sempre articulados, inclusive com orientações aos movimentos sociais, pois percebem que apenas com a articulação coletiva se consegue avançar.

Reconhecem o tanto que conseguiram avançar no sentido de sensibilizar alguns setores do hospital e dialogar, mas anseiam a ampliação do diálogo. Como também vislumbram que o atendimento a pessoas transexuais seja deslocado do nicho do espaço trans e se amplie em todo o SUS, sem transfobia e com qualidade. Demonstram ser potência também no respeito adquirido, ao mostrar seriedade e compromisso com a causa e resultados, que mesmo com tantas dificuldades conseguem reconhecimento positivo dos usuários/as, profissionais e de setores da sociedade. Isso demonstra que o Espaço Trans é de fato uma potência no sentido de implementar um serviço do processo transexualizador comprometido com os princípios do SUS e com a Política de Saúde LGBT, mesmo com todos os entraves que encontra no caminho, como principalmente a contrarreforma na saúde que ameaça sua manutenção em virtude da redução significativa do orçamento da saúde e necessidade de reorganização das prioridades, que sabe-se claramente que o Espaço Trans não aparece no rol do que deve ser priorizado. E como bem foi dito no último fórum popular: “é preciso inicialmente se articular à luta em favor do SUS como um todo, e com certeza isso implicará na luta pela manutenção e ampliação do processo transexualizador”.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.”

Paulo Freire

Ao final desse trabalho é preferível não o considerar como finalizado, mas como um novo início, um novo impulso. Afinal, nada está completamente acabado, tudo é sempre dinâmico e está sempre se reconstruindo. E também, pela

consciência de que essa discussão não se limita de maneira alguma a ser encerrada apenas em uma dissertação.

É notável por todas as exposições feitas no decorrer dessa dissertação que as transexualidades são um elemento da diversidade humana e aparecem como enfrentamento aos padrões de gênero impostos pela sociabilidade em que estamos inseridos. Imposição que considera o gênero como atrelado diretamente ao sexo biológico e que exige congruência de todos os indivíduos. Porém, percebe-se que as transexualidades questionam essa congruência, que na verdade não existe, é uma construção societária de dominação dos corpos e que se ancora também no modo de produção capitalista para reproduzir a dominação e exploração de parcelas diferentes da sociedade e que conseqüentemente transformam as diferenças em desigualdades, colocando em maior nível de opressão segmentos que desafiam a congruência e linearidade exigidas pela sociabilidade capitalista.

A compreensão de que as pessoas transexuais são incongruentes ou que possuem algum transtorno psíquico acarreta diretamente na disseminação da concepção na sociedade de anormalidade dessas existências. Esse tipo de pensamento direciona as pessoas a tratar a população transexual de forma excludente e violenta. Prova disso são os inúmeros casos de transfobias que culminam em homicídios no Brasil, que segundo dados divulgados pela Organização não governamental Transgender e pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais, é o país que mais mata travestis e transexuais no mundo.

As violências muitas vezes culminam em mortes, mas também se retroalimentam constantemente na existência dessas pessoas. Vale ressaltar que violência vem do verbo violar, e não corresponde apenas às violências físicas, mas também ao impedimento no acesso a direitos que é dificuldade central na existência de pessoas transexuais. Essa população encontra entraves diversos, ancorados na transfobia, no que tange a acessar direitos básicos que deveriam ser ofertados a toda população sem nenhum processo discriminatório.

A realidade aponta que as pessoas trans têm seus direitos corriqueiramente violados e têm acesso restrito a direitos elementares. No que tange ao direito à saúde, esse sempre apareceu como bandeira de luta desses indivíduos, visto que é uma população com necessidades e vulnerabilidades específicas e que requer cuidado direcionado às suas especificidades. Porém, ao tentar acessar o direito à

saúde tem de lidar com as dificuldades impostas pelo preconceito e pela transfobia que se expressam no cotidiano dos serviços de saúde e culminam na negação do acesso da população trans ao seu direito. Para suprir essas lacunas no acesso, depois de muitas lutas e pressões sociais, o Estado mesmo que tardiamente passou a reconhecer a necessidade de instalar serviços de saúde específicos para esse grupo populacional.

Levando em consideração esses fatores, os serviços especializados foram instituídos para contemplar as demandas de saúde das pessoas transexuais, e ao considerar a Política de Saúde LGBT como documento norteador dessa atuação é que se construiu a discussão aqui feita. O Espaço Trans, em Pernambuco, tornou-se referência nesse cuidado e foi o serviço estudado nessa dissertação, o que permitiu diversas conclusões sobre as congruências e dissonâncias da política com o serviço. Diante de todas as considerações expostas ao longo da dissertação, pode-se expor as conclusões a seguir, sem nenhuma pretensão de apresentar a temática como esgotada.

Conclui-se que a política de saúde LGBT aponta como objetivo geral que deve ser construído no SUS um cuidado humanizado, respeitoso, sem transfobia e nenhum outro tipo de discriminação, e o Espaço Trans ao operacionalizar essa proposta demonstra êxito em sua estrutura interna de cuidado. Foi percebido que o serviço propõe ser ambiente de cuidado em saúde despatologizante, integral, centrado nas necessidades da população trans, que busca dialogar com outros espaços do Hospital das Clínicas como forma de garantir que a circulação dessa população na instituição seja ancorada na garantia de acesso à saúde respeitoso, acolhedor, humanizado e não-transfóbico. Porém, o serviço encontra entraves nesse diálogo, em virtude do preconceito ainda arraigado no seio da instituição de saúde, nesse sentido, na mesma medida que internamente o serviço garante cuidado respeitoso, ainda são encontrados no corpo hospitalar casos de transfobia explícitos e velados, institucionais e individualizados.

Outro aspecto diz respeito às articulações intersetoriais realizadas pelo serviço, visto que o mesmo trabalha na lógica da saúde integral e leva em consideração as determinações sociais da saúde. No que tange ao diálogo com outros serviços especializados esse aparece como satisfatório, fundamentalmente pelo fato de trabalharem com a mesma perspectiva de cuidado em saúde. Mas ao

dialogar com outros serviços de saúde não especializados encontra entraves, tais como: preconceito dos profissionais; compreensão de que as pessoas trans não podem ser atendidas em qualquer serviço de saúde e que devem frequentar apenas serviços especializados; concepção medicalizada da saúde sem compreender as interferências do gênero e da sexualidade como determinações sociais da saúde; cuidado parcializado, fragmentado e desarticulado. Tudo isso culmina na dificuldade de encaminhamentos, o que também influi no inchaço do serviço que não consegue capilarizar a demanda de cuidado para os territórios e unidades básicas.

Há também a ausência de serviços tanto especializados, como unidades básicas que acolham as demandas dessa população principalmente no interior do Estado e em áreas mais distantes da região metropolitana. Acolhimento que não ocorre, pois há despreparo tanto dos recursos humanos e também déficit de recursos operacionais, sejam eles financeiros ou de oferta de materiais (medicamentos hormonais, por exemplo). O que viola o direcionamento da Política de Saúde LGBT que põe em tela a necessidade de ampliação dos serviços para que esses alcancem as populações em sua localidade.

No que compete às relações com outras políticas sociais que dialogam direta ou indiretamente com o cuidado em saúde, o Espaço Trans no contato com essas afirma ter alguns problemas. Encontra uma dificuldade estrutural principalmente na educação, na empregabilidade e na Política de assistência social, que são políticas muito requisitadas pela população trans em virtude de sua vulnerabilidade social e empobrecimento em decorrência do abandono familiar, escolar e dificuldade de acessar o mercado de trabalho.

O cuidado em saúde ofertado pelo Espaço Trans também encontra barreiras em relação à gestão do HC/UFPE, realizada atualmente pela EBSEH, que prioriza lógica de cuidado medicalizado, centrado nas doenças, guiado pela lógica privatista e que não busca atender ao caráter público do SUS, mas a implantação de gestão privatista e gerencial. Há foco em resultados - sem preocupação com os meios de realização do cuidado -, metas, e produtividade como central. O que vai contra a perspectiva de centralidade no sujeito e na sua demanda, ao cuidado integral e atento às necessidades dos/as usuários/as que o Espaço Trans busca sempre priorizar.

No que corresponde à ausência de recursos, essa explicita a retração de investimentos em saúde, caracterizada pelo acirramento do processo de contrarreforma na saúde. Processo que está ligado à concepção de Estado neoliberal que surge como resposta às crises do capitalismo, e que não prioriza a manutenção plena e a ampliação dos serviços públicos de saúde, mas direciona esforços em favorecer o setor privado, e torna assim o SUS como nicho de lucratividade capitalista.

A contrarreforma da saúde nos resultados dessa pesquisa se expressa em diversos momentos, sejam eles: na ausência de rede para encaminhamentos, o que denota que não há estabelecimentos de saúde – principalmente específicos – suficientes, falta de instrumentos para realização de procedimentos cirúrgicos no HC/UFPE, falta de hormônios e morosidade nos processos de compra desses insumos; corpo profissional do Espaço Trans escasso que não condiz com a demanda do serviço, pouco ou nenhum investimento em recursos materiais para realização do trabalho profissional da equipe do serviço e por último, mas não menos importante, no desinteresse de capacitar os profissionais para um cuidado em saúde humanizado e integral, que não ocorre por não ser do interesse da lógica privatista e gerencial que o cuidado em saúde seja realizado dessa forma, mas que se realiza apenas no âmbito curativo e focalizado.

Por todo exposto, posso afirmar que: O Espaço Trans é serviço de referência não apenas no Estado de Pernambuco, mas no norte-nordeste e quiçá no país inteiro. É um serviço de saúde especializado que trabalha ancorado no compromisso com a Política de Saúde LGBT, com o SUS, que busca sempre o diálogo intersetorial e com os movimentos sociais, na busca de fortalecer e ampliar o cuidado com seus/as usuários/as. Propõe-se a compreender as explorações e opressões da sociabilidade capitalista de forma interseccional e leva em conta os diversos aspectos da vida dos sujeitos como processos que interferem diretamente na sua situação de saúde.

O Espaço Trans encontra percalços na intersetorialidade, visto que essa não é tarefa fácil, pois encontra dissonâncias entre suas concepções de cuidado em saúde e as que estão presentes nos ambientes que busca dialogar. Mas é fundamental explicitar que há empenho e esforço profissional e político do serviço em atuar de forma alinhada com a Política de Saúde LGBT e os princípios e

diretrizes do SUS. E é perceptível que todos os impasses acima apresentados têm a ver claramente com aspectos estruturais e de articulação, que não se restringem ou se esgotam no serviço, mas têm a ver principalmente com o conjunto de determinações sociais que estão para além do alcance do Espaço Trans.

Entretanto, em sua atuação interna, o serviço se empenha ao máximo em não deixar a população trans que o busca desassistida do seu direito à saúde, isso é inegável. Tudo isso deixa claro que há avanços e possibilidades de resistência, mas também há impasses e limitações na efetivação dos indicativos da Política LGBT na atuação do Espaço Trans.

Não se pode de maneira alguma resumir as competências do Espaço Trans a ele próprio, é notória sua necessidade de articulação com outros setores do hospital, com outros serviços de saúde e outras políticas sociais. Por isso, não conseguir contemplar e ser congruente com todos os aspectos aqui mencionados da Política de Saúde LGBT não é exclusivamente por deficiências no serviço, mas por questões mais complexas e estruturais. O que foi desvelado nesse trabalho tem a ver fundamentalmente com a percepção de que a maioria dos entraves à operacionalização plena do serviço estão ligados à contrarreforma na saúde, até mesmo aqueles que aparentam não estabelecer relação, encontram-se imbricados nesse processo.

Percebo que o compromisso empenhado na realização dessa pesquisa levou ao êxito no conhecimento proposto no seu objetivo geral, mas também é preciso atestar a compreensão de que nada do que foi discutido aqui se esgota nessa dissertação. Por isso, ao mesmo passo que reconheço as contribuições e reflexões que essa dissertação traz à tona, também vislumbro que há muito mais a se discutir sobre a temática em virtude de sua complexidade. Por isso, considero esse trabalho uma semente que deve ser plantada para dar frutos em outras discussões.

Por fim pode-se afirmar que nessa conjuntura na qual os grupos populacionais mais vulneráveis são preteridos e cada vez mais afastados do gozo de seus direitos, o Espaço Trans aparece como espaço de resistência, e por isso, o comparo a uma flor. A explicação está no fato poético que me emergiu na construção da pesquisa, pois, as flores parecem frágeis, mas possuem a capacidade de nascer e florescer mesmo nos espaços mais improváveis e difíceis. Flores são resistentes, pois, nascem e crescem no asfalto, no lixo, e em diversas outras

condições adversas. Sim, o Espaço Trans é resistente como uma flor! Foi gerado no contexto de contrarreforma da saúde e sobrevive no acirramento desses retrocessos. Dentro dessa sociabilidade excludente e violenta que vivemos ter um ambiente como esse serviço é um sopro de vida e florescimento para a população trans.

O Espaço Trans é uma flor! Nasceu e floresce todos os dias, e mesmo em contexto adverso resiste às intempéries, não sem arranhões, mas mostra em sua atuação que é possível construir um SUS respeitoso, humanizado, acolhedor, integral e equânime para a população transexual. As pessoas trans existem, resistem e contam fielmente com o Espaço Trans nessa resistência.

## REFERÊNCIAS

ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem. **Manifesto de Repúdio a um Novo Sistema Nacional de Saúde em Substituição ao SUS**. Brasil, 2018. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/site/2018/04/09/manifesto-de-repudio-a-um-novo-sistema-nacional-de-saude-em-substituicao-ao-sus/>> Acesso em 10 de agosto de 2019.

AITH, Fernando *et al.* **Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica**. Direção Sanitária, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 10-39, jun./2014. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/download/82804/85759>>. Acesso em: 1 nov. 2019.

ALLAN, Nasser. **Para depois do golpe: o ataque aos direitos dos trabalhadores**. In: PRONER, C.; CITTADINO, G.; TENENBAUM, M.; RAMOS FILHO, W. [Orgs.]. A resistência ao golpe de 2016. Bauru: Canal 6; Projeto Editorial Praxis; Instituto Defesa da Classe Trabalhadora, 2016. p. 331-334.

ALMEIDA, Guilherme. **'Homens trans': novos matizes na aquarela das masculinidades?**. Revista Estudos Feministas [online], vol.20, n.2, pp.513-523, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ref/v20n2/v20n2a12.pdf>> Acesso em: 06 out. 2019.

\_\_\_\_\_; MURTA, Daniela. **Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil**. Sex., Salud Soc. (Rio J.), Rio de Janeiro , n. 14, p. 380-407, Ago. 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sess/n14/a17n14.pdf>> Acesso em: 07 ago. 2019.

ALVES, Hailey. **Introdução ao transfeminismo**. In: Transfeminismo, 2012. Disponível em: <<https://transfeminismo.com/introducao-ao-transfeminismo/>> Acesso em: 05 out. 2019.

AMARAL, Daniela Murta. **A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero nas práticas de saúde**. 2007. 119f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

ANDERSON, Perry. **Balanço do Neoliberalismo**. In: SADER, Emir & GENTILI, Pablo (orgs.) Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-23.

ÁRAN, Márcia; PEIXOTO JUNIOR, Carlos Augusto. **Subversões do desejo: sobre gênero e subjetividade em Judith Butler**. *Cad. Pagu* [online], n.28, pp.129-147,

2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n28/07.pdf>> Acesso em: 18 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. **Transexualismo e cirurgia de transgenitalização: biopoder/biopolítica.** Série Anis, V. 39, p. 1-4, 2005.

ARAÚJO, Dolores; MIRANDA, Maria Claudina G. de; BRASIL, Sandra L.. **Formação de Profissionais de Saúde Na Perspectiva da Integralidade.** Revista Baiana de Saúde Pública, Bahia, v. 31, n. 1, p. 20-31, jun./2007. Disponível em: <[https://medicina.ufg.br/up/148/o/FORMACAO\\_DE\\_PROFISSIONAIS\\_DE\\_SAUDE\\_NA\\_PERSPECTIVA\\_DA\\_INTEGRALIDADE.pdf](https://medicina.ufg.br/up/148/o/FORMACAO_DE_PROFISSIONAIS_DE_SAUDE_NA_PERSPECTIVA_DA_INTEGRALIDADE.pdf)>. Acesso em: 5 nov. 2019.

ARAÚJO, Letícia R.; VIEIRA, Luciana Leila F. **A invenção da transexualidade.** In: ARAÚJO, Letícia R. Dos transtornos às experiências singulares, 124f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - UNICAP. Recife: 2010.

ÁVILA, Simone; GROSSI, Miriam Pillar. **Transexualidade e movimento transgênero na perspectiva da diáspora queer.** V Congresso da Associação Brasileira de Estudos da Homocultura – ABEH, Natal, v. 1, n. 1, p. 1-17, nov./2010. Disponível em: <<https://nigs.paginas.ufsc.br/files/2012/01/TRANSEXUALIDADE-E-MOVIMENTO-TRANSG%C3%8ANERO-NA-PERSPECTIVA-DA-DI%C3%81SPORA-QUEER-Simone-%C3%81vila-e-Miriam-Pillar-Grossi.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

BAGAGLI, Beatriz Pagliarini. **Discursos transfeministas e feministas radicais: disputas pela significação da mulher no feminismo.** 174f. 2019. Dissertação (Mestrado em Linguística) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

BAHIA, Lígia; et al. **Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública (Online), v. 32, p. 1-5, 2016. Disponível em: < <https://www.scielosp.org/article/csp/2016.v32n12/e00184516/pt/>> Acesso em: 20 jan. 2020.

BARROS, Fernando Passos Cupertino de; SOUSA, Maria Fátima de. **Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-18, jul./2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n1/1984-0470-sausoc-25-01-00009.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2019.

BATISTA, Gisely Vieira. **Neoliberalismo, crise do capitalismo e Banco Mundial: bases e premissas das políticas sociais contemporâneas.** In: Reforma Sanitária e Contrarreforma da Saúde: interesses do capital em curso. Alagoas: Edufal, 2017.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Ernest Mandel: Imprescindível.** Em pauta, Rio de Janeiro, v. 13, n. 35, p. 37-64, mar./2015. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/viewFile/18621/13591>>. Acesso em: 26 jul. 2019.

\_\_\_\_\_ ; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BENTO, Berenice Alves de Melo. **O que é transexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 2008.

\_\_\_\_\_. **O que pode uma teoria? Estudos transviados e a despatologização das identidades trans**. Revista Florestan, São Carlos, v. 1, n. 2, p. 46-66, dez./2014. Disponível em: <<http://www.revistaflorestan.ufscar.br/index.php/Florestan/article/view/64>>. Acesso em: 9 ago. 2019.

BORBA, Rodrigo. **O (Des) Aprendizado de Si: transexualidades, interação e cuidado em saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: FioCruz, 2016.

\_\_\_\_\_. **Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais**. Revista Sexualidad, Salud y Sociedad, n. 17 – p. 66-97. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sex/n17/1984-6487-sex-17-0066.pdf>> Acesso em: 19 ago. 2019.

BRASIL. **Lei 12.550 de 15 de dezembro de 2011**. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. **Medida provisória nº 520 de 31 de dezembro de 2010**. Ministério da Educação. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Ministério da Saúde. 1ª reimpressão, 2013.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.803 de 19 de novembro de 2013**. Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 457 de 19 de agosto de 2008**. Ministério da Saúde, 2008.

BRAVO, Maria Inês de Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. **As contrarreformas na política de saúde do governo Temer**. Argumentum, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, abr./2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139/13218>>. Acesso em: 9 ago. 2019.

\_\_\_\_\_ ; CORREIA, Maria Valéria. **Desafios do controle social na atualidade**. Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 109, jan./mar. 2012.

\_\_\_\_\_. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

BUTLER, Judith. **Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”**. In LOURO, Guacira Lopes. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte, Autêntica, 2001.

\_\_\_\_\_. **Problemas de Gênero: Feminismo e subversão da identidade**. Tradução Renato Aguiar. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reflexões Temáticas sobre Equidade e Saúde: o caso do SUS**. *Saúde e Sociedade, Online*, v. 15, n. 2, p. 23-33, ago./2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/04.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2019.

CARTA CAPITAL. **A saúde do atraso: uma alternativa ao SUS autoritária e seletiva**. Brasil, 2018. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/blogs/brasil-debate/a-saude-do-atraso-uma-alternativa-ao-sus-autoritaria-e-seletiva>> Acesso em 10 de agosto de 2019.

CARVALHO, Helena S. Braga; ZAMPIÊR, Letícia Soares. **O transfeminismo e o recorte de classe**. *CSONLINE – Revista eletrônica de Ciências Sociais*, v. 23, p. 282-294, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/csonline/article/view/17471/8844>> Acesso em: 09 set. 2019.

CASTELO, Rodrigo. **O social-liberalismo: auge e crise da supremacia burguesa na era neoliberal**. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

CECCARELLI, Paulo Roberto. **Inquilino no próprio corpo: reflexões sobre as transexualidades**. In: COELHO, M. T. Á. D; SAMPAIO, L. L. P. *Transexualidades: um olhar multidisciplinar*. 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2014.

CHAVES, Helena Lúcia Augusto; GEHLEN, Vitória Régia Fernandes. **Estado, políticas sociais e direitos sociais: descompasso do tempo atual**. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, v. 1, n. 135, p. 290-307, mai./2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n135/0101-6628-sssoc-135-0290.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2019.

CISNE, Mirla; SANTOS, Silvana Mara Mara dos. **Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018.

COACCI, Thiago. **Encontrando o transfeminismo brasileiro: um mapeamento preliminar de uma corrente em ascensão**. *História Agora*, v. 1, p. 134-161, 2014. Disponível em: <<https://eventos.uece.br/siseventos/processaEvento/evento/downloadArquivo.jsf;jsessionid=6E316D93AA32E689379FBC3E3D6C929B.eventoss1?id=231&diretorio=documentos&nomeArquivo=231-17102015-171935.pdf&contexto=encontroextensaofafidam>> Acesso em: 08 set. 2019.

COELHO, Maria Thereza A. D.; SAMPAIO, Liliansa Lopes P. **As transexualidades na atualidade: aspectos conceituais e de contexto.** In: COELHO, M. T. Á. D.; SAMPAIO, L. L. P. *Transexualidades: um olhar multidisciplinar.* 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2014.

DIAS, Claudenilson; ARAÚJO, Rosângela. **Aproximações e disjunções: a transexualidade e algumas perspectivas feministas.** In: Seminário Internacional Fazendo Gênero & 11° Women's World Congress, Florianópolis, 2017. Anais eletrônicos. Disponível em: <[http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1503629964\\_ARQUIVO\\_FG11MMfinal.pdf](http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1503629964_ARQUIVO_FG11MMfinal.pdf)>. Acesso em: 09 nov. 2019.

DIAS, Maria Berenice; ZENEVICH, Letícia. **Um histórico da patologização da transexualidade e uma conclusão evidente: a diversidade é saudável.** *Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito, Paraíba*, v. 2, n. 2, p. 11-23, dez./2014. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/81173058-Um-historico-da-patologizacao-da-transexualidade-e-uma-conclusao-evidente-a-diversidade-e-saudavel.html>>. Acesso em: 2 ago. 2019.

COHN, Amélia (et. al). **A saúde como direito e como serviço.** São Paulo: Cortez, 2002.

DICIONÁRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE. **Integralidade em saúde.** Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em: 5 nov. 2019.

ENAP: Escola Nacional de Administração Pública. **Curso: Promoção e Defesa dos Direitos LGBT.** Brasil: Portal Único de Escolas do Governo, 2018.

FACHINNI, Regina. **Sopa de letrinhas?** Rio de Janeiro: Garamond, 2005. 304 p.

FERRARI, Geala G; CAPELARI, Rogério Sato. **A despatologização do transtorno de identidade de gênero: uma crítica a patologização e o enaltecimento ao direito a identidade sexual dos indivíduos trans.** In: XI Seminário Internacional de Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea: Rio Grande do Sul, 2014. Disponível em: <<https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/viewFile/11719/1579,%20pp.%201-18%20%5B25>> Acesso em 10 ago. 2019.

FERRAZ, Dulce; KRAICZYK, Juny. **Gênero e Políticas públicas de saúde: construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS.** *Revista de psicologia da UNESP, São Paulo*, v. 9, n. 1, p. 70-82, ./mar. 2010. Disponível em: <[http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/genero\\_e\\_saude\\_2.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/genero_e_saude_2.pdf)> Acesso em: 04 nov. 2019.

FERREIRA, Dayane de Moraes. **A mercantilização da política de saúde brasileira: análise no fundo público no período neoliberal.** Anais IV Seminário Cetros, Ceará, v. 1, n. 4, p. 1-10, ago./2018. Disponível em: <[http://www.uece.br/eventos/seminariocetros/anais/trabalhos\\_completos/425-51352-15072018-130933.pdf](http://www.uece.br/eventos/seminariocetros/anais/trabalhos_completos/425-51352-15072018-130933.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2019.

FIOCRUZ. **“Reforma Sanitária”.** Brasil, S.D. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>> Acesso em: 01 de agosto de 2018.

FONTOURA, Rosane Teresinha; MAYER, Cristiane Nunes. **Uma breve reflexão sobre a integralidade.** Revista Brasileira de Enfermagem, Online, v. 59, n. 4, p. 532-537, ago./2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a11v59n4.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2019.

FRANCO, Túlio Batista; JÚNIOR, Helvécio M. Magalhães. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado.** In: O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; HUCITEC, 2004, 2ed. São Paulo.

GOMES, Maria Constância P. A; PINHEIRO, Roseni. **Acolhimento e vínculo: práticas de Acolhimento e vínculo: integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos.** Interface, Rio de Janeiro, v. 9, n. 17, p. 287-301, ago./2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2019.

GRANJA, Gabriela Ferreira; ZOBOLI, Elma Lourdes C. P. ;FRACOLLI, Lislaine Aparecida. **O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS.** In: Ciênc. saúde coletiva [online], vol.18, n.12, pp.3759-3764, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n12/a32v18n12.pdf>> Acesso em: 04 nov. 2019.

HARVEY, David. **O neoliberalismo: histórias e implicações.** 1. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

IKEMOTO, Luisa. **Transexuais e travestis sofrem violência dentro de casa.** Disponível em: <http://especiais.correiobraziliense.com.br/transexuais-e-travestis-sofrem-violencia-dentro-de-casa>. Acesso em: 17 dez. 2019.

JESUS, Jaqueline Gomes de; ALVES, Hailey. **Feminismo transgênero e movimentos de mulheres transexuais.** Cronos – Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFRN, Natal, v. 11, n. 2, jul./dez. 2010. p. 8-19. Disponível em: . Acesso em: 6 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. **Feminismos Contemporâneos e Interseccionalidade 2.0: Uma contextualização a partir do pensamento transfeminista.** Rebeh - Revista Brasileira de Estudos da Homocultura, Online, v. 1, n. 1, p. 1-20, jan./2018. Disponível em:< <http://www.revistas.unilab.edu.br/index.php/rebeh/article/view/87>> Acesso em: 16 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. **Feminismo e Identidade de gênero: elementos para a construção da teoria transfeminista.** In: Seminário Internacional Fazendo

Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013. Disponível em: <[http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1373329021\\_ARQUIVO\\_FEMINISMOEIDENTIDADEDEGENEROPDF.pdf](http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1373329021_ARQUIVO_FEMINISMOEIDENTIDADEDEGENEROPDF.pdf)> Acesso em: 16 out. 2019.

\_\_\_\_\_. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos.** Goiânia: Ser-Tão, 2012. Disponível em: <<http://www.sertao.ufg.br/pages/42117>> Acesso em: 09 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. **Transfeminismo - Teorias e Práticas.** 1. ed. Rio de Janeiro: Metanoia, 2014.

JUNIOR, Francisco Batista. **Políticas de Saúde no Sistema Único de Saúde.** In: BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana S. B. Cadernos de Saúde: A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.

KALICHMAN, Artur Olhovetchi; AYRES, José Ricardo C. M. **Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p. 1-13, ago./2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n8/1678-4464-csp-32-08-e00183415.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2019.

LAMENHA, Rafaela Vieira. **A privatização do SUS no contexto de contrarreforma do Estado brasileiro: o projeto do capital em curso.** 4º simpósio mineiro de assistentes sociais, Minas Gerais, v. 1, n. 1, p. 1-15, mai./2016. Disponível em: <<https://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/78/786b8335-b188-49f3-89bf-7db258005451.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

LAURELL, Asa Ebba Cristina. **Políticas de saúde em conflito: seguro contra os sistemas públicos universais.** Rev. Lat-Am. Enfermagem, São Paulo, v. 1, n. 24, p. 1-8, set./2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-02668.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-02668.pdf)>. Acesso em: 13 ago. 2019.

LEITE, Hellen. **Receber cuidados médicos é desafio para transexuais.** Correio Braziliense, Brasília, 2017. Disponível em: <<http://especiais.correiobraziliense.com.br/receber-cuidados-medicos-e-desafio-para-transexuais>> Acesso em: 21 de dez. 2019.

LIMA, Fátima. **O dispositivo “texto”: biopolítica e práticas de si nas experiências de hormonização nos homens transexuais.** In: COELHO, M. T. Á. D; SAMPAIO, L. L. P. Transexualidades: um olhar multidisciplinar. 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2014.

LIMA, Josiane Vivian Camargo de, et al. **A Educação Permanente em Saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites.** *Trab. educ. saúde* [online], vol.8, n.2, pp.207-227, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n2/a03v8n2.pdf>> Acesso em: 16 dez. 2019.

LIMA, Maria Dálete Alves de, et al. **Os desafios a garantia de direitos da população LGBT no sistema único de saúde (SUS)**. Revista Interfaces, v.3, n.11, 2016. Disponível em: <<http://www.interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/315>> Acesso em 10 dez. 2019.

LIONÇO, Tatiana. **Atenção Integral à diversidade sexual no processo transexualizador**. Physis: Revista de saúde coletiva, Online, v. 19, n. 1, p. 43-63, jan. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n1/v19n1a04.pdf>> Acesso em: 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. **Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios**. Physis [online], vol.19, n.1, pp.43-63, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n1/v19n1a04.pdf>> Acesso em: 15 dez. 2019.

LIVADIAS, Suzana K.; VIEIRA, Luciana L. F. Vieira; TENÓRIO, Leonardo F. Pessoa. **Da luta à execução do processo transexualizador: experiência no Hospital das Clínicas da UFPE**. In: OLIVEIRA, Antonio D.; PINTO, Cristiano R. B. Transpolíticas Públicas. Campinas: Papel Social, 2017.

LOURENÇO, Enio. **O sus sobreviverá à era Bolsonaro?** Carta capital, nov. 2018. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/saude/o-sus-sobrevivera-a-era-bolsonaro/>>. Acesso em: 22 fev. 2019.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação: Uma perspectiva pós-estruturalista**. 1ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

\_\_\_\_\_. **Teoria Queer: Uma política pós-identitária para a educação**. Estudos feministas, Online, v. 9, n. 2, p. 541-553, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2001000200012&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2001000200012&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 7 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. **Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer**. 1. ed. 1. reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

MACHADO, Carla. **“Transexualidade, direitos e saúde: aspirações e demandas das mulheres transexuais, na visão crítica de uma mulher transexual”**. In: ARILHA, Margareth (et.al) (orgs). Transexualidade, travestilidade e direito à saúde. São Paulo, Oficina Editorial, 2010. (Coleção Democracia, Estado Laico e Direitos Humanos).

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa, et al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual**. Ciência & Saúde Coletiva, Online, v. 12, n. 2, p. 335-342, ago./2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2019.

MANDEL, Ernest. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural. 1982.

MACHADO, Paula Sandrine. **O sexo dos anjos: um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural.** Cadernos Pagu [online]. 2005, n.24, pp.249-281.

MARIANO, Andreyson Silva; AYRES, Natália. **As relações entre exploração e opressão na sociedade capitalista.** Semana de Economia Política – UFC. Ceará, 2013. Disponível em: <https://semanaecopol.files.wordpress.com/2013/10/gt-2-andreyson-silva-mariano-as-relac3a7c3b5es-entre-explorac3a7c3a3o-e-opressc3a3o.pdf>> Acesso em: 09 ago. 2019.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. **SUS e Seguridade Social: em busca do Elo Perdido.** Saúde e Sociedade, Online, v. 14, n. 2, p. 39-49, ago./2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n2/05.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2019.

MARSIGLIA, Regina M. G; SILVEIRA, Cássio; JUNIOR, Nivaldo Carneiro. **Políticas Sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil.** Saúde e Sociedade, online, v. 14, n. 2, p. 69-76, ago./2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n2/08.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2019.

MATHIAS, Maíra. **Os sistemas universais na encruzilhada.** Ainda há espaço para a garantia do direito à saúde no capitalismo hoje? Revista Poli. Ano X, n. 59, Edição especial, julho 2018. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/poliweb59.pdf>> Acesso em: 28 ago. 2019.

MELLO, Luiz, et al. **Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade.** Revista latinoamericana, Rio de Janeiro, n. 9, p. 7-28, Dec. 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sess/n9/02.pdf>> Acesso em 11 dez. 2019.

MELLO, Luiz; BRITO, Walderes; MAROJA, Daniela. **Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades.** Cadernos Pagu, v. 39, p. 403-429, 2012b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n39/14.pdf>> Acesso em 10 dez. 2019.

MENDES, Áquilas. **O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1183-1197, dez./2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1183.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2019.

MENEZES, Juliana S. B. **Os governos do Partido dos Trabalhadores e as políticas sociais: “nada de novo no front”.** In: BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana S. B. Cadernos de Saúde: A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota técnica nº 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS.** Brasília, 2019.

\_\_\_\_\_. **Processo Transexualizador no SUS**. 2018. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades/processo-transexualizador-no-sus>> Acesso em: 10 dez. 2019.

MISSÉ, Miquel. **Epílogo**. In: MISSÉ, Miquel; COLL-PLANAS, Gerard. *El Género desordenado: Criticas em torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona, Editorial Egales: 2010.

MOTA, Ana Elizabete. **A regressão civilizatória e as expropriações de direitos e das políticas sociais**. *Argumentum*, Vitória, v. 9, n. 3, p. 30-36, set./2017. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/18217/12638>>. Acesso em: 1 ago. 2019.

MUSTAFA, Patricia Soraya. **A crise do capital, o desastre social e a orientação teórico-metodológica das políticas sociais**. *Temporalis*, Brasília, v. 1, n. 29, p. 89-107, jun./2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/9353/7521>>. Acesso em: 26 jul. 2019.

NETO, Carlos de Almeida Dias. **A agenda do Banco Mundial para a política de saúde brasileira: um análise do documento “20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil”**. In: *Reforma Sanitária e Contrarreforma da Saúde: interesses do capital em curso*. Alagoas: Edufal, 2017.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2008.

NEVES, Gleisi Heisler. **Participação Popular, Mulher e Políticas Públicas**. *Revista de Administração Municipal*, v. 41, n. 2010, p. 34-45, jan/mar. 1994.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: uma promessa não cumprida pelo SUS?** In: *Textos para discussão n. 1376, Série Seguridade Social*. Rio de Janeiro: CNPq; MCT, 2009.

OLIVEIRA, André Lucas G. **“Somos quem podemos ser”**: Os homens (trans) brasileiros e o discurso pela (des) patologização da transexualidade. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, 2015.

OLIVEIRA, Gabriela de Abreu. **A compatibilidade dos princípios e modelo de Estado que subjazem ao SUS e a EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares)**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – PUC/RS. Porto Alegre, 191f. 2014.

OLIVEIRA, Leidiane Souza. **Reforma Gerencial, Neodesenvolvimentismo e Ponte para o Futuro: recentes contradições das políticas sociais brasileiras**. *Ser Social*, Brasília, v. 21, n. 45, p. 263-282, jul./2019. Disponível em:

<[http://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/20366](http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/20366)>. Acesso em: 27 jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. In: UNIC, Rio de Janeiro, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Cadernos de Saúde Pública, Bahia, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, out./2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a03v29n10>>. Acesso em: 3 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. **Eqüidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: o caso do SUS**. Saúde e Sociedade, Online, v. 15, n. 2, p. 34-46, ago./2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/05.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2019.

\_\_\_\_\_; SILVA, Lígia Maria V. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS**. Boletim do Instituto Saúde, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 1-8, ago./2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5975/1/Paim%20JS.%202010%20Artigo2.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2019.

PEREIRA, Fábio Queiroz; GOMES, Jordhana M. C. **Pobreza e gênero: a marginalização de travestis e transexuais pelo direito**. Rev. direitos fundam. democ., v. 22, n. 2, p. 210-224, mai./ago. 2017. Disponível em: <<https://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/view/800>> Acesso em: 18 dez. 2019.

PERPÉTUO, Claudia Lopes. **O conceito de interseccionalidade: contribuições para a formação no ensino superior**. In: V Simpósio Internacional em Educação Sexual. Paraná, 2017. Disponível em: <<http://www.sies.uem.br/trabalhos/2017/3159.pdf>> Acesso em: 19 dez. 2019.

PIRES, Denise Elvira. **Precarização do trabalho em saúde**. [online] Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/pretrasau.html>. Acesso em: 16 dez. 2019.

PRATES, Adriana. **A redução de danos aplicada ao uso de silicone líquido e hormônios**. In: COELHO, M. T. Á. D; SAMPAIO, L. L. P. Transexualidades: um olhar multidisciplinar. 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2014.

PUC-RS. **Pesquisa alerta sobre a saúde de pessoas trans**. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 12 de janeiro de 2017. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/blog/pesquisa-alerta-sobre-saude-de-pessoas-trans/>> Acesso em 21 de dez. 2019.

RAVAGNANI, Carmem Lúcia Cruz. **A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde : direito garantido, não se compra, não se vende**. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. 247 f. São Paulo, 2013.

REIS, Ademar A. C. *et al.* **Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS.** Revista Saúde Debate. V. 40, n. especial, p. 122-135, Rio de Janeiro, 2016.

REVISTA FÓRUM. **Fim do DPVAT por Bolsonaro tira cerca de R\$ 3 bilhões por ano do SUS.** Disponível em: <https://revistaforum.com.br/politica/fim-do-dpvat-por-bolsonaro-tira-cerca-de-r-3-bilhoes-por-ano-do-sus/>. Acesso em: 21 nov. 2019.

RIBEIRO, Letícia; O'DWYER, Brena; HEILBORN, Maria Luiza. **Dilemas do feminismo e a possibilidade de radicalização da democracia em meio às diferenças: O caso da Marcha das Vadias do Rio de Janeiro.** Civitas, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 83-99, abr./2018. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/27560>. Acesso em: 2 set. 2019.

RICARDO, Kellyane de Santana. **Projeto ético político do Serviço Social e despatologização da transexualidade: caminhos, possibilidades e contribuições.** 2017. 71f. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social, Recife, 2017.

ROSSI, Marina. **Os direitos básicos aos quais transexuais e travestis não têm acesso.** El País – Brasil, São Paulo, 31 de agosto de 2015. Disponível em: [https://brasil.elpais.com/brasil/2015/08/28/politica/1440778259\\_469516.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2015/08/28/politica/1440778259_469516.html) Acesso em: 21 de dez. 2019.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência.** 1ªed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SALES, Adriana; LOPES, Herbert Proença; PERES, Wiliam Siqueira. **Despatologizando as travestilidades e transexualidades: saúde mental e direitos.** Periódicus, Salvador, v. 5, n. 1, p. 56-72, out./2016. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/view/17176>. Acesso em: 8 set. 2019.

SALVADOR, Marina A. Cortês; TERRA, Paula Valéria O; ARÊAS, Raquel dos Santos. **Política de Saúde no Brasil: história e desafios atuais.** VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. UFMA. São Luís, 2015. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/politica-de-saude-no-brasil-historia-e-desafios-atuais.pdf> Acesso em: 10 de agosto de 2019.

SANTANA, Sandra Barbosa. **As lutas por uma nova hegemonia: uma análise da frente nacional contra a privatização da saúde.** 2017. 123f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social – Faculdade de Serviço Social – Universidade Federal de Alagoas), Maceió.

SANTOS, Márcia C. B. *et.al.* **Processo transexualizador no Rio de Janeiro: considerações introdutórias a partir do olhar do Serviço Social.** In: COELHO, M.

T. Á. D; SAMPAIO, L. L. P. **Transexualidades: um olhar multidisciplinar**. 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2014.

\_\_\_\_\_ ; ALMEIDA, Guilherme da Silva. **“Você realmente escolheu atender a gente ou te obrigaram?”: Notas sobre a assistência à saúde a pessoas trans no SUS**. In: DUARTE, Marco J. de O. (et.al) (orgs). **Política de saúde hoje: interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais**. Campinas: Papel Social, 2014.

SANTOS, Silvana Mara Dos. **Diversidade Sexual: fonte de opressão e de liberdade no capitalismo**. Argumentum, Vitória, v. 9, n. 1, p. 8-20, jan./abr. 2017. Disponível em: < <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/15773/10927>> Acesso em: 09 ago. 2019.

SARAIVA, Marcio Sales. **Estado, Democracia, Políticas Públicas e Direitos LGBT**. 1. ed. Rio de Janeiro: Metanoia, 2017.

SARMENTO, Rayza. **Feminismo, reconhecimento e mulheres trans\*: expressões online de tensões**. Pensamento Plural, Pelotas, v. 17, n. 1, p. 131-150, jul./2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/pensamentoplural/article/view/6113/5160>>. Acesso em: 26 set. 2019.

SENNA, Mônica de C. Maia. **Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 203-211, dez./2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13806.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2019.

SILVA, Alessandra Ximenes. **A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade: resistência ou consenso**. Revista Katálisis. V. 17, n. 2, p. 159-166, jul./dez. Florianópolis, 2014.

SILVA, Christian L; ROTTA, Cristiano V. **O dilema da universalidade e financiamento público do Sistema Único de Saúde no Brasil**. Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 333-345, dez./2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/kelly.PC-330/Downloads/12126-48635-1-PB.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2019.

SILVA, Francisco André; MELLO, Ivana Suely P. B. **Psicologia e a despatologização da transexualidade**. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 11(1), 81-95, mar, 2017. Disponível: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/880459/lgbt-6.pdf>> Disponível em: 16 dez. 2019.

SILVA, Rodrigo G. L. B et.al. **Os impactos das identidades transgênero na sociabilidade de travestis e mulheres transexuais**. Rev Ter Ocup Univ São Paulo, v. 26, n. 3, dez. 2015.

SIMAKAWA, Viviane Vergueiro. **Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade.** 244p. 2015, Dissertação (Mestrado em Cultura e Sociedade) – Salvador.

SOARES, Adilson; SANTOS, Nelson. **Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, V 38 N. 100, jan-mar 2014.

SOARES, Luciano Silveira. **Cuidado em saúde e transfobia: percepções de travestis e transexuais de duas regiões do Rio de Janeiro: Maré e Cidade de Deus, sobre os serviços de saúde.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 102f. 2018b.

SOARES, Raquel Cavalcante. **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.** Revista Argumentum, V. 10, n.1, p. 24-000, jan./abr. Vitória. 2018a.

SOUSA, Aione Maria da Costa. **Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos.** Katálysis, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, dez./2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0227.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2019.

SOUZA, Alcimar da Silva. **Os desafios na garantia de direitos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais do contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).** In: Anais do Enlaçando Sexualidades, UNEB, 2015.

SOUZA, Alice. **Processo Transexualizador no SUS: 10 anos de visibilidade na saúde.** Diário de Pernambuco. Recife, 10 de agosto de 2018. Disponível em: <[http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/vida-urbana/2018/08/04/interna\\_vidaurbana,759167/processo-transexualizador-no-sus-10-anos-de-visibilidade-na-saude.shtml](http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/vida-urbana/2018/08/04/interna_vidaurbana,759167/processo-transexualizador-no-sus-10-anos-de-visibilidade-na-saude.shtml)> Acesso em: 02 de dez. 2018.

SOUZA, Jamerson Murilo A. **O conservadorismo moderno: esboço para uma aproximação.** Serviço Social e Sociedade, São Paulo, v. 1, n. 122, p. 199-223, jun./2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n122/0101-6628-sssoc-122-0199.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2019.

SOUZA, Renilson R. **Políticas e práticas de saúde e equidade.** Revista da Escola de Enfermagem USP, São Paulo, v. 1, n. 41, p. 765-770, dez./2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea03.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2019.

TEIXEIRA, Mary Jane Oleveira. **A urgência do debate: as contrarreformas na política da saúde no governo Temer.** Argumentum, Vitória, v. 10, n. 1, p. 33-50, abr./2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19495/13179>>. Acesso em: 27 jul. 2019.

TRAVASSOS, Claudia. **Eqüidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2-10, jun./1997. Disponível em: <[https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/682/4/Travassos\\_Equidade%20e%20o%20sistema%20unico%20de%20saude\\_1997.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/682/4/Travassos_Equidade%20e%20o%20sistema%20unico%20de%20saude_1997.pdf)>. Acesso em: 5 nov. 2019.

VALENTE, Nara Luiza; FOGAÇA, Vitor Hugo B. ; SILVA, Silmara Carneiro e. **A Reforma trabalhista brasileira e a proibição de retrocesso social: uma análise do texto reformista a partir do processo de ressignificação dos direitos sociais.** Temporalis, Brasília, v. 18, n. 36, p. 290-305, jul./2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/19688/pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2019.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Claudia Maria de Mattos. **O SUS é universal, mas vivemos de cotas.** Ciência & Saúde Coletiva, Online, v. 18, n. 1, p. 181-190, ago./2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/19.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2019.

ZOBOLI, Elma Lurdes C. Pavone; FRACOLLI, Lislaine Aparecida; GRANJA, Gabriela Ferreira. **Equidade no SUS: em construção uma concepção política de justiça em saúde.** Bioethikos, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 180-188, dez./2010. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/76/180a188.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2019.

# ANEXOS

## ANEXO A:

**EFEITO DA EC 95/2016:  
REDUZIR O QUE É INSUFICIENTE  
(DESFINANCIAR O SUS)**



**GASTO PÚBLICO EM SAÚDE/ASPS (% PIB)**

Elaboração: Francisco Funcia. Fonte: adaptado de SIOPS/MS

Ano	União	Estados <sup>1</sup>	Município	Total	ANO	União	Estado	Munic.	Total
2004	1,68%	0,88%	0,84%	3,40%	2014	1,59%	0,99%	1,17%	3,72%
2005	1,68%	0,91%	0,93%	3,52%	2015	1,67%	1,01%	1,20%	3,88%
2006	1,68%	0,95%	0,98%	3,62%	2016	1,70%	1,01%	1,25%	3,96%
2007	1,68%	0,95%	0,97%	3,61%	2017	1,76%	1,04%	1,25%	4,05%
2008	1,61%	1,00%	1,04%	3,65%					
2009	1,74%	0,97%	1,04%	3,75%					
2010	1,59%	0,96%	1,01%	3,56%					
2011	1,65%	0,95%	1,05%	3,65%					
2012	1,66%	0,93%	1,08%	3,68%					
2013	1,60%	0,99%	1,13%	3,72%					

Efeito da recessão econômica (queda do PIB): aumento dos gastos federais em saúde como proporção do PIB

Gasto Federal em saúde congelado como proporção do PIB (em torno de 1,6% e 1,7%)

 10 

**EFEITO DA EC 95/2016:  
REDUZIR O QUE É INSUFICIENTE (DESFINANCIAR O SUS)**



**ESGOTAMENTO DA CAPACIDADE MUNICIPAL DE COMPENSAR A QUEDA DE PARTICIPAÇÃO FEDERAL**

**COMPOSIÇÃO DO FINANCIAMENTO DO SUS**

ANO	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIO
1991	73%	15%	12%
2001	↓ 56%	↑ 21%	↑ 23%
2010	↓ 45%	↑ 27%	↑ 28%
2014	↓ 43%	↓ 26%	↑ 31%
2017	≡ 43%	≡ 26%	≡ 31%

X 2,5

Elaboração Francisco Funcia; Fonte: adaptado de: Carvalho, Gilson (para o período 1991-2010); SIOPS/MS e Mendes, Áquias (para 2014); Funcia e SIOPS/MS (para 2017).

 11 



## ANEXO B:

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Local da entrevista: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

#### 1. IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTADA

Nome: xxxx

Profissão: \_\_\_\_\_

#### 2. SOBRE A RELAÇÃO DA ENTREVISTADA COM O SERVIÇO:

Há quanto tempo você trabalha no Espaço Trans?

O tempo de serviço no Hospital é o mesmo da inserção no Espaço Trans?

Qual o seu tipo de vínculo empregatício?

Você considera que há fragilidades na sua relação trabalhista?

#### 3. SOBRE A OPERACIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO

Atualmente qual a quantidade de pessoas atendidas pelo serviço? Quantos homens e quantas mulheres trans? E as que estão na lista de espera?

Qual o fluxo de acolhimento de novos/as usuários/as está funcionando?

Como é feito o acompanhamento dos/as usuários/as do serviço?

Quais atividades externas realizadas pelo serviço?

Fale sobre as demandas mais recorrentes no seu cotidiano de trabalho.

Com a quantidade atual de profissionais, o serviço está sendo capaz de atender as demandas postas?

No que tange às ações realizadas pelo serviço, estas buscam contemplar as especificidades da população trans, ao considerar a raça/etnia, classe e territorialidade?

De que forma o serviço contempla ações de redução de danos no uso de fármacos de hormonização e o uso de substâncias impróprias para mudanças corporais?

O Espaço Trans atua no diálogo com o corpo de profissionais do Hospital no intuito de garantir aos/as seus/as usuários/as atendimento de qualidade, sem discriminação e preconceito, mais especificamente, sem transfobia?

Quais os documentos e normativas legais que subsidiam a atuação do Espaço Trans?

Em média, quantas hormonizações são realizadas por mês no serviço? Estas vem sendo suficientes para toda a população atendida?

No que tange às cirurgias, qual o quantitativo realizado mensalmente? Esta quantidade é suficiente para abarcar as demandas? Se não, você pode elencar algumas motivações para que não haja ampliação?

#### **4. SOBRE AS RELAÇÕES EXTERNAS DO ESPAÇO TRANS**

Como ocorre a relação do Espaço Trans com as clínicas e outros serviços do Hospital das Clínicas?

Como ocorre a relação do Espaço Trans com os outros serviços especializados de saúde LGBT/trans?

O que vem ocorrendo com as pessoas que já cumpriram o tempo de processo transexualizador no Espaço Trans?

Quais os órgãos da garantia de direitos que o Espaço Trans mais dialoga e de que maneira ocorre esta relação?

Com vistas a promover a cidadania, o serviço realiza interlocução com outras políticas sociais? Se sim, quais as principais dificuldades encontradas?

Com base nos princípios de descentralização e na concepção de atendimento de saúde no território, quais as limitações e possibilidades de capilarizar a rede de atenção?

Existem tensionamentos trazidos pelo modelo de gestão da EBSEH na operacionalização do serviço?

Qual a relação do Espaço Trans com os movimentos sociais? Quais demandas estes apresentam para o serviço?

**5. SOBRE A POLÍTICA LGBT, PROCESSO TRANSEXUALIZADOR, NEOCONSERVADORISMO, NEOLIBERALISMO E ACIRRAMENTO DA CONTRARREFORMA DA SAÚDE.**

Como está sendo concretizada a integralidade proposta pela Política LGBT no Espaço Trans?

No que tange à Política Nacional de Saúde Integral LGBT, esta é um dos documentos norteadores da operacionalização do serviço?

Visto que vem ocorrendo diversos retrocessos e retração de investimentos nas políticas sociais, inclusive na saúde. Você considera que estes aspectos incidem na execução e ampliação das ações do serviço?

Podem ser visualizados casos de transfobia institucional no acesso dos/das usuários/as do serviço nos diversos serviços do Hospital das Clínicas?

No que tange o ideário de saúde proposto pelo governo vigente, você visualiza que este possa inferir em entraves na materialização do serviço?

Em relação à conjuntura neoconservadora vivida no país atualmente, pode-se considerar que há impactos em materializar dentro do Hospital das Clínicas uma política de saúde livre de preconceitos e discriminação, mais precisamente, sem transfobia institucional?

No decorrer dos anos de sua inserção como profissional do Espaço Trans, podem ser percebidas mudanças na possibilidade de materializar plenamente a política de saúde LGBT e a proposta do Processo Transexualizador?

**ANEXO C:**

**PORTARIA Nº 2.803, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013**

DOU de 21/11/2013 (nº 226, Seção 1, pág. 25)

Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

considerando a decisão judicial transitada em julgado proferida nos autos da Ação Civil Pública nº 2001.71.00.026279-9/RS, que versa sobre a implantação no SUS de cirurgias de readequação sexual;

considerando a decisão judicial proferida no dia 13 de setembro de 2013 em sede de execução na referida Ação Civil Pública, que determinou ao Ministério da Saúde o cumprimento integral, no prazo de 30 (trinta) dias, das medidas necessárias para possibilitar a realização no Sistema Único de Saúde (SUS) de todos os

procedimentos médicos para garantir a cirurgia de transgenitalização e a readequação sexual no Processo Transexualizador, conforme os critérios estabelecidos na Resolução nº 1.652 de 2002 do Conselho Federal de Medicina (CFM);

considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), em especial a instituição da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME);

considerando a Portaria nº 1.820/GM/MS, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários(as) da saúde e assegura o uso do nome social no SUS;

considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que prioriza a organização e implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no país;

considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e a implementação da Rede de Atenção às Urgências;

considerando a Portaria nº 2.836/GM/MS, de 1º de dezembro de 2011, que institui no âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais;

considerando a Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental com Necessidades Decorrentes do Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas no SUS;

considerando a recomendação do Relatório nº 54 da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), de 7 de dezembro de 2012, no qual recomenda a incorporação de novos procedimentos relativos ao processo transexualizador no âmbito do SUS;

considerando a Resolução nº 2, de 6 de dezembro de 2011, da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que estabelece estratégias e ações que orientam o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no âmbito do SUS;

considerando a necessidade de identificar, estruturar, ampliar e aprimorar a rede de atenção à saúde e a linha de cuidado de transexuais e travestis;

considerando a necessidade de atualizar o processo de habilitação dos serviços que prestam assistência aos usuários(as) com demanda para o Processo Transexualizador;

considerando a necessidade de estabelecer padronização dos critérios de indicação para a realização dos procedimentos previstos no Processo Transexualizador, de transformação do fenótipo masculino para feminino e do feminino para o masculino;

considerando a necessidade de aprimorar a linha de cuidado no Processo Transexualizador, em especial para pacientes que desejam a readequação para o fenótipo masculino, pelo SUS;

considerando a Resolução nº 1.955, de 3 de setembro de 2010, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652 de 2002; e

considerando a necessidade de apoiar os gestores do SUS na regulação, avaliação e controle da atenção especializada e na formação de profissionais de saúde, no que concerne ao Processo Transexualizador, resolve:

Art. 1º - Fica redefinido e ampliado o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º - São diretrizes de assistência ao usuário(a) com demanda para realização do Processo Transexualizador no SUS:

I - integralidade da atenção a transexuais e travestis, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas;

II - trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional;

III - integração com as ações e serviços em atendimento ao Processo Transexualizador, tendo como porta de entrada a Atenção Básica em saúde, incluindo-se acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação, por meio da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários e usuárias da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana, em todos os níveis de atenção.

Parágrafo único - Compreende-se como usuário(a) com demanda para o Processo Transexualizador os transexuais e travestis.

Art. 3º - A linha de cuidado da atenção aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador é estruturada pelos seguintes componentes:

I - Atenção Básica: é o componente da Rede de Atenção à Saúde (RAS) responsável pela coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população que está sob sua responsabilidade, adstrita, além de ser a porta de entrada prioritária do usuário na rede; e

II - Atenção Especializada: é um conjunto de diversos pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar, apoiando e complementando os serviços da atenção básica de forma resolutiva e em tempo oportuno.

Art. 4º - A integralidade do cuidado aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador no Componente Atenção Básica será garantida pelo:

I - acolhimento com humanização e respeito ao uso do nome social; e

II - encaminhamento regulado ao Serviço de Atenção Especializado no Processo Transexualizador.

Art. 5º - Para garantir a integralidade do cuidado aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador no Componente Atenção Especializada, serão definidas as seguintes modalidades:

I - Modalidade Ambulatorial: consiste nas ações de âmbito ambulatorial, quais sejam acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia, destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador definidas nesta Portaria e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados conforme descrito no anexo I a esta Portaria; e

II - Modalidade Hospitalar: consiste nas ações de âmbito hospitalar, quais sejam realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório, destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador definidas nesta Portaria e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados conforme descrito no anexo I a esta Portaria.

Art. 6º - A RAS é responsável pela integralidade do cuidado ao transexual e travesti no âmbito do SUS.

Art. 7º - Fica definido que, para fins de habilitação no Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador, os gestores de saúde interessados deverão cumprir as Normas de Habilitação previstas no anexo I, conforme modalidade assistencial ambulatorial e/ou hospitalar do estabelecimento de saúde a ser habilitado, e encaminhar à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS):

I - documento que comprove aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, quando for o caso, no Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) sobre o Processo Transexualizador, conforme definidos nesta Portaria; e

II - formulário de vistoria, devidamente assinado pelo gestor de saúde, para habilitação do estabelecimento de saúde no Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme anexo II a esta Portaria, seja para modalidade ambulatorial e/ou hospitalar.

Art. 8º - Ficam incluídas na Tabela de Habilitações do SCNES as seguintes habilitações referentes ao Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador:

<b>Código</b>	<b>Nome</b>
30.02	Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Acompanhamento Clínico, Pré e Pós-Operatório e Hormonioterapia.
30.03	Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Cirurgias e Acompanhamento Pré e Pós-Operatório

**UF**  
**Município**  
**CNES**

**Estabelecimento - Razão Social**

RS

Porto Alegre

2237601

Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Porto Alegre (RS)

RJ

Rio de Janeiro

2269783

Universidade Estadual do Rio de Janeiro - HUPE Hospital Universitário Pedro Ernesto/Rio de Janeiro (RJ)

SP

São Paulo

2078015

Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina/FMUSP Fundação Faculdade de MedicinaMECMPAS - São Paulo (SP)

GO

Goiânia

2338424

Hospital das Clínicas - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás/Goiânia (GO)

Art. 9º - Os estabelecimentos habilitados em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme Código 30.01, até a presente data, nos termos do anexo IV da Portaria nº 457/SAS/MS, de 19 de agosto de 2008, continuam habilitados e terão o prazo máximo de 12 (doze) meses contado da data de publicação desta Portaria para se adequarem às novas habilitações conforme descrito nos arts. 3º a 8º, sob pena de revogação da referida habilitação pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo único - Os estabelecimentos abaixo descritos mantêm-se habilitados em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador e terão o prazo máximo de 12 (doze) meses contado da data de publicação desta Portaria para adequação conforme descrito no caput deste artigo:

Art. 10 - Os procedimentos da modalidade ambulatorial e hospitalar serão realizados exclusivamente nos estabelecimentos de saúde habilitados nos Códigos 30.01, 30.02, 30.03 respectivamente.

Parágrafo único - Os estabelecimentos de saúde serão habilitados considerando os arts. 3º a 8º para realização do Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador, seja na modalidade ambulatorial e/ou hospitalar, desde que cumpridas as exigências estabelecidas por esta Portaria e:

I - para habilitação no Código 30.02, cumprir as exigências do anexo I e encaminhar formulário de vistoria do anexo II, ambos da modalidade ambulatorial;

II - para habilitação no Código 30.03, cumprir as exigências do anexo I e encaminhar formulário de vistoria do anexo II, ambos da modalidade hospitalar;

III - para habilitação nos Códigos 30.02 e 30.03, cumprir as exigências do anexo I e encaminhar formulário de vistoria do anexo II, ambos das modalidades ambulatorial e hospitalar.

Art. 11 - Os estabelecimentos de saúde autorizados a prestarem assistência a transexuais e travestis no âmbito do SUS submeter-se-ão à regulação, controle e avaliação dos seus respectivos gestores de saúde.

Art. 12 - O acesso aos procedimentos cirúrgicos de que trata esta Portaria será regulado por meio da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), quando houver ausência ou insuficiência do recurso assistencial no Estado de origem, cabendo ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS) adotar as providências cabíveis para sua operacionalização.

Art. 13 - Fica alterada na Tabela de Serviço/Classificação do SCNES a denominação da classificação 001 do serviço 153 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador conforme descrita abaixo, incluindo a classificação 002 e as respectivas equipes mínimas de Classificação Brasileira de Ocupação (CBO):

<b>Código do Serviço</b>	<b>Descrição</b>	<b>Código da Classificação</b>	<b>Descrição</b>	<b>Grupo</b>	<b>CBO</b>	<b>Descrição</b>
153	Atenção Especializada no Processo Transexualizador	001	Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.	1	225133	Médico psiquiatra
					225155	Médico Endocrinologista
					225125	Médico Clínico
					223505	Enfermeiro
					251510	Psicólogo

					25160 5	Assistente Social
				2	25151 0	Psicólogo
					22515 5	Médico Endocrinologista
					22512 5	Médico Clínico
					22350 5	Enfermeiro
					25160 5	Assistente Social
		002	Cirurgia e Acompanhamento pré e pós-operatório.	3	22525 0	Médico ginecologista obstetra
					22523 5	Médico Cirurgião Plástico
					22350 5	Enfermeiro
					22513 3	Médico psiquiatra
					22515 5	Médico Endocrinologista
					22528 5	Médico Urologista
					25160 5	Assistente Social
				4	22528	Médico

					5	Urologista
					22525 0	Médico ginecologista obstetra
					22523 5	Médico Cirurgião Plástico
					22350 5	Enfermeiro
					25151 0	Psicólogo
					22515 5	Médico Endocrinologi sta
					25160 5	Assistente Social

Art. 14 - Ficam incluídos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS os procedimentos a seguir:

Procedimento:	03.01.13.004-3 - Acompanhamento do usuário(a) no processo transexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório
Descrição:	Consiste no acompanhamento mensal de usuário(a) no Processo Transexualizador, no máximo dois atendimentos mensais, durante no mínimo de 2 (dois) anos no pré-operatório e por até 1 ano no pós-operatório.
Origem SIGTAP	03.01.13.002-7
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento Registro:	de 02 - BPA-I (Individualizado)

Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Sexo:	Ambos
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 39,38
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 39,38
Valor Hospitalar SP:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R\$0,00
Idade Mínima:	18 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	02
CBO:	225133, 225155, 225250, 225285, 251510, 225235, 251605, 223810,, 225125.
CID:	F64.0
Serviço/classificação:	153/001 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador) Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia; 153/002 (Cirurgia e Acompanhamento pré e pós-operatório).
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador; 30.02 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia; 30.03 Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Cirurgias e Acompanhamento Pré e Pós-Operatório
Procedimento:	03.03.03.009-7- Tratamento hormonal no processo

	transexualizador.
Descrição:	Consiste na utilização de terapia medicamentosa hormonal disponibilizada mensalmente para ser iniciada após o diagnóstico no Processo Transexualizador (estrógeno ou testosterona).
Origem SIGTAP	03.03.03.007-0
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	BPA-I (Individualizado)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 50,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 50,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	18 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	225155, 225250, 225285, 225125
CID:	F64.0 e F64.9
Serviço/Classificação:	153/001 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador) - Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador; 30.02 Atenção Especializada no Processo Transexualizador, realizando Acompanhamento

	Clínico, pré e pós-peratório e hormonioterapia.
Procedimento:	04.09.05.014-8 - Redesignação sexual no sexo masculino
Descrição:	Consiste na orquiectomia bilateral com amputação do pênis e neocoloplastia (construção de neovagina).
Origem SIGTAP	04.09.05.012-1
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R\$ 528,06
Valor Hospitalar SH:	R\$ 760,22
Valor Hospitalar Total:	R\$ 1288,28
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à maior
Sexo:	Masculino
Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Média Permanência:	8
Pontos:	270

Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225235, 225285, 225250
CID:	F64.0
Serviço Classificação:	/ 153/002 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento clínico pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador; 30.03. - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório

Procedimento:	04.04.01.056-3 - Tireoplastia
Descrição:	Consiste na cirurgia de redução do Pomo de Adão com vistas à feminilização da voz e/ou alongamento das cordas vocais no processo transexualizador.
Origem SIGTAP	04.04.01.042-3
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R\$ 236,60
Valor Hospitalar SH:	R\$ 181,88
Valor Hospitalar Total:	R\$ 418,48
Atributo	001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à

Complementar:	maior
Sexo:	Masculino
Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Media Permanência:	01
Pontos:	270
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225275; 225215; 225235
CID:	F64.0
Serviço Classificação:	153/002 - (Serviço Atenção Especializado no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento clínico pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador; 30.03 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador, realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório

Procedimento:	03.03.03.008-9 - Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no processo transexualizador.
Descrição:	Consiste na terapia medicamentosa hormonal a ser disponibilizada mensalmente no período de 2 anos que antecede a cirurgia de redesignação sexual no Processo Transexualizador (ciproterona).
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial

Instrumento Registro:	de	02 - BPA-I (individualizado)
Tipo Financiamento:	de	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:		R\$ 65,52
Valor Ambulatorial Total:		R\$ 65,52
Sexo:		Masculino
Idade Mínima:		18 Ano(s)
Idade Máxima:		75 Ano(s)
Quantidade Máxima:		01
CBO:		225155, 225250, 225285, 225125
CID:		F64.0 e F64.9
Serviço/Classificação:		153/001 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.
Habilitação:		30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.02 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.

Procedimento:	04.10.01.019-7 - Mastectomia simples bilateral em usuária sob processo transexualizador
Descrição:	Procedimento cirúrgico que consiste na ressecção de ambas as mamas com reposicionamento do complexo aréolo mamilar.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar

Instrumento de Registro:	de	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	de	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:		R\$ 284,93
Valor Hospitalar SH:		R\$ 524,96
Valor Hospitalar Total:		R\$ 809,89
Atributo Complementar:		001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à maior
Sexo:		feminino
Idade Mínima:		21 Ano(s)
Idade Máxima:		75 Ano(s)
Quantidade Máxima:		01
Media Permanência:		03
Pontos:		250
Especialidade do Leito:	do	01 - Cirúrgico
CBO:		225235, 225250, 225255
CID:		F64.0
Serviço Classificação:	/	153/002 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento pré e pós-operatório.
Habilitação:		30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.03 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando cirurgias e acompanhamento pré

	e pós - operatório.
Procedimento:	04.09.06.029-1 - Histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia em usuárias sob processo transexualizador.
Descrição:	Procedimento cirúrgico de ressecção do útero e ovários, com colpectomia.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R\$ 511,90
Valor Hospitalar SH:	R\$ 683,90
Valor Hospitalar Total:	R\$ 1.195,80
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 - Admite permanência à maior
Sexo:	Feminino
Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Média Permanência:	03
Pontos:	300
Especialidade do	01 - Cirúrgico

Leito:	
CBO:	225250
CID:	F64.0
Serviço Classificação:	/ 153/002 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento clínico pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.03 Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório

Procedimento:	04.09.05.013-0 - Cirurgias complementares de redesignação sexual
Descrição:	Consiste em cirurgias complementares tais como: reconstrução da neovagina realizada, meatotomia, meatoplastia, cirurgia estética para correções complementares dos grandes lábios, pequenos lábios e clitóris e tratamento de deiscências e fístulectomia.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento Registro:	de 03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo Financiamento:	de 04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R\$ 214,67
Valor Hospitalar SH:	R\$ 183,38
Valor Hospitalar Total:	R\$ 398,05
Atributo	001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à

Complementar:	maior
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Média Permanência:	05
Pontos:	270
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225235, 225285, 225250
CID:	F64.0
Serviço Classificação:	/ 153/002 - Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento clínico pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.03 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório.

Procedimento:	03.01.13.003-5 - Acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador exclusivamente para atendimento clínico.
Descrição:	Consiste no acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador com atendimento mensal por equipe multiprofissional, diferente do acompanhamento exclusivo das etapas no pré ou pós operatório no processo
	transexualizador.

Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	BPA-I (Individualizado)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Ambulatorial SIA:	R\$ 39,38
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 39,38
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	18 Ano(s)
Idade Máxima:	110 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	225133, 225155, 251510, 251605,223810,
CID:	F64.0, F64.9
Serviço/classificação:	153/001 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.02 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.

Procedimento:	04.10.01.020-0- Plástica mamária reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamária de silicone bilateral no processo transexualizador
Descrição:	Consiste em cirurgia Plástica mamária reconstrutiva bilateral

		complementar ao processo de redesignação sexual no sexo masculino no processo transexualizador, incluindo implante de prótese mamária de silicone bilateral.
Complexidade:		Media Complexidade
Modalidade:		02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	de	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	de	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:		R\$ 140,02
Valor Hospitalar SH:		R\$ 1.663,90
Valor Hospitalar Total:		R\$ 1803,92
Atributo Complementar:		001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à maior
Sexo:		Masculino
Idade Mínima:		21 Ano(s)
Idade Máxima:		75 Ano(s)
Quantidade Máxima:		01
Media Permanência:		02
Pontos:		250
Especialidade do Leito:	do	01 - Cirúrgico
CBO:		225235, 225250
Serviço	/	153/002 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo

Classificação:	Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento pré e pós-operatório.
CID	F64.0
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.03 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório.

§ 1º - Os procedimentos de Código 03.01.13.004-3 - Acompanhamento do usuário(a) no processo Transexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório e Código 03.01.13.003-5 - Acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador exclusivamente para atendimento clínico de que trata este artigo são excludentes entre si.

§ 2º - Em relação ao cuidado dos usuários e usuárias no Processo Transexualizador:  
I - a hormonioterapia que trata esta Portaria será iniciada a partir dos 18 (dezoito) anos de idade do paciente no processo transexualizador; e

II - os procedimentos cirúrgicos de que trata esta Portaria serão iniciados a partir de 21 (vinte e um) anos de idade do paciente no processo transexualizador, desde que tenha indicação específica e acompanhamento prévio de 2 (dois) anos pela equipe multiprofissional que acompanha o usuário(a) no Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador.

Art. 15 - O SUS realizará, em caráter experimental, os procedimentos de vaginectomia e neofaloplastia com implante de próteses penianas e testiculares, clitoroplastia e cirurgia de cordas vocais em pacientes em readequação para o fenótipo masculino, nos termos da Resolução nº 1.955, de 3 de setembro de 2010, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652 de 2002.

Parágrafo único - Os procedimentos descritos no *caput* somente poderão ser realizados em estabelecimentos definidos como hospitais de ensino, habilitados para realização da Atenção Especializada no Processo Transexualizador, bem como a partir da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo paciente.

Art. 16 - Os procedimentos descritos nesta Portaria poderão ser realizados somente nos estabelecimentos de saúde habilitados pelo Ministério da Saúde para prestar Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme normas de habilitação estabelecidas nos anexos a esta Portaria.

Art. 17 - Os recursos financeiros para o custeio das atividades de que trata esta Portaria são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade.

Parágrafo único - A aprovação do repasse de recursos financeiros de que trata esta Portaria ficará condicionada à disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde.

Art. 18 - Ficam aprovadas, na forma dos anexos a esta Portaria, as normas de habilitação e formulários de vistoria do Processo Transexualizador no âmbito do SUS:

I - anexo I: Normas de Habilitação de Serviço de Atenção Especializado no Processo Transexualizador, nas modalidades ambulatorial e/ou hospitalar; e

II - anexo II: Formulário de Vistoria do Gestor para Habilitação de Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador, na modalidade ambulatorial e/ou hospitalar.

Art. 19 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos operacionais na competência seguinte.

Art. 20 - Ficam revogadas:

I - a Portaria nº 1.707/GM/MS, de 18 de agosto de 2008, publicada no Diário Oficial da União nº 159, Seção 1, do dia 19 de agosto de 2008, p. 43; e

II - a Portaria nº 1.579/GM/MS, de 31 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União nº 147, Seção 1, do dia 1 de agosto de 2013, p. 48.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

#### **ANEXO D:**

#### **PORTARIA Nº 2.836, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2011**

***Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT).***

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando o direito à saúde garantido no art. 196 da Constituição Federal;

Considerando o Decreto No- 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei No- 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, especialmente o disposto no art. 13, que assegura ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS;

Considerando a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) no ano de 2009; Considerando o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e dos Direitos Humanos de LGBT, da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR), que apresenta as diretrizes para a elaboração de políticas públicas;

Considerando as determinações da 13ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2008) acerca da inclusão da orientação sexual e da identidade de gênero na análise da determinação social da saúde; Considerando a diretriz do governo federal de

reduzir as desigualdades sociais por meio da formulação e implantação de políticas e ações pertinentes;

Considerando a prioridade na implantação de políticas de promoção da equidade, garantidas no Plano Plurianual (PPA) e nas diretrizes do Plano Nacional de Saúde;

Considerando a necessidade de promover a articulação entre as ações dos diversos órgãos do Ministério da Saúde e das demais instâncias do Sistema Único de Saúde, na promoção de ações e serviços de saúde voltados à população LGBT;

Considerando que a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado às populações de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais;

Considerando que o desenvolvimento social é condição imprescindível para a conquista da saúde; Considerando que a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura interferem, diretamente, na qualidade de vida e de saúde;

Considerando que todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias direcionadas à população LGBT (lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia) devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença;

Considerando a existência de dados que revelam a desigualdade de acesso aos serviços de saúde pelas lésbicas e mulheres bissexuais;

Considerando a necessidade de atenção especial à saúde mental da população LGBT;

Considerando a necessidade de ampliação do acesso ao Processo Transexualizador, já instituído no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de ampliação das ações e serviços de saúde especificamente destinados a atender às peculiaridades da população LGBT; e

Considerando a necessidade de fomento às ações de saúde que visem à superação do preconceito e da discriminação, por meio da mudança de valores, baseada no respeito às diferenças, resolve:

Art. 1º Esta Portaria institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do SUS, com o objetivo geral de promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

Art. 2º A Política Nacional de Saúde Integral LGBT tem os seguintes objetivos específicos:

I - instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres;

II - ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades;

III - qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT;

IV - qualificar a informação em saúde no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados específicos sobre a saúde da população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;

V - monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para a população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;

VI - garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados;

VII - promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais;

VIII - reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais;

IX - definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis;

X - oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que façam parte da população LGBT;

XI - oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT nas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), especialmente com relação ao HIV, à AIDS e às hepatites virais;

XII - prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado;

XIII - prevenir novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e ampliar acesso ao tratamento;

XIV - garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS;

XV - buscar no âmbito da saúde complementar a garantia da extensão da cobertura dos planos e seguros privados de saúde ao cônjuge dependente para casais de lésbicas, gays e bissexuais;

XVI - atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde;

XVII - garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde;

XVIII - fortalecer a participação de representações da população LGBT nos Conselhos e Conferências de Saúde;

XIX - promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS;

XX - reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde;

XXI - incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral;

XXII - incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde;

XXIII - promover o aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador, para mulheres e homens; e XXIV - realizar estudos e pesquisas relacionados ao desenvolvimento de serviços e tecnologias voltados às necessidades de saúde da população LGBT.

Art. 3º Na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, serão observadas as seguintes diretrizes:

I - respeito aos direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação decorrentes das homofobias, como a lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, consideradas na determinação social de sofrimento e de doença;

II - contribuição para a promoção da cidadania e da inclusão da população LGBT por meio da articulação com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho, segurança; III - inclusão da diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de outras políticas e programas voltados para grupos específicos no SUS, envolvendo orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida, raça-etnia e território;

IV - eliminação das homofobias e demais formas de discriminação que geram a violência contra a população LGBT no âmbito do SUS, contribuindo para as mudanças na sociedade em geral;

V - implementação de ações, serviços e procedimentos no SUS, com vistas ao alívio do sofrimento, dor e adoecimento relacionados aos aspectos de inadequação de identidade, corporal e psíquica relativos às pessoas transexuais e travestis;

VI - difusão das informações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção e às ações para o enfrentamento da discriminação, em todos os níveis de gestão do SUS;

VII - inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos processos de educação permanente desenvolvidos pelo SUS, incluindo os trabalhadores da saúde, os integrantes dos Conselhos de Saúde e as lideranças sociais;

VIII - produção de conhecimentos científicos e tecnológicos visando à melhoria da condição de saúde da população LGBT; e

IX - fortalecimento da representação do movimento social organizado da população LGBT nos Conselhos de Saúde, Conferências e demais instâncias de participação social.

Art. 4º Compete ao Ministério da Saúde:

I - apoiar, técnica e politicamente, a implantação e implementação das ações da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos Estados e Municípios;

II - conduzir os processos de pactuação sobre a temática LGBT no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT);

III - distribuir e apoiar a divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde nos serviços de saúde, garantindo o respeito ao uso do nome social;

IV - definir estratégias de serviços para a garantia dos direitos reprodutivos da população LGBT;

V - articular junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais para a definição de estratégias que promovam a atenção e o cuidado especial com adolescentes lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, garantindo sua saúde mental, assim como acolhimento e apoio;

VI - articular junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais para a definição de estratégias que ofereçam atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em situação carcerária, conforme diretrizes do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário;

VII - promover, juntamente com as Secretarias de Saúde estaduais e municipais, a inclusão de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em situação de violência doméstica, sexual e social nas redes integradas do SUS;

VIII -elaborar protocolos clínicos acerca do uso de hormônios, implante de próteses de silicone para travestis e transexuais;

IX - elaborar protocolo clínico para atendimento das demandas por mastectomia e histerectomia em transexuais masculinos, como procedimentos a serem oferecidos nos serviços do SUS;

X - incluir os quesitos de orientação sexual e de identidade de gênero, assim como os quesitos de raça-cor, nos prontuários clínicos, nos documentos de notificação de violência da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) e nos demais documentos de identificação e notificação do SUS;

XI -promover, junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais, ações de vigilância, prevenção e atenção à saúde nos casos de violência contra a população LGBT, de acordo com o preconizado pelo Sistema Nacional de Notificação Compulsória de Agravos;

XII - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde;

XIII -promover ações e práticas educativas em saúde nos serviços do SUS, com ênfase na promoção da saúde mental, orientação sexual e identidade de gênero, incluindo recortes étnico-racial e territorial;

XIV - fomentar a realização de estudos e pesquisas voltados para a população LGBT, incluindo recortes étnico-racial e territorial;

XV - apoiar os movimentos sociais organizados da população LGBT para a atuação e a conscientização sobre seu direito à saúde e a importância da defesa do SUS; e XVI - disseminar o conteúdo desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT entre os integrantes dos Conselhos de Saúde.

Art. 5º Compete aos Estados:

I - definir estratégias e plano de ação para implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no âmbito estadual;

II -conduzir os processos de pactuação sobre a temática LGBT na Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

III - coordenar, monitorar e avaliar a implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT, na esfera estadual, garantindo apoio técnico aos Municípios;

IV - promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos Planos Estaduais de Saúde e nos respectivos Planos Plurianuais (PPAs);

V - planejar, implementar e avaliar as iniciativas para a saúde integral da população LGBT, nos moldes desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT;

VI - incentivar a criação de espaços de promoção da equidade em saúde nos Estados e Municípios;

VII - promover ações intersetoriais da saúde integral da população LGBT, por meio da inclusão social e da eliminação da discriminação, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;

VIII - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde;

IX -promover ações e práticas educativas em saúde nos serviços do SUS, com ênfase na promoção da saúde mental, orientação sexual e identidade de gênero, incluindo recortes étnico-racial e territorial; e

X - estimular a representação da população LGBT nos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde e nas Conferências de Saúde.

Art. 6º Compete aos Municípios:

I - implementar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Município, incluindo metas de acordo com seus objetivos;

II - identificar as necessidades de saúde da população LGBT no Município;

III -promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais;

IV -estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação de gestão e do impacto da implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT;

V -articular com outros setores de políticas sociais, incluindo instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de melhoria das condições de vida da população LGBT, em conformidade com esta Política Nacional de Saúde Integral LGBT;

VI - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde;

VII - implantar práticas educativas na rede de serviço do SUS para melhorar a visibilidade e o respeito a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais; e

VIII - apoiar a participação social de movimentos sociais organizados da população LGBT nos Conselhos Municipais de Saúde, nas Conferências de Saúde e em todos os processos participativos.

Art. 7º Ao Distrito Federal compete os direitos e obrigações reservadas aos Estados e Municípios.

Art. 8º Cabe à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) articular no âmbito do Ministério Saúde e junto aos demais órgãos e entidades governamentais, a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessários à implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA**