



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO E POLÍTICAS
PÚBLICAS

MARIA DELFINO DA SILVA

A TRANSEXUALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE NO CEARÁ

FORTALEZA – CEARÁ

2022

MARIA DELFINO DA SILVA

A TRANSEXUALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE NO CEARÁ

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em planejamento e políticas públicas do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Planejamento e Políticas Públicas. Área de Concentração: Avaliação e Tecnologia Social.

Orientadora: Profa. Dra. Maria do Socorro Ferreira Osterne.

FORTALEZA – CEARÁ

2022

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Sistema de Bibliotecas**

Silva, Maria Delfino da.

A transexualidade na política de saúde no
ceará [recurso eletrônico] / Maria Delfino da
Silva. - 2022.

83 f. : il.

Dissertação (MESTRADO PROFISSIONAL) -
Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos
Sociais Aplicados, Curso de Mestrado Profissional
Em Planejamento E Políticas Públicas -
Profissional, Fortaleza, 2022.

Orientação: Prof.^a Pós-Dra. Maria do Socorro
Ferreira Osterne.

1. Identidade de Gênero. Transexualidade.
Política de Saúde. Ceará.. I. Título.

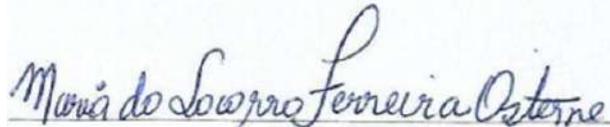
MARIA DELFINO DA SILVA

A TRANSEXUALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE NO CEARÁ

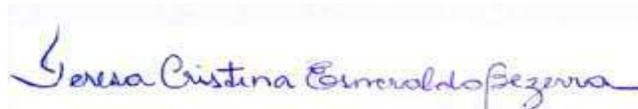
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em planejamento e políticas públicas do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Planejamento e Políticas Públicas. Área de Concentração: Avaliação e Tecnologia Social.

Aprovada em: 07 de novembro de 2022.

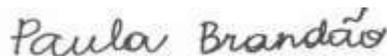
BANCA EXAMINADORA



Profª. Dra. Maria do Socorro Ferreira Osterne (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Profª. Dra. Teresa Cristina Esmeraldo Bezerra
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Profª. Dra. Paula Fabricia Brandão Aguiar Mesquita
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Dedico este trabalho a todas as pessoas Trans que conheci durante meu exercício profissional e pesquisadora da área da sexualidade humana no atendimento à população Trans. Dedico ainda, a muitas vidas trans que foram ceifadas no decorrer desta produção acadêmica, vidas que foram interrompidas, caladas jamais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a minha mãe Antônia, que tanto me ensinou sobre a vida, sobre o mundo que vivíamos e sobre o que eu ainda poderia viver, foi com ela que tive minhas primeiras “aulas” sobre o Feminismo, sobre o coletivo, e muito sobre solidariedade, momentos em que pude levar para minha vida toda. Não lia nem escrevia, porém me ensinou muito, na prática, na vida. Obrigada Antônia. Agradeço, especialmente, a minha queridíssima orientadora Professora Doutora Socorro Osterne, pela confiança, por tantos momentos de construção juntas, pelos tantos dias de orientação e solidariedade. Obrigada, professora, serei sempre grata. Agradeço imensamente às professoras que compuseram minha Banca examinadora, Professora Doutora Tereza Esmeraldo e Professora Doutora Paula Brandão. Obrigada professoras, foi um momento emocionante e repleto de aprendizados. Gratidão! Ao meu companheiro Lúcio, que esteve e compartilhou comigo momentos de muitas dificuldades, estando sempre ao meu lado dedicando apoio, companheirismo e amor. Agradeço muito a Déborah Coelho, de Fada comedora de flores à uma profissional incrível que viveu comigo, por muitos meses, esse processo de construção da Dissertação, foram muitas idas e voltas, percursos e trajetórias, foram tantas Marias, mas ela sempre acompanhou todas as Marias. Obrigada Déborah. Registro minha gratidão às professoras Letícia Peixoto, Joelma Freitas, profissionais que me incentivaram e me apresentaram as primeiras possibilidades de ser a profissional que consegui ser hoje. Obrigada, querida Letícia, amada Joelma. Gratidão! Finalizo então, reafirmando meus agradecimentos a todos que foram citados, na certeza de que cada um dos envolvidos nesse processo foram de uma importância indescritível, pois sem os mesmos não teria conseguido da mesma forma. Obrigada. gratidão.

RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo investigar o processo de incorporação das pessoas transexuais na Política de Saúde do Ceará, identificando seus avanços e limitações. O estudo parte da constituição das identidades trans, ancorado nos debates sobre gênero, transexualidade e teoria Queer, adotando a perspectiva interseccional por considerar elementos fundantes como raça e classe na experiência transexual. A metodologia adotada combinou análise bibliográfica, levantamento e análise de dados secundários e pesquisa documental. Buscou conhecer a trajetória da população trans na política estadual de saúde do Ceará, bem como suas demandas e os serviços a ela ofertados. A incorporação da população trans na Política de Saúde do Ceará deu-se, no primeiro momento, por meio das ações de enfrentamento ao HIV/AIDS ampliando-se para a oferta de serviços do processo transexualizador. Constata que, mesmo com avanços, permanece a necessidade de uma política de atenção integral à saúde da população trans no Estado do Ceará.

Palavras-chave: Identidade de Gênero. Transexualidade. Política de Saúde Ceará.

ABSTRACT

This dissertation aimed to investigate the process of incorporation of transsexual people into Health Politics of Ceará State, identifying its progress and limits. The study began from the built of trans identities, anchored by debates on gender, transsexuality and Queer theory, adopting the intersectional perspective, considering other fundamental elements, such as race and class in the transsexual experience. The adopted methodology combined bibliographic analysis, survey and analysis of secondary data from documental research. One has searched for understanding the trajectory of trans population in the state health politics in Ceará, as well as their demands and the services offered to them. The incorporation of trans population into the Health Politics of Ceará State firstly happened through actions of confrontation with HIV/AIDS, widening to the offer of services of the transsexualization process. Despite of the advances, the necessity of a politics of integral attention to trans population's health in the State remains.

Keywords: Gender identity. Transsexuality. Health Politics. Ceará State.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	10
2.1	Aproximações com a temática da transexualidade	10
2.1.1	Trajectoria acadêmica.....	11
2.2	Redefinição do objeto de estudo: caminhos e descaminhos	14
2.2.1	Apresentação e problematização do novo objeto de estudo	17
2.3	Percorso metodológico	25
3	TRANSEXUALIDADE: BASES CONCEITUAIS E PERSPECTIVAS DE ABORDAGENS	28
3.1	Os estudos das relações de gênero e transexualidade	28
3.2	Dialogando com o conceito de gênero	31
3.3	Teoria <i>Queer</i>: breves apontamentos	35
3.4	Transexualidade e as relações patriarcais de gênero, raça e classe	37
4	A POLÍTICA DE SAÚDE E A TRANSEXUALIDADE	43
4.1	Política de saúde pública no Brasil	43
4.2	A seguridade social brasileira: um conceito presente na constituição federal de 1988 e seus rebatimentos na política de saúde	48
4.3	O Sistema Único de Saúde (SUS) em processo de construção a partir da Constituição Federal de 1988	50
4.4	Breves considerações sobre a lei orgânica da saúde	52
4.5	Apontamentos acerca do avanço do neoliberalismo no Brasil e seus reflexos na área da saúde	53
4.6	Os anos 2000 e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)	55
5	A INCORPARAÇÃO DA POPULAÇÃO TRANS NA POLÍTICA DE SAÚDE NO CEARÁ	59
5.1	A política estadual de saúde no Ceará	59
5.2	Movimento LGBTQIA+: trajetória, demandas e políticas	60
5.2.1	A população trans na política estadual de saúde	68
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
	REFERÊNCIAS	77

1 INTRODUÇÃO

Nesta dissertação abordaremos a questão da transexualidade, particularmente, no campo da saúde, partindo de estudos sobre sua incorporação na política de saúde do estado do Ceará.

O interesse em pesquisar sobre a temática da transexualidade no âmbito da saúde tem origem em meu exercício profissional, como Assistente Social nesse campo socioocupacional cuja experiência apresentaremos mais detalhadamente no capítulo I desta dissertação.

No contexto dessa experiência, atuando em serviços de atendimento à saúde das pessoas trans no estado do Ceará, nos deparamos com questões bastante complexas e de várias ordens, desde as demandas apresentadas mediante os serviços ofertados passando pelo tratamento a elas dispensado por profissionais durante os atendimentos, muitas vezes, discriminatório e constrangedor.

Sabemos que a questão da transexualidade por muito tempo permaneceu silenciada, assim como toda a problemática relacionada ao conjunto da população LGBTQIA+ em toda a sua diversidade. Um silenciamento como expressão de uma sociedade ainda profundamente machista e preconceituosa em constante choque com uma população que “ostenta uma identidade de gênero diversa” (SIMPSON, p. 9) contrária ao padrão heteronormativo.

O tratamento dado à transexualidade pelas ciências médicas, mas também pela psiquiatria e pela psicologia, principalmente, teve como base visões e práticas equivocadas e discriminatórias, caracterizadas pela patologização da experiência transexual.

Apesar dos avanços no tocante à atenção voltada para a saúde da população LGBTQIA+, o reconhecimento das necessidades e das particularidades das pessoas trans não acompanhou o mesmo ritmo. Isso porque, conforme mencionado anteriormente, esses sujeitos continuam enfrentando múltiplas discriminações advindas não somente do caráter heteronormativo da sociedade, mas também pela complexidade que envolve a própria questão da transexualidade.

Partindo desse contexto e dos estudos que realizamos, pretendemos apreender elementos que possam desvelar as particularidades da trajetória de incorporação da população trans na política de saúde do estado do Ceará.

Nosso estudo, portanto, pretende responder a essa questão central que

orientou nossa pesquisa, qual seja: como se deu a trajetória de incorporação da população trans na política de saúde no Ceará? Dessa questão principal, outras questões emergiram, a saber: Como se estrutura a política de saúde do Estado do Ceará? Qual a trajetória política-organizativa do movimento LGBTQIA+ no Ceará? Qual a agenda política e as demandas da população transexual na área da saúde? Quais as ações e serviços de saúde voltados à população trans? E, por fim, quais são os avanços e os limites na trajetória das pessoas trans na política de saúde do Ceará?

Nosso texto está dividido em (6) seis seções. Na primeira temos essa introdução. Na segunda seção trataremos de questões da própria pesquisa, detalharemos nossa trajetória de aproximação com a temática da transexualidade, as mudanças ocorridas no percurso do objeto, detalharemos as motivações e, por fim, informaremos sobre o caminho teórico-metodológico que nos permitiu chegar à finalização desse relato.

Na terceira seção, para sustentar nossa reflexão sobre a incorporação das pessoas trans na política de saúde focaremos em diferentes abordagens teóricas acerca da transexualidade. Para tanto, nosso fio condutor será o debate sobre as epistemologias de gênero, suas contribuições e críticas para o entendimento da transexualidade e suas articulações com outros determinantes da experiência transexual, nos moldes das relações patriarcais de gênero, raciais e de classe social, além de uma incursão na teoria *queer* que igualmente nos auxiliaram no desvendar de nossa questão central.

Na quarta seção, retomaremos a trajetória de constituição e uma caracterização da política pública de saúde em âmbito nacional, destacando seus avanços e implicações diante de diferentes contextos sociopolíticos e econômicos.

A quinta seção, analisará o processo de incorporação das pessoas trans na política de saúde do estado do Ceará, recuperando o caminho organizativo percorrido pelo movimento LGBTQIA+, em particular das pessoas transexuais, na sua luta por reconhecimento e acesso à saúde, localizando suas principais demandas e conquistas nessa área, expressas, sobretudo, na implantação de serviços especializados no atendimento à saúde das pessoas trans, identificando limites e desafios.

Por fim, apresentaremos as Considerações Finais deste estudo na sexta seção.

2 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

2.1 Aproximações com a temática da transexualidade

Esta breve retrospectiva tem por objetivo relatar meu encontro com a temática da transexualidade percorrendo dois momentos principais: trajetória acadêmica e trajetórias profissionais.

Este resgate será importante no sentido de possibilitar uma melhor compreensão sobre o significado que a questão da transexualidade passou a ter para mim e por que, apesar dos obstáculos, ela se manteve como centro das minhas inquietações.

Meu primeiro contato com a questão da transexualidade aconteceu em 2014, durante meu exercício profissional como Assistente Social no Hospital do Coração Dr. Carlos Alberto Studart Gomes - HM, que compõe a rede estadual de saúde do estado do Ceará. À época, realizava acolhimento das famílias dos/as pacientes em estágio de finitude e cuidados paliativos.

Certo dia, deparei-me com uma cena inquietante. Percebi que, entre as pessoas, à espera do acolhimento, estava uma pessoa muito constrangida e distante das demais. No momento, apenas decidi observá-la mais atenciosamente. Quando finalmente consegui aproximar-me percebi que se tratava de uma mulher trans no início da transição. Ainda com fortes traços “masculinos”, mas com vestimentas consideradas femininas, sua presença parecia causar “incômodo” nas demais pessoas, o que de fato se confirmou posteriormente.

Essa pessoa desejava visitar seu pai, que se encontrava internado, mas os familiares e acompanhantes dos demais pacientes, respaldados por parte da equipe, não aceitavam sua permanência como acompanhante do seu pai na UTI com o argumento de ser um espaço destinado a “mulheres”.

Foi a partir dessa situação de discriminação que despertei para os problemas que circundam a condição da transexualidade. Essa condição expressa a vivência de muitas pessoas que se percebem como “não desejadas” nos espaços e que têm seus direitos violados cotidianamente. Essas situações me fizeram buscar informações para tentar conhecer mais sobre as pessoas trans como forma de melhor contribuir para essa realidade, mais especificamente, no contexto da saúde.

Ainda em 2014, passei a trabalhar no Hospital de Saúde Mental Professor

Frota Pinto - HSM¹, em um primeiro momento compondo a equipe do Serviço Social. Durante essa Experiência, descobri a existência do Ambulatório em Sexualidade Humana – ATASH, que é um dos ambulatórios que compõem a Residência em Psiquiatria do HSM, e atende pessoas dos três grupos considerados “transtornos de sexualidade”, a saber: disforia de gênero, disfunções sexuais e transtornos de parafilias.

Já despertada para a questão da transexualidade pela vivência anterior no Hospital do Coração, ofereci-me para trabalhar no referido ambulatório, o que marcou o segundo momento da minha experiência na instituição e uma maior aproximação com essa temática.

Foi uma experiência muito significativa e desafiante à medida em que problemas muito complexos atravessaram meu cotidiano. A perspectiva teórica da própria categoria transexualidade e suas relações com a sexualidade, com a saúde e com as diferentes abordagens e significados eram algumas das questões que se colocavam. Do ponto de vista da vivência das pessoas trans no âmbito do acolhimento no serviço, ressalto os estigmas por tratar-se de um hospital psiquiátrico com todo o peso do simbolismo que ele carrega, além das discriminações e constrangimentos em virtude de compartilharem o mesmo espaço de atendimento com pessoas com transtornos psiquiátricos.

A soma dessas questões exigia, cada vez mais, discernimentos teóricos para compreender a realidade de vida das pessoas trans no sentido de obter um melhor posicionamento na minha atuação profissional nessa área. Isso me fez buscar estudar mais sobre o tema. A seguir, discorreremos sobre nossa trajetória acadêmica.

2.1.1 Trajetória acadêmica

Minha trajetória acadêmica foi cercada de encontros e desencontros. Iniciei a graduação em Serviço Social em 2009, na Faculdade Cearense - FAC e, desde o início, já havia uma aproximação com a área da saúde, pois minha vida profissional se

¹ A Residência em Psiquiatria do HSM existe há mais de 40 anos e abriga vários ambulatórios para atendimento à população, dentre eles: psicogeriatría, psiquiatria geral, psicose de difícil controle, primeiro surto psicótico, esquizofrenia, transtornos ansiosos, transtornos alimentares, psiquiatria infantil, neurologia, neuropsiquiatria, transtornos de humor, transtornos da sexualidade humana, interconsulta psiquiátrica, álcool e drogas, infância e adolescência, quadros psiquiátricos na gestação e puerpério, forense e transtornos do impulso. Fonte: <https://www.ceara.gov.br/2020/03/04/residencia-em-psiquiatria-do-hospital-de-saude-mental-e-referencia-no-norte-e-nordeste-do-brasil/>

iniciou trabalhando como técnica de laboratório de análises clínicas, na Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, na condição de servidora efetiva.

Desde cedo, alimentei a expectativa de ingressar na universidade, pelo significado que a educação tinha para mim, como uma possibilidade de melhorar minhas condições de vida, mas, principalmente, por ampliar meus conhecimentos e perspectiva de contribuir para o desenvolvimento de uma sociedade melhor, mais justa e com igualdade.

Essa foi uma das principais motivações que me levaram à graduação em Serviço Social. Na primeira aproximação com a grade curricular do curso, percebi que se tratava da formação de profissionais com nítida direção para atuar na defesa da cidadania, dos direitos e da justiça social.

Essa direção do curso de Serviço Social vinha ao encontro das minhas expectativas profissionais e principalmente dos princípios e valores que cultivava em minha vida. E, já na graduação, tive muitas oportunidades de constituir minha visão de mundo voltada à perspectiva da transformação social.

Conciliar a vida acadêmica e a vida profissional sempre foi muito desafiante, mas nunca abri mão de reconhecer a importância e a necessidade de uma atuação qualificada nas duas dimensões, apesar das dificuldades.

Assim, o esforço e o compromisso com a qualidade do meu processo de formação sempre estiveram presentes. Assim, participei ativamente das atividades acadêmicas, dentre as quais cito: publicação de artigos² e participação no Programa de Monitoria da Faculdade, sendo monitora por dois semestres nas disciplinas Seminário de Serviço Social I e II (2012.1 e 2012.2).

O período de Estágio Curricular foi uma grande oportunidade para vivenciar uma das mais importantes experiências de vida, profissão e reafirmação de princípios humanos. Estaguei durante três semestres na Coordenadoria de Políticas Públicas para Mulheres de Fortaleza, órgão da Prefeitura Municipal, responsável pela coordenação, implementação e execução de políticas públicas voltadas para as mulheres. Na Coordenadoria, atuei especificamente no Eixo de Enfrentamento a Violência contra a Mulher³, o que contribuiu para o meu aprendizado e construção de outros olhares sobre

²FILHO, W. B. S; SILVA, M. D. Breves considerações sobre o normal e o patológico segundo George Canguilhem. Revista Eletrônica da Faculdade Cearense, Fortaleza, v. 5, n. 1, p. 1-10, 2012.

³ Além do Enfrentamento à Violência, a Coordenadoria de Políticas para as Mulheres tinha mais quatro eixos: Educação e Cultura Não-Sexistas; b) Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos; c) Trabalho e Autonomia Econômica e; d) Participação e Controle Social.

as políticas públicas para as mulheres e grupos vulneráveis e, na sequência, a complexidade de questões que envolvem todo o processo de planejamento, implementação e execução dessas políticas.

Essa experiência também me proporcionou maior aproximação com as questões teóricas de gênero e com a realidade das mulheres em situação de violência, momento no qual ampliei minhas leituras para melhor compreender os processos vivenciados pelas mulheres. Das questões de gênero vieram outras como feminismo, patriarcado, racismo, autonomia econômica, sexualidade e diversidade, pois as ações da Coordenadoria tinham como base o debate e o questionamento das estruturas de opressão e exploração das mulheres.

A partir dessas vivências, percebi a particularidade de algumas mulheres, como as lésbicas que relatavam durante as reuniões de grupo e oficinas formativas, suas dificuldades de inserção no mercado de trabalho em função da sua orientação sexual e como expressão dos preconceitos e negação das famílias homo parentais, muito comuns nesse contexto.

Minha inserção no campo de estágio também serviu ao aprofundamento de minha percepção sobre articulações entre exercício profissional e dimensões do Projeto Ético Político do Serviço Social, na medida em que exigia, cada vez mais, uma atuação comprometida com a defesa dos direitos e igualdade das mulheres.

Essa experiência e percepções resultaram na escolha do tema de minha monografia⁴, intitulada: “Os Desafios Enfrentados na Constituição de Famílias Homoparentais⁵ Femininas”, defendida em 2013. Nesse estudo procurei mostrar os desafios encontrados pelas famílias homoparentais femininas na constituição de suas famílias.

Ainda na graduação, me via diante de muitas limitações. As mesmas enfrentadas por inúmeros/as estudantes que precisavam dividir a vida acadêmica com o trabalho. Mesmo estudando em horário matutino, sempre fui “aluna-trabalhadora” pois trabalhava em regimes de plantões noturnos e nos finais de semana.

O ritmo acelerado de trabalho e estudos trouxeram consequências, principalmente para minha saúde. Em 2012 precisei passar por uma intervenção

⁴ SILVA, Maria Delfino Da. Os desafios enfrentados na constituição de famílias homoparentais femininas. 55 f. Monografia (Graduação em Serviço Social) - Faculdade Cearense – FAC. Fortaleza, 2013.

⁵ Termo usado para designar famílias formadas por casais homoafetivos, duas mulheres ou dois homens que exercem a parentalidade de crianças.

cirúrgica delicada o que atrasou a colação de grau e, em 2014, tive um Acidente Vascular Cerebral - AVC. Esses dois acontecimentos exigiram mudanças e adoção de uma dinâmica menos agitada no sentido de garantir maior estabilidade à minha saúde.

Esse período coincidiu com o início do meu exercício profissional como Assistente Social no Hospital do Coração Dr. Carlos Alberto Studart Gomes - HM, componente da rede estadual de saúde do Ceará.

Entretanto, as dificuldades não me fizeram desistir de seguir adiante e aproveitar o máximo possível àquilo que o curso de Serviço Social havia me possibilitado, desde seu conteúdo programático, extremamente rico, até as vivências durante minha graduação.

O ano de 2015 marcou meu ingresso no Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Esse foi mais um marco importante na minha trajetória acadêmica. A Pós-graduação era algo que vislumbrava mesmo antes de entrar na universidade. Naquela época, já tinha um roteiro programado do caminho acadêmico que pretendia percorrer.

O mestrado me permitiu aprofundar diversas questões e fortaleceu reflexões importantes e fundamentais no campo das políticas públicas. Destaco disciplinas como “Formação da Sociedade Brasileira”, um mergulho nas análises e interpretações de autores que se dedicam ao estudo do processo de construção das imagens do Brasil sob diferentes aspectos, sociais, econômicos e políticos, além das disciplinas específicas sobre Gestão, Avaliação, e Planejamento de Políticas Públicas que possibilitaram base teórica-conceitual e metodológica para compreensão dos processos de intervenção na área do planejamento na gestão pública.

Simultaneamente à experiência na academia, vivi meu exercício profissional na área da saúde, trabalhando no Hospital do Coração Dr. Carlos Alberto Studart Gomes - HM e Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto - HSM, conforme já dito anteriormente. Essa combinação entre exercício profissional e exercício acadêmico resultou na escolha da questão da transexualidade como tema desta dissertação.

No próximo tópico, relataremos como redefinimos nosso objeto de estudo destacando os vários percalços ocorridos durante esse caminho.

2.2 Redefinição do objeto de estudo: caminhos e descaminhos

Conforme relatado anteriormente, a escolha do tema de minha dissertação se

deu devido a minha sucessiva aproximação com a questão da transexualidade a partir do meu exercício profissional.

Assim, o mestrado tem sido, para mim, uma oportunidade de aprofundar as reflexões em torno dessa questão. Em um primeiro momento, meu objeto de estudo foi buscar o significado da utilização do nome social dos pacientes transexuais atendidos no ATASH.

Essa escolha se deu em razão de minhas observações e alguns questionamentos surgidos no decorrer do acompanhamento desses pacientes durante as reuniões realizadas no Ambulatório – mas, também, na experiência já relatada no Hospital do Coração - mais especificamente quanto aos constrangimentos das pessoas trans pela resistência de funcionários/as e profissionais em respeitar seu nome social.

Dessa forma, pretendia conhecer o significado do nome social para as pessoas trans que eram atendidas no ATASH e como o não reconhecimento desse direito interferia no acesso e na relação com o serviço.

Entretanto, à medida que avançava nos estudos e reflexões, percebi que o uso do nome social pelas pessoas trans guardava relação com outra questão maior que era a transexualização. Então, como sugestão de minha orientadora, mudei pela primeira vez, meu objeto de pesquisa que passou a ser o processo transexualizador.

O objetivo geral, então, passou a ser: verificar os desafios do processo transexualizador na política pública de saúde e a efetivação do direito à utilização do nome social das pessoas trans. Assim, buscava conhecer seus anseios e expectativas dentre outras questões tais como: 1) A não utilização do nome social afasta a população transexual dos serviços públicos de saúde? 2) Como a população trans percebe as políticas e serviços a ela direcionados? 3) Qual o significado do uso do nome social para aqueles indivíduos? 4) Em que consiste a opção pelo processo transexualizador? 5) Os transexuais sentem-se amparados pela política de saúde?

6) A diferença entre o nome do registro civil e o nome social é um fator determinante para os transexuais não estarem mais presentes nos serviços de saúde?

Contudo, a partir de 2017, outras mudanças foram aparecendo. Esse ano foi marcado pelo assassinato brutal da travesti Dandara dos Santos, no Bairro Bom Jardim, região periférica de Fortaleza. Esse caso gerou grande repercussão em todo o país e mobilizou diversos movimentos e organizações, em especial aqueles em defesa da população.

O assassinato de Dandara reforçou as denúncias da violência transfóbica

cada vez mais presente em todo o Estado e no país. Além disso, os movimentos intensificaram a pressão sobre o Estado para a garantia e ampliação de políticas públicas voltadas para as pessoas trans, incluindo Ambulatório específico para atender suas demandas no processo transexualizador.

Com a repercussão do caso Dandara e sob demanda dos movimentos, no mesmo ano, o governador Camilo Santana - PT encaminhou ofício ao Hospital Mental de Fortaleza, solicitando a implantação de um serviço especializado no atendimento às pessoas trans, visto que o ATASH não atendia somente essa população.

A partir desse momento, a mesma equipe do ATASH, que já realizava atendimento às pessoas trans, iniciou uma série de ações com o objetivo de implantar o novo serviço. Esse processo demandou reuniões com os movimentos e organizações LGBTQIA+, instituições e órgãos do executivo estadual para discutir e alinhar estratégias voltadas para a implantação do ambulatório especializado.

No final de 2017, foi criado o SERTRANS no Hospital Mental de Fortaleza. Ainda que o movimento tenha reconhecido como um avanço, o fato de o serviço permanecer no HM não foi visto com bons olhos devido aos estigmas ainda presentes. Contudo, a existência de uma equipe já sensibilizada para as questões de gênero e sexualidade foi um dos elementos que permitiu a continuidade do novo serviço especializado no âmbito do HM.

A implantação do SERTRANS, além de uma conquista para a população LGBTQIA+, em especial das pessoas trans, foi também uma grande oportunidade para mim que passei a compor a equipe de atendimento do serviço.

Com o SERTRANS, todo o atendimento antes realizado no ATASH foi transferido para o novo serviço, bem como os pacientes trans que realizavam o processo transexualizador. Dessa forma, foi necessário mudar o lócus da minha pesquisa, antes no ATASH, para o SERTRANS.

Contudo, em setembro de 2021 fui afastada do HM e de todas as minhas atividades relacionadas à instituição em virtude de alguns enfrentamentos com a direção do referido hospital, quando passei a questionar condutas não condizentes com meus princípios éticos, que inclusive regem o Código de Ética do Serviço Social e a defesa intransigente dos direitos humanos. Foi, incontestavelmente, um momento extremamente difícil sob todos os aspectos, para minha vida pessoal, profissional e estado psicológico.

Com o meu afastamento e impedimento de acessar as dependências, registros e/ou documentos do hospital, precisei novamente redimensionar meu objeto de estudo e fazer mudanças na metodologia da minha pesquisa, uma vez que as entrevistas previstas não seriam mais possíveis dado meu afastamento e todas as consequências decorrentes daquela situação.

Nesse contexto, pensei em desistir do mestrado, pois, além de bastante atrasada, outra dificuldade havia se colocado no meu caminho. Mas, mesmo diante das adversidades, mais uma vez resolvi seguir adiante e proceder com as mudanças necessárias para a realização da pesquisa.

Diante dos acontecimentos relatados, foi necessário mudar mais uma vez o objeto de estudo e conseqüentemente sua metodologia, conforme veremos no tópico seguinte. Assim, do processo transexualizador, o novo objeto de estudo passou a ser o processo de inclusão das/os transexuais na Política de Saúde no estado do Ceará. No próximo tópico, focaremos na problematização do novo objeto de estudo que se constituiu a partir dos acontecimentos e mudanças relatados anteriormente.

2.2.1 Apresentação e problematização do novo objeto de estudo

O contexto político, social e econômico brasileiro tem vivenciado inúmeras mudanças no tocante a questões relacionadas à transexualidade e suas particularidades. Essa temática não passa despercebida. Não são raras as discussões sobre essa questão, contudo, ainda há muito a ser aprofundado. A mobilização de recursos, referentes à efetivação de direitos dos transexuais e seu acesso às políticas públicas, em particular na área da saúde, é uma das dimensões a serem aprofundadas.

O acesso das pessoas transexuais, aos direitos e à cidadania é parte de um processo longo de luta no conjunto do movimento LGBTQIA+. No Brasil, continuam a enfrentar realidade adversa, em razão da estrutura de desigualdades sociais, que articula diversos elementos, iniciando com a orientação sexual e identidade da população LGBTQIA+.

Nesse sentido, conhecer essa trajetória é fundamental para compreendermos de que forma esses diferentes elementos se expressam historicamente e como se atualizam na contemporaneidade.

Há décadas, os movimentos LGBTQIA+ travam uma intensa luta por direitos e cidadania no Brasil. Desde os anos de 1970, ainda no contexto de ditadura

civil-militar no país, ativistas denunciavam não somente a repressão e as diversas violências sofridas pela população LGBTQIA+, como também o caráter conservador e moral do regime que produzia estigmas e discriminações. Com a redemocratização, fruto das intensas transformações sociopolíticas e econômicas da época, bem como da resistência e oposição dos movimentos ao regime militar, iniciou-se importantes reações para restaurar o estado de direito no Brasil.

A promulgação da Constituição Federal de 1988, fato marcante no processo de transição, representou a inserção da sociedade brasileira em um novo contexto de garantias das liberdades e direitos fundamentais, considerando grupos social e politicamente desprezados ao longo da história, tais como mulheres, negros/as, pessoas com deficiências e trabalhadores/as rurais, dentre outros.

Para Bravo (2001), a CF “introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes” (BRAVO, 2001, p. 15).

No seu Art. 196, a CF consagrou a saúde como direito de todos/as e dever do Estado (BRASIL, 1988) ao mesmo tempo em que determinou a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS e a garantia do acesso universal e integral aos atendimentos realizados pelo mesmo (BRASIL, 1988).

Trata-se de uma conquista histórica e fundamental para a sociedade brasileira, marcada por disputas e polarizações entre grupos divergentes. De um lado os empresários do setor hospitalar e farmacêutico agindo na perspectiva privatista na área da saúde e, de outro o Movimento pela Reforma Sanitária – MRS, representação da sociedade (profissionais da saúde, lideranças sindicais e de movimentos sociais, parlamentares), cujo objetivo era garantir saúde pública, gratuita e universal, dentre outros (BRAVO, 2001), sendo inegável sua contribuição para o processo de institucionalização da política de saúde no Brasil.

Mesmo com avanços e tendo consagrado no seu Art. 5º a igualdade de todos perante a lei, a não discriminação por qualquer natureza, bem como a vida, a liberdade, igualdade, segurança e propriedade como direitos invioláveis (BRASIL, 1988), a CF sob diferentes aspectos não conseguiu efetivar-se para as maiorias.

No tocante às pessoas LGBTQIA+, em que pese a luta dos movimentos, registra-se um histórico na continuidade de violação de direitos e precariedades inerentes às condições de vida, em particular, de travestis e transexuais, dentre outros

motivos, porque essa “população ostenta uma identidade de gênero diversa da imposta pelos padrões heteronormativos, em que homem é homem e mulher é mulher, e qualquer coisa que fuja dessa norma é encarada com estranhamento” (SIMPSON, 2015, p. 9) Essa situação, torna essas pessoas alvo de inúmeras privações e violências. Quando se trata de pessoas transgêneras, em particular, Jesus (2012) enfatiza que:

Historicamente, a população transgênero ou trans é estigmatizada, marginalizada e perseguida, devido à crença na sua anormalidade, decorrente da crença de que o “natural” é que o gênero atribuído ao nascimento seja aquele com o qual as pessoas se identificam e, portanto, espera-se que elas se comportem de acordo com o que se julga ser o “adequado” para esse ou aquele gênero” (JESUS, 2012, p. 11)

A esse respeito, um dos mais recentes estudos⁶ realizados pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais no Brasil – ANTRA (2022) explicita a violação dos direitos humanos em decorrência da transfobia⁷, entendida como “preconceito e/ou discriminação em função da identidade de gênero de pessoas transexuais ou travestis” (JESUS, 2012, p. 29) expressa principalmente nos crimes de ódio, incluindo desde as agressões físicas graves aos assassinatos, sendo “... um componente do genocídio trans no Brasil” (LIMA, 2018, p. 96).

Segundo referido estudo, durante o ano de 2021, foram registrados cerca de 140 (cento e quarenta) assassinatos de pessoas trans. Destes, 135 (cento e trinta e cinco) travestis e mulheres transexuais, e 05 (cinco) casos de homens trans e pessoas trans masculinas (ANTRA, 2022).

Contudo, a transfobia se expressa não apenas em sua forma extrema, ou seja, nos assassinatos, mas também na violação dos direitos humanos dessas pessoas no sistema prisional, no desrespeito ao nome social e identidade de gênero, na expulsão de mulheres trans dos banheiros públicos coletivos, e na negligência médica no meio de tantas outras.

Assim, para além da violência transfóbica, faz parte do cotidiano histórico de transexuais, a negação de seus direitos sociais assegurados na Constituição Federal Brasileira:

Em nosso país, o espaço reservado a homens e mulheres transexuais, e a

⁶ Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021 / Bruna G. Benevides (Org). – Brasília: Distrito Drag, ANTRA, 2022.

⁷ A transfobia, no julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão (ADO) n° 26 e o Mandado de Injunção 4733 – que criminalizam a homofobia e a transfobia nos moldes da Lei 7716/89. Inteiro teor do julgamento do STF sobre a criminalização LGBTQIA+fobia. Disponível em <http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15344606459> & ext=.pdf

travestis, é o da exclusão extrema, sem acesso a direitos civis básicos, sequer ao reconhecimento de sua identidade. São cidadãos e cidadãs que ainda têm de lutar muito para terem garantidos os seus direitos fundamentais, tais como o direito à vida, ameaçado cotidianamente (JESUS, 2012, p.11).

No campo da saúde, embora com muitos avanços, conforme veremos à frente, o que observamos é uma realidade ainda marcada por muita discriminação e outros entraves para o efetivo acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), na medida em que “as normas regulatórias de gênero [...] estabelecem relações na vida cotidiana e no acesso a qualquer serviço. Produzem a estigmatização e, conseqüentemente, um maior ou menor acesso aos serviços de saúde, enfim, aos direitos humanos e, em especial, ao direito à saúde” (TAGLIAMENTO, 2015, p. 71)

No estudo realizado por Fussek (2012), a transexualidade ainda é um tema que traz diversos conflitos de opiniões, entre alguns dos/as profissionais que são responsáveis por possibilitar o acesso desses cidadãos/as aos serviços que possam garantir “uma vida digna e a inclusão social, bem como o livre desenvolvimento de sua personalidade” (FUSSEK, 2012, p. 127).

É necessário, portanto, a compreensão de que essa realidade das/os transexuais, em particular na saúde, é apenas a expressão de um processo mais complexo que passa pela construção das relações de gênero e pelo modo como historicamente foram consideradas pelas ciências médicas, especialmente a psiquiatria e a medicina, com seu viés patologizante que “ainda está presente nas concepções da política de saúde brasileira para a população de travestis e transexuais, expressas, inclusive, por meio da exigência de avaliação e validação via laudo psiquiátrico e psicológico” (LIMA, 2018, p. 59). Tudo isso, repercute nas práticas profissionais e na forma como lidam com as pessoas transexuais conforme aprofundaremos nos próximos capítulos.

Além disso, existem singularidades que marcam a vida das pessoas transexuais que em geral, “sentem que seu corpo não está adequado à forma como pensam e se sentem, e querem “corrigir” isso adequando seu corpo à imagem de gênero que têm de si” (JESUS, 2012, p. 15) recorrendo a diversas formas de “adequação”, desde as vestimentas coerentes com sua identidade de gênero como às cirurgias. Infelizmente essas vivências e singularidades das pessoas transexuais e da população LGBTQIA+ de um modo geral não são reconhecidas.

Ignora-se assim, a subjetividade social desta comunidade e a cultura

marginalizada, muitas vezes imposta pela sociedade heteronormativa, onde as normas de convívio social são ditadas pelo estereótipo heterossexual de homem e de mulher, e de seus respectivos papéis na sociedade, o que acaba por invisibilizar os riscos e agravos aos quais as pessoas LGBTQIA+ estão submetidas e que são potencializados por suas práticas sociais e sexuais, onde o gueto é visto estes como o espaço de seu pertencimento, mas que para as políticas de saúde esteve fora de sua abrangência de atuação (LAURENTINO, 2015, p. 33).

Em virtude dessas realidades e singularidades, a saúde constituiu-se como um campo privilegiado de luta para a população LGBTQIA+, em particular, para as/os transexuais. Portanto, problematizar essa relação entre transexuais e política de saúde é fundamental para compreendermos em que medida suas demandas têm sido reconhecidas e/ou efetivadas.

Foi longo o caminho percorrido até o Estado brasileiro, órgãos oficiais e formuladores de políticas de saúde reconhecerem o direito da população LGBTQIA + à saúde integral, bem como suas demandas específicas. Antes disso, as questões referentes à saúde dessa população restringiam-se basicamente às ações de prevenção à contaminação pelo HIV e de enfrentamento à epidemia da Aids. Dessa forma, “falava-se na saúde sobre gays, lésbicas, e travestis quando se falava de Aids, dessa forma não se falava sobre os indivíduos e suas demandas e sim sobre a doença e suas vítimas” (LAURENTINO, 2015, p. 33).

Esse processo desde sempre fora marcado por um distanciamento da população LGBTQIA+ das políticas de saúde e, por conseguinte, dos serviços de atendimento - postos e unidades de saúde - em razão de diversos fatores como a discriminação sofrida nesses espaços, tanto por parte de outros/as usuários/as quanto de profissionais, seja pela associação das pessoas LGBTQIA+ à disseminação do HIV/Aids e/ou simplesmente pela sua identidade de gênero e orientação sexual, além da ausência de ações específicas voltadas ao atendimento de suas necessidades.

Esse contexto somente piorava as condições já precárias de saúde da maioria dessa população, e mais ainda das/os transexuais que “...sempre recorriam à automedicação, procurando o médico ou os serviços de Saúde apenas quando já não havia mais como se automedicar ou quando as enfermidades não tinham cura com a automedicação” (SIMPSON, 2015, p. 9).

Nesse sentido, e embora com limites, a saúde foi a porta de entrada da população LGBTQIA + para as políticas públicas que, paulatinamente, adquiriram uma perspectiva de integralidade e foram se ampliando para além das ações referentes às

DST/Aids.

Em 2004 foi criado o Comitê Técnico⁸ para elaboração da política de saúde voltada para a população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transgêneros. Essa foi uma importante iniciativa do Ministério da Saúde em articulação com os movimentos e organizações representativas da população LGBTQIA+.

As reflexões sobre a saúde de transexuais ocorrem nessa trajetória de lutas do movimento LGBTQIA +. Ainda assim, esse caminho de constituição de uma política de saúde integral para as pessoas transexuais apresentava algumas dificuldades, visto que, durante muito tempo, continuou uma certa invisibilidade de suas demandas no âmbito do movimento mais geral, além do debate sobre as identidades trans ainda ser incipiente.

Esse quadro começou a mudar com uma maior organização do movimento e a criação de entidades representativas dessa população, a exemplo da ANTRA⁹ criada no ano 2000, a Associação Nacional dos Homens Trans, em 2012 e finalmente, em 2017 da Associação Brasileira de Saúde Transgênero – BRPATH¹⁰, que tinha como principais bandeiras: “a despatologização das identidades trans, a defesa do Estado laico e a garantia do SUS como política pública gratuita e universal” (LIMA, 2018, p. 81).

O aprofundamento dos debates acerca das demandas específicas das pessoas trans se efetivava em diversos eventos como a Jornada “Transexualidade e Saúde: A Assistência Pública no Brasil”, realizada pelo Instituto de Medicina Social – IMS da Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ e pela Coordenação de Saúde Mental do MS, em 2005, cujos temas versavam sobre: “Transexualidade e saúde: aspectos históricos, políticos e sociais, O atendimento psicológico e psiquiátrico: diagnóstico e tratamento, A complexidade da terapia hormonal, Aspectos cirúrgicos na transexualidade e Efeitos éticos e jurídicos da transexualidade” (CLAM, 2005).

Em 2008¹¹ o MS instituiu e regulamentou o Processo Transexualizador, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, uma das mais importantes demandas da

⁸ Criado por meio da Portaria Nº 880, de 13 de maio de 2004.

https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0880_13_05_2004.html

⁹ Inicialmente chamada de Associação Nacional de Transgêneros porque o movimento avaliou que o termo “tra- vesti” era depreciativo. Contudo, após muitas reflexões acerca das categorias travesti, transexual e transgênero, o movimento ressignificou o termo e a organização passou a chamar-se de Associação Nacional de Travestis e Transexuais.

¹⁰ Fundada durante o I Encontro de Saúde Trans, realizado em São Paulo, na Unifesp, entre os dias 1 a 4 de novembro de 2017 (LIMA. 2018)

¹¹ A Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008 instituiu o Processo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008 o regulamentou.

população trans, mas que, [...] apesar de referenciar a atenção integral a transexuais, tinha como centralidade os processos cirúrgicos (LIMA, 2018, p. 87). Assim, conforme também observam Passos, Sena e Souto (2015, p. 179) em relação à regulamentação desse procedimento,

[...] o atendimento era voltado para mulheres transexuais que recebiam o diagnóstico de Transtorno da Identidade de Gênero (TIG) e direcionado para aquelas que desejassem realizar as cirurgias de redesignação sexual. O Processo Transexualizador não incluía o atendimento à população de travestis e de homens transexuais (PASSOS; SENA; SOUTO, 2015, p. 179).

Em 2009, foi publicada a Portaria nº 1.820 dispondo sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde no SUS, incluindo o direito ao nome social. No mesmo ano o Conselho Nacional de Saúde - CNS aprovou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, por sua vez, instituída em 2011 através da Portaria no 2.836, de 1o de dezembro de 2011 do MS e cujo objetivo é “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).

De acordo com Lima (2018), além da inclusão pela primeira vez das travestis, a PNSI LGBTQIA+ também contemplou objetivos específicos voltados à saúde da população trans:

[...] 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;
 VII - Reduzir danos à saúde da população LGBTQIA+ no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais;
 VIII - Definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis; [...]
 XVII - garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde; [...]
 XX - Reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e , atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde; [...]
 XXIII - promover o aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador, para mulheres e homens (LIMA, 2018, p. 87).

Não restam dúvidas quanto à importância do processo de incorporação das

peças transexuais na política de saúde brasileira. Ainda mais porque tanto a PNSI LGBTQIA+ quanto os demais instrumentos normativos (portarias e decretos) serviram de referência e orientação para os demais entes da federação - estados e municípios, para que os mesmos também passassem a contemplar demandas específicas de transexuais.

Retomar a trajetória dessa construção é fundamental, na medida em que nos possibilita compreender as diferentes questões envolvidas, desde o processo organizativo das pessoas trans e a constituição destas enquanto sujeitos de direitos, até a construção de suas identidades, e como a Política de Saúde finalmente incorpora essas pessoas e passa a enxergar e contemplar suas demandas. Diversos estudiosos como Lima, (2018), Tenenblat (2011), Cassemiro (2010), Oliveira e Romanini (2020)¹², dentre outros, embora a maioria focados no processo transexualizador, retomam a trajetória da constituição de uma política de saúde para transexuais em diferentes estados como São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul.

Contudo, percebe-se que os processos não necessariamente foram iguais em cada realidade, pois variam de acordo com o grau de organização do movimento, do comprometimento de gestores/as e profissionais de saúde, além dos tensionamentos com setores conservadores que reproduzem localmente, os discursos e práticas transfóbicas e de negação de direitos de transexuais existentes em nível nacional, além de revelarem a existência de uma longa distância entre o que preconiza a PNSI LGBTQIA+ em relação à saúde das pessoas transexuais e sua materialização na vida cotidiana dessas pessoas em cada realidade local, conforme concluiu Lima (2018), a respeito da Política Municipal de Saúde Integral LGBTQIA+, no município de São Paulo:

[...] sua concepção foi pioneira e contou, em partes, com a participação social. No processo de elaboração, houve a preocupação de atender às deliberações da Conferência Municipal LGBTQIA+ de 2011. No entanto, a política não tem provido a atenção integral, dadas as características já

¹² LIMA, Daniel Borsatto de. A atenção à saúde às travestilidades e transexualidades em São Paulo (2013/2018). Dissertação (Mestrado em Política Social). Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade de Brasília, 2018; TENENBLAT, Mably Jane Trindade. A assistência à saúde de pessoas transexuais: aspectos históricos do processo transexualizador no Estado do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2011; CASSEMIRO, Luiza Carla. Tenho o direito de ser “Amapô”: as trajetórias de travestis e transexuais face a implementação das políticas públicas de assistência social e saúde. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2010; OLIVEIRA, Itauane de e ROMANINI, Moises. (Re) escrevendo roteiros (in)visíveis: a trajetória de mulheres transgênero nas políticas públicas de saúde. In: Saúde Soc. São Paulo, v.29, n.1, 2020

apresentadas no tópico anterior, de que o acesso se tem centrado nas UBS da CRS Centro e CRS Norte, com a oferta única e exclusivamente da hormonioterapia (LIMA, 2018, p. 144).

Ou ainda, como o estudo de Mably Tenebrant (2011), referente ao Estado do Rio de Janeiro:

Sob esta ótica, as graves deficiências do Processo Transexualizador são reflexos das precárias condições de atendimento propiciadas pelo serviço público de saúde brasileiro. A questão é acirrada, ainda, pela baixa prioridade conferida às demandas da população transexual, consideradas supérfluas, exóticas e, muitas vezes, imoral (TENENBLAT, 2011, p. 141).

Diante do exposto, procedemos um resgate histórico para compreender o processo de inclusão das pessoas trans na política de saúde na particularidade do Estado do Ceará. Assim, definimos como objetivo deste estudo investigar o processo de incorporação das/os pessoas transexuais na política de saúde do Ceará, no sentido de identificar seus avanços e limites. Como objetivos específicos, definimos:

1. Verificar a organização da política de saúde do Estado do Ceará;
2. Conhecer a trajetória e agenda política do movimento LGBTQIA+ no Ceará;
3. Identificar as demandas da população trans, em particular na saúde; e
4. Conhecer as ações e serviços de saúde voltados às pessoas trans no Ceará.

A seguir, um relato dos procedimentos metodológicos adotados no prosseguimento deste estudo.

2.3 Percurso metodológico

A pesquisa social constitui-se um grande desafio e o meio pelo qual a ciência interpela a realidade (MINAYO, 2007). Portanto, esta pesquisa representa para nós o desafio de investigar uma questão importante que é a transexualidade e a inclusão das pessoas trans na política de saúde. Esse é o nosso problema de partida, que parte considerando os conhecimentos acumulados, mas busca apreender outros elementos que desvelam cada vez mais o objeto de estudo e assim, produza novos conhecimentos.

Para dar conta desse desafio foi necessário traçar um itinerário com passos que nos orientou em direção ao nosso objetivo. Foi preciso, portanto, definir uma

metodologia de pesquisa que, igualmente como Minayo (2007) compreendemos como “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (MINAYO, 2007, p. 14) na medida em que esta:

inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade). A metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está referida a elas (MINAYO, 2007, p.14).

Esta pesquisa decidiu por uma abordagem qualitativa, para pôr em prática o interesse em investigar a trajetória do processo de inclusão das pessoas transexuais na política de saúde do Estado do Ceará.

O caráter acadêmico deste trabalho exigiu a realização de uma pesquisa bibliográfica além de documental, como procedimentos para coleta dos dados. A pesquisa bibliográfica reuniu dados e informações secundárias no acesso de conhecimentos já produzido permitindo nos aproximar cada vez mais do nosso objeto de estudo. Esse tipo de pesquisa é fundamental e uma de suas maiores vantagens “reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais amplo do que aquele que poderia pesquisar diretamente” (GIL, 2002, p. 45).

Recorremos, portanto, a um conjunto de produções acadêmicas – dissertações e teses – artigos, livros e periódicos que nos ofereceu não somente um panorama da questão da transexualidade e sua relação com a política de saúde, mas também as bases teóricas para subsidiar outras análises.

Dentre as produções selecionadas, destacamos algumas das principais referências teóricas a saber: Berenice Bento (2006, 2008), Maria Inês Lobato (2001) e Lígia dos Santos Fussek (2012), Behring Elaine e Boschetti (2007), Maria Inês Souza Bravo (2001) Márcia Arán (2008, 2009), Juliana Menezes (2014), Daniel Borsatto de Lima (2018) e Malby Jane Trindade Tenenblat (2014). Recuperamos a trajetória histórica dos estudos sobre transexualidade e saúde, para então, compreender os principais debates, diferentes abordagens teóricas e os caminhos trilhados pelas pessoas transexuais para incluir-se na política de saúde, principalmente em nível nacional.

Conforme indicado no capítulo anterior, a necessidade de mudança do objeto de estudo, nos obrigou a repensar sobre outras estratégias metodológicas, entendendo que esta não é fixa, pois permite refazer rotas e construir alternativas, até porque, como nos lembra Minayo (2007) “nada substitui a criatividade do pesquisador”

(MINAYO, 2007, p. 15).

Dessa forma, à pesquisa bibliográfica agregamos a pesquisa documental, justamente pelo fato desta “não exigir contato direto com os sujeitos da pesquisa” (GIL, 2002, p. 46), mas também porque permitiu o levantamento e análise de documentos produzidos pelos órgãos e instituições responsáveis pela política de saúde e dos serviços de atendimento às pessoas trans no Estado do Ceará, a exemplo de Relatórios de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde e Anais das Conferências Estaduais de Saúde, de Atas do Conselho Estadual de Saúde e documentos e relatórios diversos produzidos pelo Ministério da Saúde.

Também foram levantados e analisados documentos produzidos por entidades e movimentos LGBT, com recorte para o tema da saúde da população trans, a exemplo de relatórios de reuniões, encontros, seminários e conferências. Por fim, foram examinados normativos referentes à transexualidade (leis, portarias, decretos) dentre outras fontes.

O intento foi reunir informações para identificar as ações, serviços e demais iniciativas que permitiram a composição do cenário da política de saúde voltada para as pessoas trans no Estado do Ceará, ao mesmo tempo indicando seus progressos e lacunas. Com os dados reunidos, procedemos à sistematização e posteriormente à análise crítica e qualitativa em diálogo com o referencial teórico definido.

No próximo capítulo apresentaremos o referencial teórico que nos ajudou a compreender melhor a dinâmica do objeto em foco e, conseqüentemente, proceder as análises necessárias.

3 TRANSEXUALIDADE: BASES CONCEITUAIS E PERSPECTIVAS DE ABORDAGENS

O presente capítulo abordará a questão da transexualidade de uma perspectiva histórica e conceitual. Para tanto, buscamos dialogar com as várias abordagens sobre o problema em diferentes áreas como nas ciências médicas, nas ciências sociais, na psicologia e na psiquiatria. Nele dialogamos com o conceito de transexualidade e a constituição desse debate na academia e no âmbito do Serviço Social. A compreensão da transexualidade passa ainda pela reflexão sobre a construção da sexualidade, do sexo e das relações patriarcais de gênero conceitos esses que também são abordados. A intenção foi trazer um quadro teórico-conceitual sobre o tema em questão demarcando suas perspectivas de análise.

3.1 Os estudos das relações de gênero e transexualidade

A obra “A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual” de Berenice Bento (2006) localiza os primeiros usos da noção de gênero no campo da medicina e da psiquiatria, que foi, mais especificamente no ano de 1955, com o psicólogo infantil norte-americano John Money, que à época desenvolvia pesquisas com crianças intersexuais, no Hospital John Hopkins, em Baltimore nos Estados Unidos, segundo Daniela Amaral (2007, p. 24 *apud* LIMA, 2018, p. 45).

Segundo Bento (2006), embora as pesquisas de Money concluíssem sobre a possibilidade de mudanças do gênero e da identidade sexual ainda na infância, e que o sexo estava ligado ao biológico e o gênero ao social e ao cultural, suas teses “não eram da determinação do social sobre o natural, mas de como o social, mediante o uso da ciência e das instituições, poderiam assegurar a diferença dos sexos” (BENTO, 2006, p. 38). Nesse sentido, a noção que Money (*apud* BENTO, 2006) atribuía ao gênero era usada para diferenciar sexo biológico e identidade sexual. Essa noção tinha um viés patológico e clínico, na medida em que buscava corrigir, por meio de intervenções terapêuticas e cirúrgicas, as “incoerências” entre sexo biológico e identidade.

Dando sequência a Money, o psicanalista Robert Stoller desenvolveu suas teses também sob a perspectiva da identidade. Segundo Donna Haraway (2004) Stoller formulou o conceito de “identidade de gênero” pelo qual diferenciava biologia e cultura, “de tal modo que sexo estava vinculado à biologia (hormônios, genes, sistema nervoso,

morfologia) e gênero à cultura (psicologia, sociologia)” (HARAWAY, 2004, p.216). Sob essa perspectiva, Stoller atribuía a produção do gênero, para ele – um homem ou uma mulher – enquanto consequência da ação da cultura sobre a biologia (HARAWAY, 2004).

Lima (2018) referenciando-se em Leite Júnior (2008) observa que tanto o conceito de gênero quanto o de identidade, oriundos desse referencial contribuíram fortemente para a perspectiva patologizante das travestilidades e, sobretudo, das transexualidades - conforme veremos mais adiante – e que

Há também necessidade de se evidenciar que os surgimentos desses conceitos atendem a uma ampla definição das sexualidades, em seus aspectos de normalidade e anormalidade, nas quais a compreensão do sexo enquanto uma categoria biológica e o gênero enquanto categoria social contribuiu com o processo de patologização das travestilidades e transexualidades, por meio do saber-poder – legitimado pela ciência, pelas instituições e pelo Estado [...] pois, a partir dessa concepção teórica, as identidades trans não atendem à óptica da inteligibilidade dos sexos (LIMA, 2018, p. 46).

Entretanto, as noções de sexo e gênero ganharão novas e diferentes conotações e perspectivas a partir dos estudos e debates no campo do feminismo e das ciências sociais. Destacamos o pioneirismo da antropóloga Margareth Mead e sua obra “Sexo e Temperamento”¹³, de 1935 com elaborações sobre o caráter cultural da diferença sexual. Para Mead “toda cultura determina, de algum modo os papéis dos homens e das mulheres, mas não o faz necessariamente em termos de contrastes entre personalidades atribuídas pelas normas sexuais para os dois sexos, nem em termos de submissão ou dominação” (MEAD, 1999 apud PISCITELLI, 2009, p. 129). Portanto, não era o biológico quem determinava os comportamentos, mas estes eram produzidos pela cultura, conclui a autora. Em 1949 a filósofa francesa Simone de Beauvoir publica sua famosa obra "O Segundo Sexo" na qual problematiza a “condição da mulher” e a “dominação masculina” que se tornou grande referência para o feminismo e os estudos sobre as mulheres e posteriormente sobre gênero. Para Beauvoir a dominação masculina não poderia ser explicada nem por características atribuídas ao corpo feminino, nem tampouco à natureza, mas sim, pela concepção da história e da cultura sobre o que ela denominava de “fêmea humana”. Embora Beauvoir não adote o termo “papéis sexuais” em suas formulações, o conteúdo dele encontra-se na perspectiva de construção social

¹³ Comparou etnografias de três culturas – Arapesh, Mundugumor e Tchambuli - localizadas na Nova Guiné, concluindo que os temperamentos atribuídos a mulheres e homens eram construídos de diversos modos e variavam em cada uma destas culturas.

da posição da mulher na sociedade defendida pela autora (PISCITELLI, 2009).

Entretanto, o conceito de gênero tal como conhecemos na contemporaneidade, coincide com a chamada segunda onda¹⁴ do movimento feminista e assume diferentes perspectivas teóricas.

Dentre estas perspectivas encontra-se a da antropóloga estadunidense Gayle Rubin, cuja publicação de “O tráfico de mulheres: notas sobre a economia política do sexo”, em 1975, foi fundamental para a disseminação do conceito de gênero. Rubin abordou questões relativas à subordinação das mulheres e a natureza elaborando um conceito por ela denominado de sistema sexo/gênero. Nas palavras da autora, “sistema de sexo/gênero”, numa definição preliminar, é uma série de arranjos pelos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana, e nos quais essas necessidades sexuais transformadas são satisfeitas (RUBIN, 1993).

Esse sistema, para a autora, vai além da identificação com o sexo, exige que o desejo sexual seja voltado, obrigatoriamente para o sexo oposto, ou seja, inserido numa relação baseada na heterossexualidade. Portanto, em que pese suas contribuições para o desenvolvimento desse conceito, a autora não rompe com a perspectiva binária, separando sexo-gênero e natureza-cultura, além de reforçar a heteronormatividade, isto é, a heterossexualidade como norma.

Outra importante referência nesse debate é a filósofa e historiadora Joan Scott cuja proposta era apresentar uma nova e ampliada acepção do conceito de gênero. Scott bebeu em várias fontes, desde correntes feministas, teóricos da filosofia a exemplo de Michel Foucault e suas elaborações sobre poder e Jacques Derrida, com grande influência nos estudos sobre gênero no Brasil. Em “Gênero: Uma categoria útil para análise histórica”, publicado em 1986, Scott defende que a história seja ao mesmo tempo o método e o objeto dos estudos sobre as teorias das relações de gênero, pois somente assim é possível apreender os processos que constituem a diferença sexual.

Para Scott, gênero é “elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre diferenças socialmente percebidas entre os sexos [...] e uma forma primeira de significar as relações de poder” (SCOTT, 1995, p. 20). Em síntese, o conceito de gênero em Scott abrange diversos elementos: símbolos, normativos, político e subjetivo; define dois sexos e dois gêneros (homens e mulheres) que se complementam; é tanto uma categoria analítica (forma de pensar a história, suas hierarquias e relações de poder)

¹⁴ A primeira onda do feminismo iniciando no final do século XIX e vai até início da II Guerra Mundial.

quanto uma forma de intervir na realidade (DE TILIO, 2014).

Conforme observamos até aqui, a trajetória da construção do conceito de gênero foi permeada por diferentes perspectivas sobre a “diferença sexual”. Não se trata de uma trajetória linear, na medida em que passou por elaborações e reformulações em diferentes contextos históricos, campos de estudos e no próprio interior do movimento feminista.

Dessa forma, queremos destacar duas teóricas críticas ao conceito de gênero, que embora sob perspectivas diferentes, trazem importantes contribuições para o entendimento da transexualidade, que são: a socióloga brasileira Heleieth Saffioti (1992;2004) que articula relações de gênero, patriarcado, raça e classe social e a filósofa estadunidense Judith Butler (2003) destacada referência da chamada Teoria *Queer* e suas elaborações sobre performatividade, sujeito e identidade.

3.2 Dialogando com o conceito de gênero

Conforme mencionado, as discussões teóricas acerca do conceito de gênero não são consensuais. Vimos que desde suas origens, esse conceito apontou para diferentes perspectivas de análises. No Brasil, como também já citado, Heleieth Saffioti foi uma das mais importantes referências no campo dos estudos sobre gênero.

Saffioti (2004) destaca que gênero não se restringe a uma categoria de análise, ainda que tenha essa utilidade, mas que é também histórica e contém diversos elementos, desde símbolos culturais, conceitos normativos, etc. Desse modo,

Enquanto categoria histórica, o gênero pode ser concebido em várias instâncias: como aparelho semiótico (LAURETIS, 1987); como símbolos culturais evocadores de representações, conceitos normativos como grade de interpretação de significados, organizações e instituições sociais, identidade subjetiva (SCOTT, 1998); como divisões e atribuições assimétricas de características e potencialidades (FLAX, 1987); como, numa certa instância, uma gramática sexual, regulando não apenas relações homem-mulher, mas também relações homem-homem e relações mulher-mulher (SAFFIOTI, 2004, p. 45).

Essa multiplicidade de elementos inseridos, que dão origem à categoria gênero, pode ganhar mais ou menos ênfase de acordo com as diferentes análises teóricas no âmbito do feminismo (SAFFIOTI, 2004, p. 44-45). Ou seja, cada teórica ao formular o conceito de gênero, ressalta um ou outro aspecto, seja no campo normativo, simbólico, etc., não existindo, portanto, uma uniformidade na perspectiva e uso do

conceito.

De modo bastante sintético, destacamos aqui algumas das principais críticas de Saffioti a algumas perspectivas teóricas sobre o conceito de gênero, quais sejam: a) o caráter relacional dado a esse conceito, a visão de que gênero é somente social – “essencialismo social” - o que a faz questionar a função desempenhada pelo corpo e defender que o ser humano deve ser considerado na sua totalidade; b) a valorização excessiva do discurso, como se o gênero não tivesse uma materialidade que se expressa concretamente na vida das pessoas; c) o caráter meramente descritivo do conceito de gênero e o uso para substituir a mulher, dando a esse conceito um ar de neutralidade, sem explicitar a parte que sofre a opressão, o que segundo a autora serviu a objetivos políticos e ideológicos e com reflexos nos estudos sobre “mulheres” no âmbito da academia (SAFFIOTI, 2004).

Assim, Saffioti defende que é preciso considerar a construção social do sexo, mas sem dualidade, ou seja, romper com a dicotomia entre sexo (biológico/natureza) gênero (social/cultura). Contudo, no cerne das elaborações de Saffioti está a defesa do uso combinado dos conceitos de gênero e patriarcado e a crítica àqueles/as que fazem uso exclusivo de um dos dois conceitos e mais fortemente os/as que defendem o abandono total do segundo.

Portanto, cabe uma breve exposição sobre o conceito de patriarcado e de como ele, em conjunto com outras categorias analíticas, pode ser útil para a apreensão das relações sociais e transexualidade.

Em primeiro lugar é importante registrar, para além de Saffioti, referências no feminismo brasileiro, no qual várias autoras, de diferentes correntes, teorizam sobre o patriarcado, a exemplo de Carole Pateman (1983) e Christine Delphy (2009), dentre outras.

Do ponto de vista do seu significado, o termo patriarcado passou por diversas mudanças ao longo da sua história. Originalmente referia-se literalmente a "autoridade do pai", já na contemporaneidade ele adquire novo sentido, designando o "poder do homem" (DELPHY, 2009).

Para Saffioti (2004), “O patriarcado refere-se a milênios da história mais próxima, nos quais se implantou uma hierarquia entre homens e mulheres, com primazia masculina” (SAFFIOTI, 2004, p. 136) ou ainda, que este é um sistema de dominação dos homens sobre as mulheres (SAFFIOTI, 1992).

Conforme mencionado, não existe um consenso no uso do conceito de

patriarcado no âmbito do feminismo. Enquanto umas defendem seu uso, outras defendem abandoná-lo. Vejamos alguns argumentos quanto ao não uso desse conceito.

Na visão de Barbieri (1993), o patriarcado não tem conteúdo histórico e explicativo. Nele, segundo a autora, diferente dos tempos atuais, seria impossível as mulheres gozarem de algum tipo de direito.

Rubin (1993) também defende o não uso do conceito de patriarcado sob o argumento de que “este é uma forma específica de dominação masculina, e o uso do termo deveria se restringir [...] ao Velho Testamento, onde se originou o termo” (RUBIN, 1993, p. 6).

A suposta inexistência do patriarcado enquanto sistema na atualidade parte do equívoco de achar que o mesmo se refere somente ao “poder do pai” e diante do avanço nas conquistas das mulheres não faria sentido usar esse conceito para analisar as relações de dominação e exploração. Esse raciocínio não reconhece que o patriarcado está para além das relações familiares e o poder que o patriarca exerce e que este também perpassa o âmbito político. Além disso, o fato de as mulheres terem conquistado espaço e direitos não significa que não exista mais dominação e exploração.

Dessa forma, concordamos com Saffioti (2004) quando afirma que abandonar o conceito de patriarcado para o uso exclusivo do gênero é retroceder, uma vez que não atinge o centro da exploração-dominação, mas tão somente a alimenta e ainda, permite que alguns homens assumam o protagonismo das denúncias das desigualdades em vez das próprias mulheres (SAFFIOTI, 2004, p. 138).

Portanto, Saffioti (2004) explica, que “não se trata de abolir o uso do conceito de gênero, mas de eliminar sua utilização exclusiva. Gênero é um conceito por demais palatável, porque é excessivamente geral, a-histórico, apolítico e pretensamente neutro” (SAFFIOTI, 2004, p. 138).

O que ela propõe é considerar que as relações sociais de gênero são determinadas e determinam outras relações, como classe e raça/etnia. Assim, consideramos que pensar o conceito de gênero de forma isolada ou exclusiva não possibilita abarcar a totalidade das desigualdades, seja entre mulheres e homens cis ou os sujeitos na sua diversidade, tão pouco apreender a realidade das pessoas transexuais, por exemplo.

Para essa autora o “patriarcado é um caso específico de relações de gênero” (SAFFIOTI, 2004, p. 119), pois, diz respeito às relações hierárquicas entre pessoas

“socialmente desiguais”, enquanto que gênero, mais amplo, abrange também relações igualitárias. Além disso, diferentemente de gênero, o conceito de patriarcado aponta para uma base material das desigualdades, à medida que traz consigo a dimensão da exploração.

Como já referido anteriormente, Judith Butler é, na contemporaneidade, uma das vozes mais dissonantes acerca do conceito de gênero ou de aspectos importantes sobre ele. Butler problematiza o conceito de gênero no livro “Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade” publicado no ano de 1990. Nele, a autora busca “desconstruir o gênero”, critica a distinção sexo/gênero e defende a tese de que a identidade não é fixa, mas uma construção variável. Além disso, Butler questiona o feminismo, que segundo a autora, ao considerar as mulheres como “sujeito” desse movimento, exclui outras identidades, a exemplo dos (as) transexuais, das travestis e dos (as) intersexuais.

Diferente do que as teóricas do gênero afirmavam – sexo (biológico) e gênero (social) - para Butler ambos são “constructos” sociais, questionando assim o sexo enquanto natural e imutável.

Se o caráter imutável do sexo é contestável, talvez o próprio construto chamado “sexo” seja tão culturalmente construído quanto o gênero; a rigor, talvez o sexo sempre tenha sido o gênero, de tal forma que a distinção entre sexo e gênero se revela absolutamente nenhuma. Se o sexo é, ele próprio, uma categoria tomada em seu gênero, não faz sentido definir o gênero como a interpretação cultural do sexo (BUTLER, 2003, p. 25).

Para a autora, essa distinção traz uma perspectiva binária, pois promove oposições como masculino e feminino, homem e mulher, natureza e cultura, e que segundo ela, marca as vertentes teóricas feministas que se referenciam no sistema sexo-gênero.

As elaborações teóricas de Judith Butler, incluindo suas críticas ao sistema sexo gênero, dentre outras, ganham eco na Teoria *Queer*, da qual a autora é, na contemporaneidade, uma das mais destacadas referências.

Por essa razão, consideramos importante nos ater um pouco mais sobre suas elaborações, sem, no entanto, ter a pretensão de esgotá-las dado a complexidade e a profundidade que estas questões adquirem no pensamento de Butler conforme veremos no tópico a seguir.

3.3 Teoria *Queer*: breves apontamentos

Richard Miskolci (2012), ao historicizar as origens da Teoria Queer, mostra que esta se desenvolveu de modo disperso em diversos países, como Brasil, França e Estados Unidos e dentre seus precursores destaca o pensador francês Guy Hocquenghem, a Gayle Rubin e Néstor Perlongher, pensador argentino-brasileiro.

Historicamente a expressão “*queer*” foi usada para desqualificar e ofender homossexuais, com o sentido de “esquisito”, mas foi “apropriada” e ressignificada por esses mesmos sujeitos e seus movimentos e, segundo Louro (2004)

Queer é tudo isso: é estranho, raro, esquisito. Queer é, também, o sujeito da sexualidade desviante - homossexuais, bissexuais, transexuais, travestis, drags. É o excêntrico que não deseja ser “integrado” e muito menos “tolerado”. Queer é um jeito de pensar e de ser que não aspira o centro nem o quer como referência; um jeito de pensar e de ser que desafia as normas regulatórias da sociedade, que assume o desconforto da ambiguidade, do “entre lugares”, do indecível. *Queer* é um corpo estranho, que incomoda, perturba, provoca, fascina (LOURO, 2004, p. 7-8).

Ao mesmo tempo, “[...] o queer não está preocupado com definição, fixidez ou estabilidade, mas o transitivo, múltiplo e avesso à assimilação” (SALIH, 2015, p. 19). Portanto, queer refere-se a todos esses sujeitos que subvertem a lógica da heteronormatividade, baseada na heterossexualidade compulsória.

Judith Butler, conforme dito anteriormente, é uma das principais referências da teoria *queer* na contemporaneidade. Suas reflexões baseiam-se no questionamento das noções de sexo, sexualidade, gênero e linguagem e ainda, sobre sujeito, a formação da identidade e da subjetividade.

A teoria *queer* é uma forma de positivar as concepções pejorativas em relação à população LGBTQIA+, mas em particular, travestis e transexuais, considerados fora da normalidade e verdadeiros seres abjetos, termo usado por Júlia Kristeva (1982 p. 4, apud MISKOLCI, 2012, p. 24) para definir a visão que a sociedade tem sobre esses sujeitos enquanto ameaças a sua ordem e bom funcionamento.

Conforme reforça Miskolci (2012), “A abjeção, em termos sociais, constitui a experiência de ser temido e recusado com repugnância, pois sua própria existência ameaça uma visão homogênea e estável do que é comunidade” (MISKOLCI, 2012, p. 24).

Entretanto, a ameaça não vem dos sujeitos “abjetos”, mas da própria

sociedade erguida sobre valores morais acerca da sexualidade, da ideia sobre os gêneros, do ser homem, do ser mulher que determinam padrões de comportamentos e se expressam concretamente nas violências dirigidas à população LGBTQIA+, mas principalmente às pessoas trans e travestis e que faz do Brasil o país que mais assassina essa população, de acordo com dados do Observatório de Mortes e Violências LGBTI+ no Brasil.

Butler como uma das maiores expressões da teoria queer traz alguns conceitos fundamentais que nos ajudam a compreender essa trama da sexualidade e a experiência transexual.

A teoria *queer* questiona a biologização e essencialização do gênero, e da identidade sexual /ou orientação sexual e que, afirmando que, ao contrário, estes são construções sociais.

Ela critica os chamados binarismos de gênero - que enxergam apenas o par homem/mulher ou feminino/masculino - predominantes nas sociedades ocidentais e que produzem hierarquias e desigualdades.

Nesse sentido, a teoria *queer* busca compreender outras possibilidades que existem, para além dos binarismos de gênero, e que em geral, são negadas, invisibilizadas e discriminadas. As chamadas pessoas não binárias, incluindo transexuais, cujas identidades e expressões de gênero não estão limitadas ao masculino e/ou feminino, do ponto de vista da teoria *queer* estão dentro dessas possibilidades negadas.

Butler usa o conceito de performance para explicar que o gênero é construído a partir de repetições de comportamentos. Influenciada por Michel Foucault a autora coloca essa construção no campo dos discursos que são produzidos sobre eles, como o discurso médico ou da sexualidade. Ou seja, o que as sociedades produzem discursivamente sobre o que é o gênero, anatomia, sexo e a partir dos quais os sujeitos performam, simplesmente fazendo ou buscando corresponder a esses discursos (SALIH, 2015).

Ainda de acordo com Butler, essa performance de gênero, que não pode ser confundida como um ato artístico, tem relação direta com a heteronormatividade em que a heterossexualidade é a norma, questão central dentro da teoria *queer*.

A esse respeito, Miskolci (2012) chama atenção para a diferença entre três conceitos presentes na teoria queer que são: o heterossexismo, heterossexualidade compulsória e a heteronormatividade.

Heterossexismo é a pressuposição de que todos são, ou deveriam ser, heterossexuais [...] A **heterossexualidade compulsória** é a imposição como modelo dessas relações amorosas entre pessoas do sexo oposto [...] A heteronormatividade é a ordem sexual do presente, fundada no modelo heterossexual, familiar e reprodutivo. Ela se impõe por meio de violências simbólicas e físicas dirigidas principalmente a quem rompe normas de gênero (MISKOLCI, 2012, p. 43-44, grifos nossos).

No próximo tópico tentaremos de relacionar a questão da transexualidade aos sentidos das relações patriarcais de gênero, raça e classe.

3.4 Transexualidade e as relações patriarcais de gênero, raça e classe

As “mulheres”, em geral, vivem a opressão da mesma forma? Mulheres brancas são impactadas igualmente às mulheres negras ou indígenas? Uma mulher da burguesia ou da classe média vivencia a opressão tal qual uma mulher pobre, periférica, da classe trabalhadora? Ou ainda, uma mulher cis, hetero enfrenta as mesmas problemáticas que uma mulher lésbica, bissexual, travesti ou transexual?

E finalmente, uma mulher transexual, negra, periférica sofre o mesmo nível de opressão que uma mulher negra, cis ou ainda uma lésbica negra?

Iniciamos este tópico com esses questionamentos como referência ao debate importante e de longa data, relativo às diversas formas de opressão e as desigualdades geradas sobre os diferentes sujeitos. A reflexão sobre essas ideias torna-se essencial para nosso estudo, à medida que possibilita compreender a problemática da transexualidade sob dois pontos de vista: um teórico, que permitiu a inclusão da transexualidade nos estudos de gênero e feministas e outro prático, por desvelar o modo como a experiência transexual é atravessada por esse conjunto de opressões.

Do ponto de vista teórico, podemos identificar pelo menos três perspectivas que consideram o entrecruzamento das diferentes formas de opressão e que passamos a apresentar a seguir.

A primeira perspectiva é a defendida por Saffioti (1992;2004) , dentre outras teóricas feministas marxistas que consideram que as relações de gênero são determinadas e determinantes de outras relações, como classe e raça/etnia. Assim, a teórica fala de “simbiose” e utiliza a metáfora do “nó” para demonstrar a unidade indissociável entre patriarcado, racismo e capitalismo. Na visão da autora, trata-se de como as relações patriarcais de gênero, raça e classe social estão imbricadas e, são

fundantes das desigualdades enraizadas na sociedade brasileira.

Contudo, Saffioti (2004) explica que “[...] não se trata de somar racismo + gênero + classe social, mas de perceber a realidade compósita e nova que resulta dessa fusão” (SAFFIOTI, 2015, p.133 *apud* MOTTA, 2020, p.10). Ou seja, ao contrário de um somatório de opressões significa a “simbiose” de múltiplas e heterogêneas realidades.

Segundo Mota (2020) a ideia de Saffioti é de um “nó frouxo”, pois essas três contradições – gênero, raça e classe – ainda que imbricadas, “enoveladas” preservam suas características próprias e são dotadas de mobilidade, ou seja, não são fixas (MOTTA, 2020).

Portanto, o uso da perspectiva analítica do “nó” ao pensar as relações sociais na sua totalidade, que inclui gênero, raça e classe social, além de outras dimensões, por exemplo, religião, sexualidade e nacionalidade (MOTA, 2020), permite apreender as pessoas trans para além do gênero “discordante”, mas enquanto sujeitos, cuja existência na sociedade também é determinada pelo seu pertencimento de raça e/ou sua posição na classe social.

A segunda perspectiva que apresentamos ancora-se no feminismo materialista francófono expressa nos conceitos de consubstancialidade e coextensividade desenvolvidos pela socióloga feminista francesa Danielle Kergoat desde os anos de 1970 com grande influência no Brasil a partir dos estudos da filósofa Helena Hirata no campo da sociologia do trabalho.

Para Kergoat (2010) a consubstancialidade diz do “nó” que une as relações de sexo/gênero, raça e classe social e que não pode ser desfeito do ponto de vista das práticas sociais, mas tão somente a partir de uma perspectiva sociológica. Essa consubstancialidade tem a coextensividade como “propriedade fundamental” e é o modo como essas relações se “reproduzem e se coproduzem mutuamente” (KERGOAT, 2010, p. 94).

Um aspecto importante da perspectiva da consubstancialidade e coextensividade é sua vinculação ao conceito de divisão sexual do trabalho que é

[...] a forma de divisão do trabalho social decorrente das relações sociais de sexo; essa forma é historicamente adaptada a cada sociedade. Tem por características a destinação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, simultaneamente, a ocupação pelos homens das funções de forte valor social agregado (políticas, religiosas, militares etc.) (KERGOAT, 2009, p. 67).

A divisão sexual do trabalho é, portanto, a base material da opressão sobre as mulheres - em nossa compreensão cis e trans - e é regida por dois princípios fundamentais: o da separação e o da hierarquia. Pelo primeiro princípio há uma separação entre o que é considerado trabalho de homem e trabalho de mulher associando-os às noções de masculino e feminino presentes em cada sociedade. Já pelo princípio da hierarquia o trabalho dos homens é valorizado e o das mulheres é desvalorizado (KERGOAT, 2009).

A partir dessa divisão o trabalho dos homens situa-se na esfera produtiva (que gera valor de troca, mercadoria, riqueza) e o das mulheres na esfera reprodutiva, que tem apenas valor de uso, não gera mercadoria e, portanto, é invisibilizado e desvalorizado socialmente.

A dimensão da divisão sexual do trabalho nos ajuda a compreender a forma de inserção tanto das mulheres cis, quanto de mulheres e homens transexuais e das travestis no mercado de trabalho, mas também no chamado trabalho doméstico - que compreendem as tarefas como cozinhar, lavar, limpar, fazer a gestão da casa, etc - e de cuidados - cuidado com criança, idosos, pessoas doentes e/ou com deficiência, na saúde, na educação e no lazer e que são realizados quase exclusivamente pelas mulheres.

Para além do preconceito e discriminação, as mulheres trans, por exemplo, terminam por serem incorporadas em ocupações historicamente associadas às noções de feminino e masculino, e, portanto, desvalorizadas e precárias.

Portanto, a divisão sexual do trabalho permite apreender as desigualdades não somente do ponto de vista simbólico, cultural, mas também do ponto de vista das condições materiais que caracterizam as sociedades capitalistas e como nessa sociedade as identidades de gênero e orientações sexuais “divergentes” inevitavelmente, são atravessadas por relações sociais de classe.

Por último, apresentamos a perspectiva da interseccionalidade. Esse termo foi cunhado pela jurista norte-americana negra Kimberlé Crenshaw nos finais dos anos de 1989 em suas análises sobre as desigualdades de classe, raça e gênero, particularmente na área do direito¹⁵. Para Crenshaw (2002)

¹⁵ As reflexões iniciais de Kimberle Crenshaw estão contidas no artigo *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antiracist Politics*, em 1989, e subsequentemente foi utilizado em 1991 no artigo “Mapeando as margens: interseccionalidade, políticas de identidade e violência contra mulheres de cor

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras (CRENSHAW, 2002, p. 117).

Entretanto, seu surgimento ancora-se nas críticas de teóricas feministas negras e ativistas do chamado *Black Feminist* norte-americano a exemplo de Ângela Davis e Patrícia Hill Collins, às concepções e práticas do feminismo hegemônico – branco, heterossexual, burguês e ocidental - e sua visão de “mulher universal” que desconsiderava a existência e experiência de outras mulheres, em particular, as negras.

Segundo Lima (2020), é pela contestação desta suposta “categoria universal das mulheres” que a interseccionalidade “desponta como uma ferramenta teórico metodológica capaz de incluir aquelas que foram excluídas” (LIMA, 2020, p.2).

No Brasil, destacamos como uma das precursoras do debate sobre interseccionalidade a pensadora Lélia González e na contemporaneidade, a autora Carla Akotirene, ambas com análises situadas no campo do feminismo negro

[...] dialoga concomitantemente entre/com as encruzilhadas, digo, avenidas identitárias do racismo, cisheteropatriarcado e capitalismo. O letramento produzido neste campo discursivo precisa ser aprendido por lésbicas, gays, bissexuais e transexuais, (LGBT), pessoas deficientes, indígenas, religiosos do candomblé e trabalhadoras. Visto isto, não podemos mais ignorar o padrão global basilar e administrador de todas as opressões contra mulheres, construídas heterogeneamente nestes grupos, vítimas das colisões múltiplas do capacitismo, terrorismo religioso, cisheteropatriarcado e imperialismo (AKOTIRENE, 2019, p. 16).

Em suas análises, Akotirene (2019) defende a interseccionalidade enquanto conceito capaz de abarcar simultaneamente as diversas identidades que são atravessadas pelo racismo, pelo “cisheteropatriarcado” e o capitalismo.

Para a referida autora, “a interseccionalidade permite-nos enxergar a colisão das estruturas, a interação simultânea das avenidas identitárias, além do fracasso do feminismo em contemplar mulheres negras, já que reproduz o racismo” (AKOTIRENE, 2019, p. 19).

Assim, a interseccionalidade tem relação com as identidades, vista enquanto “sistema de opressão interligado” no qual o racismo é capturado por outras estruturas como classe e o heteropatriarcado ao mesmo tempo em que afirma a inexistência de

uma hierarquia entre raça, classe e gênero, na medida em que estão no mesmo patamar analítico (AKOTIRENE, 2019) Percebe-se que a perspectiva interseccional, particularmente a apresentada por Akotirene (2019) além de explicitar o componente racial como estruturador das relações sociais, abre possibilidades para pensar ainda a sexualidade e as identidades de gênero também como parte integrante dessas estruturas de opressão.

No entanto, consideramos necessário pontuar, mesmo que de forma breve, a interação dessas três perspectivas teóricas apresentadas. De modo geral, tais perspectivas têm em comum o objetivo de mostrar como a sociedade encontra-se estruturada por opressões e o modo como elas se relacionam. Contudo, percebem-se algumas diferenças nas abordagens, principalmente entre a interseccionalidade e consubstancialidade/coextensividade.

Danielle Kergoat embora adote a perspectiva de sexo/gênero, raça e classe, pouco problematiza a dimensão de raça em seus estudos. Por outro lado, traz um aspecto fundamental que é a dimensão da divisão sexual do trabalho, ou seja, atribui uma base material às opressões, algo ausente ou pouco referido nas análises interseccionais de Akotirene.

Outra diferença é que enquanto a consubstancialidade/coextensividade trabalha em termos de “relações sociais”, a interseccionalidade dá ênfase às “identidades”, como se estas não fossem também produto de tais relações. Contudo, a abordagem da interseccionalidade ao abarcar a sexualidade possibilita compreender melhor a problemática da transexualidade.

Nesse sentido, acreditamos que a interseccionalidade dialoga mais com nosso objeto de estudo, embora com limites, já apresentados anteriormente. Ainda assim, em nosso entendimento, as três perspectivas - “nó/simbiose, interseccionalidade e consubstancialidade/- coextensividade - não são de todo inconciliáveis e ainda que adotemos a interseccionalidade, consideramos fundamental a análise sobre a divisão sexual do trabalho e das relações sociais, não somente as identidades, como elementos que atravessam a experiência transexual produzindo desigualdades.

Por fim, é importante enfatizar que as três perspectivas têm em comum a crítica à sociedade patriarcal, racista e capitalista e embora por caminhos e estratégias diferentes, apontam para a transformação dessa sociedade para outra mais igualitária e sem opressões.

No próximo capítulo, apresentaremos o processo de constituição da política

pública de saúde no Brasil, seus aspectos históricos, políticos e econômicos e estruturação.

4 A POLÍTICA DE SAÚDE E A TRANSEXUALIDADE

4.1 Política de saúde pública no Brasil

Desde já é importante enfatizar que somente a partir da Constituição Federal de 1988 a saúde se constitui dever do Estado e direito de todos e todas, tendo como pressuposto o conceito ampliado, defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB).

Esse processo foi marcado por uma dinâmica de embates, avanços e recuos. Dessa forma, consideramos fundamental contextualizá-lo, mesmo que brevemente, localizando seus determinantes históricos para assim compreendermos a constituição da política de saúde e suas configurações na atualidade.

Polignano (2001) afirma que para realizar uma análise a respeito da saúde no país, três premissas são importantes: a) a constituição das políticas de saúde está vinculada diretamente ao desenvolvimento político-social e econômico da sociedade brasileira; b) esse processo obedece à lógica do avanço do capitalismo; e c) o Estado brasileiro historicamente tem deixado a saúde na periferia do sistema (POLIGNANO, 2001, p. 1-2).

No artigo intitulado “O SUS e a Organização dos Serviços Públicos de Saúde”, Eliziane de Queiróz Gomes de forma bastante didática apresenta dois modelos principais na organização dos serviços de saúde, a saber: o modelo Sanitarista/Campanhista e o modelo médico Assistencial/Privatista com suas formas de organização. Consideramos interessante apresentá-los, tendo em vista que no decorrer das discussões em torno do panorama que será analisado nesta seção, tais modelos permearão nossas análises.

Vejamos o que Gomes destaca em relação ao modelo Sanitarista/Campanhista:

O Modelo Sanitarista/Campanhista se desenvolveu numa conjuntura onde o desequilíbrio do crescimento econômico capitalista e a rápida urbanização fizeram com que o Estado se ocupasse dos problemas coletivos de saúde como as epidemias, endemias e controle do espaço urbano (GOMES, 2010, p. 90).

A autora segue elencando algumas características desse modelo inspirado no militarismo e intervenção repressora, quais sejam: a execução centralizada,

verticalizada, focava em problemas ligados aos interesses econômicos agroexportadores.

Em relação ao modelo médico Assistencial/Privatista a autora o situa a partir da instituição das Caixas de Aposentadorias e Pensões, Institutos de Aposentadorias e Pensões e o Instituto Nacional da Previdência Social. Recorrendo a Mendes (1994), a autora traz a seguinte reflexão:

O modelo médico assistencial privatista teve em sua base um tripé onde: o Estado era o grande financiador do sistema e prestador de serviços à população não integrada economicamente; o setor privado nacional era o prestador de serviços de assistência médica e o setor privado internacional era o prestador de insumos (equipamentos biomédicos e medicamentos) (MENDES, 1994 *Apud* GOMES, 2010).

Gomes relata que esse sistema estava dividido em 03 (três) subsistemas, quais sejam: estadual, hegemônico privado e de atenção médica supletiva. Além disso, a autora menciona que, a partir da década de 1960 paralelo ao modelo médico assistencial privatista, surge o modelo de medicina comunitária – os frutos dessa experiência marcaram o movimento sanitário, como forma de oposição aos sistemas em vigor até então (GOMES, 2010, p. 91).

Entretanto, iniciamos essa contextualização pela década de 1920 por sua dimensão histórica, bem como pelo marco que representou com a reforma Carlos Chagas, conforme mencionada por Bravo (2009)

A Saúde Pública, na década de 1920, adquire novo relevo no discurso do poder. Há tentativas de extensão dos seus serviços por todo o país. A reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo-se uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes, a partir de 1922 (BRAVO, 2009, p. 90 - grifo original).

Nota-se que a saúde emerge como questão social aliada às transformações econômicas e políticas. A Reforma, dentre outros pontos, utilizou o modelo “campanhista”, bem como introduziu a propaganda e educação sanitária como uma técnica rotineira, com base em um modelo higienista e saúde do trabalhador.

Assim, em 1923 é promulgada a lei Eloy Chaves, instituindo as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Com financiamento oriundo da União, empresas empregadoras e empregados.

O marco da previdência social no Brasil, segundo Barbosa (2007, p. 39) foi a promulgação da lei Eloy Chaves em 1923. Para a autora essa legislação refletiu as características do desenvolvimento capitalista daquele período, centrado numa economia agroexportadora para aqueles serviços públicos tão essenciais, tanto que as primeiras categorias a utilizarem as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) foram os trabalhadores da estrada de ferro e posteriormente os marítimos e portuários.

Embora Barbosa (Ibidem) análise que a estrutura desse sistema sejam frágil e tenham pouca abrangência, essas categorias só conquistaram tal direito porque estavam mais organizadas politicamente. Entretanto, vale salientar que a resposta dada pelo Estado além de não atender completamente aos anseios dos trabalhadores, se deu de forma autoritária e coercitiva, tanto é que durante a primeira crise financeira e administrativa do sistema em 1930 o Presidente Getúlio Vargas suspendeu por 06 (seis) meses todas as aposentadorias. Para ela:

Vemos assim, que o projeto previdenciário do governo Vargas está articulado a uma série de medidas sociais e trabalhistas, que integram sua estratégia de política estatal e sua proposta nacional e desenvolvimentista. Buscava-se manter a ordem, sem hostilizar o capital e transformando os trabalhadores numa força orgânica de cooperação com o Estado. [...] (BARBOSA, 2007, p. 40).

Por fim, a autora considera um momento de reestruturação da Previdência quando em 1933 foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

Outro importante marco na política de saúde foi a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, também em 1933. Entretanto, conforme apontamentos de Behring e Boschetti (2009, p.106-107) não existia um formato de política pública, em consequência ações eram pontuais e fragmentadas, realizadas por intermédio de campanhas sanitárias com uma visão higienista e focalizada.

Entre os anos de 1945 a 1950 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) cujo objetivo seria eliminar doenças parasitárias e infecciosas, mas não logrou êxito. Em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A respeito desse período, Bravo (2009) afirma:

A medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966 (BRAVO, 2009, p. 93-94).

O acesso aos serviços de saúde estava condicionado à venda da força de trabalho (lógica rompida apenas após a promulgação da Constituição Federal de 1988). Portanto, tinha direito aos serviços de saúde, apenas aquelas pessoas com vínculo empregatício, devidamente comprovado em Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) – Carteira Profissional – E, também aqueles/as que constassem, na condição de dependentes, na referida CTPS.

Assim, trabalhadores rurais estavam excluídos, sendo gradativamente incluídos a partir da década de 1970 com a criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRO- RURAL). Esse programa disponibilizava recursos para o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL).

Em 1974 o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) foi criado. Nesse período, de acordo com Bravo (2009) uma forte tensão se instalou e a política de saúde enfrentou uma crise. Nos termos da autora ocorre uma forte tensão entre os serviços de saúde ofertados, a questão da disponibilidade de recursos, aliados à conexão entre interesses dos setores estatal e empresarial e, principalmente, pela emergência do movimento sanitário e sua luta por saúde.

Correia (2009) assinala a importância do Movimento Sanitário ao discorrer a respeito do Controle Social na Saúde ressaltando o pioneirismo da área da saúde. Para a autora:

A área da saúde foi pioneira neste processo devido a efervescência política que a caracterizou desde o final da década de 70 e a organização do Movimento da Reforma Sanitária Brasileiro que congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a ditadura com vistas a mudança do modelo 'médico-assistencial privatista' para um Sistema Nacional de Saúde Universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade [...] (CORREIA, 2009, p. 111-112).

Notadamente, articulado a outros movimentos sociais, esse movimento defendia tanto o conceito ampliado de saúde quanto a luta pela democracia. Também ao discorrer sobre a relevância do Movimento da Reforma Sanitária Brasileiro, Santos (2012)

O movimento contribuiu para a concepção ampliada de saúde, garantido na Constituição Federal de 1988, aliado também a luta pela democracia e participação social, questionando inclusive o modelo centralizado e burocrático (funcionalista, estruturalista, verticalizado) na formulação e principalmente gestão das políticas públicas, que foi o padrão durante

décadas anteriores (SANTOS, 2012, p. 30).

Conforme apontam diversos autores, o Brasil entra, de forma lenta e progressiva, em processo de democratização. Mota (1995) ao discorrer sobre a cultura da crise que se apresenta na realidade brasileira durante as décadas de 1980/1990, relacionando-a com a seguridade social, e observa:

É incontestável que, a partir dos anos 80, a sociedade brasileira, ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política, superando o regime ditatorial instaurado em 1964, também experimentou uma profunda e prolongada econômica, que persiste até os dias atuais (MOTA, 1995, p.99).

Nesse cenário de agudização da questão social, com um quadro de superinflação, desemprego e aprofundamento das desigualdades sociais, tem-se marcadamente a pressão dos movimentos sociais. Como exemplo, temos a relevante participação da sociedade civil na VII Conferência Nacional, conforme assinala Correia (2009)

O movimento da Reforma Sanitária com a proposta do Sistema Único de Saúde como alternativa do Sistema de Saúde em vigor foi legitimado em nível nacional na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Nesta Conferência houve ampla participação dos setores organizados na sociedade civil que, pela primeira vez, tinham uma presença efetiva, não existente nas Conferências Nacionais de Saúde anteriores (CORREIA, 2009, p. 124).

A VII Conferência Nacional de Saúde, nestes termos, constitui um marco importantíssimo, no que diz respeito à participação da Sociedade Civil e demais movimentos sociais. As autoras Silva; Medeiros e Oliveira (2020) ao discorrerem acerca da importância dessa conferência, destacando a relevância dos debates ocorridos e, além da participação da sociedade civil, elencam a presença maciça de trabalhadores da saúde, usuários e usuárias dos serviços, dos representantes das universidades, partidos políticos, dentre outros. As autoras mencionam algumas das deliberações da VII Conferência Nacional, conforme se lê:

proposta de construção de um novo Sistema Nacional de Saúde, surgindo posteriormente o Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado através da Constituição Federal de 1988, definido como de relevância pública, sendo regulamentado através da Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, e da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Nesse contexto, o SUS é compreendido como um sistema plural de saúde cujas ações e serviços estão sob gestão pública, atua em todo o território nacional e está organizado em redes, de forma regionalizada e hierarquizada, com direção única em cada esfera de governo (SILVA; MEDEIROS; OLIVEIRA, 2020, p.47-48).

Destarte as discussões ocorridas na VII Conferência apontavam para a defesa do conceito ampliado de saúde, mas também no quesito da gestão democrática, que previa a participação e controle social bem como da construção de um Novo Sistema de Saúde o qual desemboca no Sistema Único de Saúde (SUS). A reflexão a seguir, buscará o teor da seguridade brasileira em sua relação com a política de saúde.

4.2 A seguridade social brasileira: um conceito presente na constituição federal de 1988 e seus rebatimentos na política de saúde

Pereira (2009), ao discorrer sobre a saúde no sistema de Seguridade Social brasileiro, assinala elementos substanciais sobre o significado da inserção desse conceito, a partir da Constituição Federal de 1988, conforme a seguir:

Registre-se inicialmente, que a Constituição Federal de 1988 introduziu significativos avanços no reordenamento legal brasileiro, ampliando direitos e corrigindo iniquidades. Tais avanços tiveram particular relevância no âmbito da Seguridade Social – um conceito até então ausente na legislação e na experiência nacionais de proteção pública (PEREIRA, 2009, p. 34).

A autora, ao refletir sobre a relevante conquista e as possibilidades de avanços em decorrência da menção de um conceito até então ausente no contexto nacional, aponta também os desafios postos.

Notadamente Pereira (Ibidem) considera a política pública como espaço ou arena de conflitos. Pois, logo após afirmar sobre possibilidades que tais disposições constitucionais, pondera e reflete sobre o fato de tais dispositivos não serem autoaplicáveis. Para a autora, essa estratégia utilizada pelos legisladores constituintes, tinha a finalidade de adiar certas definições políticas e também abriu brechas para que o Poder Executivo se eximisse em relação à integralização e efetivação daquilo que estava posto (PEREIRA, 2009, p. 34-38).

Vale salientar que a Seguridade Social brasileira é híbrida, ou seja, incorpora elementos de dois modelos distintos, (bismarckiano e beveridgiano). Desse

modo, a saúde pública alcança o patamar de garantir direito de acesso para todas e todos como dever do Estado, a política de assistência social é direito, mas deve ser acessada por quem dela necessitar, porém a previdência social é contributiva.

Silva (2010) afirma que Seguridade Social é Relação Social e “constitui um locus privilegiado de processamento e mediação das contradições relacionadas às formas de geração, apropriação e distribuição de riquezas” (SILVA, 2010, p.138).

De acordo com as ponderações do autor, os direitos sociais, apesar de se constituem o resultado da organização da classe trabalhadora, quando o Estado formaliza tais direitos, se constituem instrumentos de coerção e visam desmobilizar os anseios desta classe trabalhadora, sob a lógica capitalista.

Os direitos sociais estão elencados no Artigo 6º da Constituição Federal de 1988[1]. Vejamos o disposto:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. Parágrafo único. Todo brasileiro em situação de vulnerabilidade social terá direito a uma renda básica familiar, garantida pelo poder público em programa permanente de transferência de renda, cujas normas e requisitos de acesso serão determinados em lei, observada a legislação fiscal e orçamentária (BRASIL, 1988. grifo nosso).

É perceptível que os direitos sociais elencados no Artigo acima, além de se apresentarem de forma articulada, representam o conceito da Seguridade Social de maneira mais ampliada e abrangente.

O Artigo 194º, além de definir, juridicamente a Seguridade Social, para além das ações do Poder Público, situa a Sociedade, elenca 03 políticas, a saber: Saúde; Previdência e assistência social, como podemos ler:

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.
Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:
I - Universalidade da cobertura e do atendimento;
II - Uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
III - Seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
IV - Irredutibilidade do valor dos benefícios;
V - Equidade na forma de participação no custeio;
VI - Diversidade da base de financiamento, identificando-se, em rubricas contábeis específicas para cada área, as receitas e as despesas vinculadas a ações de saúde, previdência e assistência social, preservado o caráter

contributivo da previdência social;

VII- Caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (BRASIL, 1988).

É notório que o texto do Artigo visa ilustrar que para se efetivar, a Seguridade Social, deverá contar com a participação da sociedade. A questão do financiamento da Seguridade Social é tratada no Artigo a seguir:

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais [...] (BRASIL, 1988).

Os artigos (194º e 195º) acima mencionados, integrantes do capítulo da Seguridade Social, incorporam o conceito defendido pelo MRSB, presente nas discussões da VII Conferência Nacional de Saúde, também estão bem presentes na Lei do SUS: a) universalidade da cobertura e do atendimento; b) uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; c) equidade na forma de participação no custeio; c) diversidade da base de financiamento e; caráter democrático e descentralizado da administração, com participação dos trabalhadores/as, empregadores/as, aposentados/as, do governo nos órgãos colegiados.

Entretanto, conforme veremos adiante, no que pese a saúde compor a Seguridade Social, assim estabelecido pela CFB, esta acabou se desenvolvendo apartada das outras políticas que formam o sistema de seguridade brasileiro e mais que isso, em sua trajetória não correspondeu integralmente aos anseios do MRSB.

4.3 O Sistema Único de Saúde (SUS) em processo de construção a partir da Constituição Federal de 1988

Diversos Artigos da Constituição mencionam a Saúde, porém de forma específica, para análise em questão, nos debruçaremos sobre os Artigos 196; 197; 198; 199 e 200. Iniciemos pelo Artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Artigo 196)..

É fato que o referido Artigo apresenta o conceito ampliado de saúde, em conformidade com o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) que se contrapõe a lógica burguesa que busca transformar direito em mercadoria.

O Artigo seguinte (197º) caracteriza a saúde como sendo de relevância pública, dispõe sobre as responsabilidades do Poder Público como regulamentador, fiscalizador e para exercer o controle social e de execução, podendo esta ser realizada diretamente ou por meio de terceiros, bem como pessoa física, jurídica e do direito privado.

O Artigo 198º faz menção dos princípios organizativos constituem o Sistema Único, quais sejam: regionalização; hierarquização; descentralização; e a participação da comunidade, conforme se observa:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - Participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Assim, de forma mais abrangente, é possível afirmar que a saúde é o resultado das condições de acesso que a pessoa teve em diversos âmbitos, dentre os quais, elencamos: alimentação; moradia; educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Além de se constituir o resultado das formas organização social da produção.

O artigo 199º vai tratar sobre a assistência à saúde realizada pela iniciativa privada, em seguida o artigo 200º dispõe sobre as competências do Sistema Único de Saúde, conforme se lê:

Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- I - Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e

tecnológico;

VI - Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Ao analisar o artigo acima descrito, é possível perceber os contornos que o SUS deverá adotar, uma vez que perpassa diversas áreas, políticas sociais e, principalmente, os rebatimentos positivos dessas ações para a população. Nesse sentido, é imprescindível perceber que a saúde perpassa por todas essas áreas de forma que as políticas sociais precisam estar articuladas para uma real promoção da saúde. A seguir, detalhes a respeito da Lei Orgânica da Saúde.

4.4 Breves considerações sobre a lei orgânica da saúde

Ivanete Boschetti (2004) ao assinalar os limites e alcance da Seguridade Social brasileira traz apontamentos muito relevantes em relação ao desmantelamento que a política de saúde vem sofrendo. Em suas palavras:

Além dos limites intrínsecos ao modelo constitucionalmente estabelecido, a seguridade social vem sofrendo um processo contínuo de desmantelamento desde sua criação. No âmbito da Saúde, apesar do avanço que significou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), este está sofrendo um processo de dilapidação, e a baixa qualidade dos serviços cria uma opinião favorável à redução e até extinção da saúde pública e universal. Por sua vez, a regulamentação dos planos privados de saúde, em franca expansão, por sua vez, esvazia o SUS, onera os usuários, mercantiliza a saúde e favorece os empresários do setor (BOSCHETTI, 2004, p.116).

Desse modo, a autora observa que o processo denominado de dilapidação, além de criar um ambiente desfavorável em meio a opinião pública (por meio da oferta de serviços de baixa qualidade), visa estimular a mercantilização da saúde.

Bravo (2009) afirma que nos anos 1990, apesar dos avanços contidos no texto constitucional, o grande capital e grupos dirigentes o atacaram fortemente. Dentre os rebatimentos, cita o agendamento da Reforma Previdenciária, cujo objetivo, para a autora, seria “desmontar a proposta de Seguridade Social contida na Constituição Federal de 1988”. A respeito do SUS, a autora constata que se verificou a omissão do governo federal diante dos descumprimentos dos dispositivos constitucionais e legais (BRAVO, 2009, p. 99-100).

Ao fazer uma análise dos 30 anos do SUS, Paim (2018) aponta elementos que Bravo o fizera décadas anteriores, como por exemplo, a questão da omissão do Estado, porém adensa a discussão elencando as questões relacionadas ao clientelismo; precarização no mundo do trabalho; burocratização e descontinuidade administrativa, dentre outros elementos. Em relação aos constantes ataques no que diz respeito ao financiamento – esse autor classifica e boicote passivo:

Com insuficientes recursos o SUS enfrenta problemas na manutenção da rede de serviços e na remuneração de seus trabalhadores, limitando os investimentos para a ampliação da infraestrutura pública. Diante dessa realidade, a decisão de compra de serviços no setor privado torna-se fortalecida e a ideologia da privatização é reforçada. Prevalece, assim, um boicote passivo através do subfinanciamento público e ganha força um boicote ativo, quando o Estado premia, reconhece e privilegia o setor privado com subsídios, desonerações e sub-regulação (PAIM, 2018, p. 1725).

Nesse registro enfatizamos um de seus apontamentos quando se verifica a reprodução do modelo médico hegemônico – de estímulo ao setor privado, indo de encontro ao que está posto na Constituição Federal de 1988, uma vez que a Saúde é direito de todos e dever do Estado.

4.5 Apontamentos acerca do avanço do neoliberalismo no Brasil e seus reflexos na área da saúde

As autoras Behring e Boschetti (2009) salientam que, em plena crise estrutural do capital que se apresenta em declínio, o processo de reforma do Estado brasileiro, começa a ser delineado a partir de meados da década de 1970. Sob a fundamentação do neoliberalismo, no final dos anos 1980 avança e se agudiza a partir da década de 1990. Na pauta constavam os seguintes objetivos: privatizar, promover a retração do papel do Estado com os gastos com o social e, principalmente, a ampliação do livre comércio.

Em meio ao cenário crescente do projeto societário neoliberal no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído através da Lei N^o 8.080 de 19 de setembro de 1990. Considerada a Lei Orgânica da Saúde, disciplina e organiza as ações e serviços de saúde, em todo o território nacional.

Tais serviços podem ser executados em conjunto ou de forma isolada, em caráter permanente ou eventual e, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou

Privado, conforme explicitado no primeiro artigo da disposição preliminar. (BRASIL, 1990, Artigo 1º). Nas disposições gerais, a lei reitera a concepção ampliada de saúde como dever do Estado e direito fundamental do ser humano, além de elencar a necessidade de ofertar políticas econômicas e sociais e a questão do acesso universal e igualitário. Conforme se pode ler no Artigo 3º que dispõe:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990).

Ao analisar a Lei Nº 8.080/90 se observa que o SUS inova ao apontar conceitos singulares, tais como os determinantes e condicionantes sociais, os quais foram bastante difundidos e colocados em ênfase no evento histórico da Conferência de Alma-Ata, ocorrida no final dos anos de 1970. Representa um marco histórico no processo de construção da saúde como direito das pessoas e dever do Estado. Nesse trâmite, os objetivos do SUS estão dispostos no artigo 5º conforme lemos:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (BRASIL, 1990, Art. 5º).

Vale a pena ressaltar que entre os objetivos destacados, a menção sobre a necessidade de identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, bem como a ênfase para as ações em saúde, realizadas de forma integrada, que estão delineados neste artigo.

Já os princípios e diretrizes do SUS podem ser divididos em: Doutrinários, quais sejam: Universalidade; Equidade e Integralidade. E, os Organizativos: Regionalização; Hierarquização; Descentralização; Controle Social.

O princípio da Integralidade supera a ideia da saúde somente como ausência de doença, abrangendo um conjunto de ações que proporcionem qualidade de vida e bem estar nos diversos aspectos da vida humana. Além disso, o referido princípio, traz à

reflexão que o SUS e suas especialidades técnicas, metodológicas e operacionais, precisam estar preparados para atender o sujeito em perspectiva integral, isto é, em todos os níveis de complexidade e com isso, materializar a justiça social. Inclusive sem haver qualquer distinção, seja de gênero, racial, por condição de vulnerabilidade econômica e/ou social ou quaisquer outros tipos de discriminação. Dentre os princípios organizativos destaca-se a adoção do critério descentralizar e hierarquizar a organização da oferta dos serviços de saúde no SUS, vejamos o que preconiza o Artigo 8º:

Art. 8º. As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (BRASIL, 1990).

Em relação à descentralização como diretriz do SUS, consideramos um avanço, tendo em vista viabilizar autonomia local, ao mesmo tempo que se constitui como um desafio para as gestões municipais. Quanto a oferta regionalizada, a saúde toma por base os dados territoriais. E, a hierarquização diz respeito à possibilidade de organizar a saúde em níveis de atenção, articulando-se por meio de um sistema de referência e contrarreferência de usuários e de trânsito de informações.

Apesar de constar a gestão democrática com participação da comunidade, inclusive prevendo a criação das comissões (bipartite e tripartite), se fez necessária uma lei que disciplinasse em torno do controle social, assim em 28 de dezembro de 1990 foi instituída a Lei N° 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Em relação à gestão do trabalho no SUS, com intenção de alcançar seus objetivos, foram instituídas Normas Operacionais Básicas que – instrumentos normativos que operacionalizaram os preceitos que regiam o SUS. Na década de 1990 foram editadas em 1991; 1993 e 1996.

4.6 Os anos 2000 e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

A Política Nacional de Promoção da Saúde foi instituída pela Portaria N° 687, de 30 de março de 2006. Entre 2013 e 2014 passou por uma revisão, sendo redefinida, com seus termos publicados por meio da Portaria N° 2446, de 11 de novembro de 2014. Em 2017, novamente passou por revisão e o texto atual que

consolida as normas da referida política se dá por intermédio da Portaria de Consolidação N° 02 de 28 de setembro de 2017.

A PNPS traz, em sua essência, a necessidade de estabelecer relação com as demais políticas públicas conquistadas pela população, incluindo aquelas do setor Saúde, tais como: a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan), a Política Nacional de Educação.

Popular em Saúde (Pnep-SUS), a Política Nacional de Humanização (Humaniza- SUS), a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, a Política Nacional de Atenção às Urgências, e as Políticas Nacionais de Saúde Integral de Populações Específicas, como as da população negra e da população LGBTQIA+ (BRASIL, 2018, p. 8-9).

Conforme o texto oficial, a PNPS apresenta, enquanto dinâmica primeira a relação com as demais políticas públicas, especificamente as dos setores ligados à Saúde, coadunando com o Artigo 2º da Portaria. Afinal, a promoção da saúde perpassa o arcabouço teórico e técnico dos serviços inerentes, considerando sua base em perspectiva ampliada e no conjunto de estratégias para produzir e materializar a saúde.

De outra maneira, seus objetivos dialogam expressivamente com um fazer articulado, inclusive com as demais redes de proteção social. Pois, destaca a equidade, integralidade, o desenvolvimento de ambientes saudáveis e, a promoção do empoderamento e capacidade para tomada de decisão, como ferramentas centrais do que pretende alcançar nos territórios (DIAS et al., 2018).

Portanto, não parece viável promover a saúde no âmbito da vida humana, ampliar a potencialidade da saúde individual e coletiva, sem a participação e controle social. Considerando, também, que a saúde está relacionada aos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais, para intervir frente às vulnerabilidades e riscos, faz-se necessário, construir parcerias inter e intrassetorial, além de responsabilidades compartilhadas.

Noutro aspecto, efetivar a Política de Promoção da Saúde requer, tanto o vínculo com programas e projetos da saúde em seu caráter abrangente, quanto a superação dos limites contornados por àquele setor. Isso é fundamentado na letra da PNPS com valores caracterizados pelo respeito às diversidades, o qual reconhece e explicita as diferenças territoriais e as diferenças entre sujeitos e coletivos.

Abrangendo, portanto, as diversidades étnicas, etárias, de gênero, de orientação sexual, as quais interferem de alguma maneira nas condições de saúde e na

vida das pessoas. A humanização, justiça e inclusão social, também são valores inseridos no constructo daquela política, fomentando a valorização da dignidade humana, maior oportunidade de desenvolvimento às classes vulneráveis e a garantia de acesso aos benefícios da vida em sociedade, visando reduzir as desigualdades (BRASIL, 2018).

Nessa perspectiva, os princípios norteadores adotam a participação social, autonomia, intersetorialidade e intrasetorialidade. Dessa maneira, pretendem integrar a visão de diferentes atores e grupos na identificação de demandas e no planejamento, execução e avaliação das intervenções.

Por consequência, reconhecer as potencialidades e desenvolver as capacidades dos sujeitos, de modo que possam fazer escolhas conscientes sobre suas ações e trajetórias. Dessa maneira, é essencial articular os saberes e experiências, realizar construções compartilhadas, criar vínculos e corresponsabilidades, para assim, viabilizar a promoção da saúde. Torna-se inviável executar seus objetivos, sem haver a formação de relações inter e intrasetoriais e de redes cooperativas (BRASIL, 2018).

Considerando esses aspectos, Dias *et al.* (2018) mencionam que as interfaces da PNPS se complementam aos demais serviços e políticas das Redes de Atenção à Saúde e de Proteção Social. Não à toa, a Política de Promoção da Saúde ressalta os temas transversais, enquanto referência para formular a agenda de promoção da saúde e, construir estratégias operacionais e temas prioritários. Com alinhamento constante aos princípios e valores do Sistema Único de Saúde e da PNPS.

Sendo assim, afirma-se que promover saúde ultrapassa a lógica institucional e centralizada, devendo fortalecer o diálogo junto à gama subjetiva dos sujeitos constituintes do todo social, incluindo do ambiente. E, em seguida, articular-se aos setores com aparato pertinente à resolução da demanda, identificando em caráter contínuo, a necessidade de novas articulações. Com isso, efetivar a assistência integral dos serviços em cada locus.

Não obstante, o SUS apreende a regionalização como estratégia relevante para alcançar o objetivo de melhorar as condições de vida e de saúde das pessoas. Nesses termos, a Política de Promoção da Saúde, reconhece a territorialização e regionalização enquanto eixos operacionais para concretizar suas ações e descentralizar os serviços. E, dessa maneira, estimular intervenções inovadoras e socialmente inclusivas, além de fortalecer as regiões de saúde e a corresponsabilidade municipal.

Nota-se que a PNPS está normativamente consolidada, o que significa um

avanço no desenvolvimento da política de saúde no Estado brasileiro. Todavia, são os desdobramentos práticos que têm papel propulsor de mudanças quanto à redução dos riscos vinculados aos determinantes sociais e, na construção de ambientes de vida saudáveis.

Frente a isso, a sociedade deve manter acompanhamento vigilante para assegurar a concretude das ações e serviços de promoção sanitária, principalmente, porque o delineamento da Política de Promoção da Saúde perpassa as outras políticas do setor saúde e da proteção social. O item a seguir abordará a incorporação da população trans na política de saúde do estado do Ceará.

5 A INCORPORAÇÃO DA POPULAÇÃO TRANS NA POLÍTICA DE SAÚDE NO CEARÁ

Neste capítulo detalharemos sobre o objeto de estudo desta dissertação, qual seja: a incorporação das pessoas transexuais na Política de Saúde do Ceará, conforme anunciado anteriormente na metodologia.

5.1 A política estadual de saúde no Ceará

A política de saúde no Ceará efetiva-se através de uma rede regionalizada e hierarquizada, disseminando ações e serviços públicos (e/ou privados) alicerçados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, descritos nas Leis nº 8080/1990 e nº 8142/1990. Além da regulamentação pela Carta Constitucional de 1988, desmembrando-se logo mais, naquelas leis, na Norma Operacional Básica nº 01/1993 e demais legislações atinentes. É importante ressaltar que a regionalização traz na sua base, a perspectiva descentralizadora dos serviços (BRASIL, 1990).

Desse modo, o estado cearense divide sua expansão político-administrativa em superintendências e Áreas Descentralizadas de Saúde, compondo atualmente, cinco Superintendências Regionais de Saúde e 22 áreas descentralizadas, distribuídas dentre as cinco regiões. A capital Fortaleza compõe uma das superintendências, integrando assim, o conjunto de serviços instalados em diferentes espaços territoriais, com objetivo de promover a equidade e integralidade, para todo cidadão ter acesso à resolução de suas necessidades em tempo oportuno (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, 2022).

A instituição responsável por gerir àqueles serviços e seus processos de trabalho, é a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA). Sediada na capital Fortaleza, é regulamentada pela Lei nº 5427/1961, alterada e redefinida pela Lei nº 13875/2007 e Decreto nº 30595/2011, com caráter de Administração Direta Estadual, regimentação própria e normas internas, além das legislaturas pertinentes a sua esfera executiva (SESA/CEARÁ, 2022).

O objetivo é coordenar, gerenciar e avaliar o Sistema Único de Saúde no âmbito estadual, disponibilizando suporte aos municípios para executar o planejamento em saúde a nível local e a nível regional. Ainda, atua em diálogo com as políticas

sociais e econômicas para promover a viabilidade do acesso à saúde, de forma universal e igualitária. Portanto, reúne esforços para integrar a atenção à saúde básica, de média e alta complexidade (SESA/CEARÁ, 2022).

Nos últimos anos, vêm trabalhando para ampliar e fortalecer a assistência prestada, principalmente, em função da contaminação por SARS-CoV, o qual instaurou a pandemia a partir de 2019. Diante dos diversos serviços sanitários, pré-existentes, houve a necessidade de adaptar as instituições e equipes profissionais, tanto para dar continuidade ao acolhimento das demandas do estado, quanto acolher as demandas referentes ao vírus pandêmico, com fomento a práticas humanizadas e de educação em saúde (GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, 2022). Contudo, o papel da SESA é integrar e organizar as ações e serviços da rede regionalizada e hierarquizada em saúde, através da avaliação e fiscalização dos processos de trabalho, definição de responsabilidades, indicadores e metas, operação de sistemas de regulação de pacientes, para assim, promover de forma assistida a oferta, ampliação e acompanhamento do trabalho, associado aos protocolos de referência e contrarreferência.

A partir daí, o Ceará representado pela Secretaria de Saúde Estadual, aliou-se aos municípios para construir um modelo de assistência sanitária, com base na divisão em Regiões de Saúde. Em outras palavras, tem como finalidade a integração e organização das ações e serviços disponíveis na, definindo, como já mencionado, ações serem cumpridos. Além de elementos de avaliação, controle e fiscalização para implementar e efetivar os serviços e ações sanitárias nos devidos territórios (BRASIL, 2011).

Levando em conta esses aspectos, o Ceará então adotou as medidas supracitadas, com o objetivo de promover à população o direito e serviços em saúde de maneira digna e mais satisfatória possível, buscando a superação das adversidades e vulnerabilidades apresentadas. Dando prosseguimento, situaremos o movimento LGBTQIA+ em suas demandas.

5.2 Movimento LGBTQIA+: trajetória, demandas e políticas

Conforme vimos anteriormente, o movimento LGBTQIA + brasileiro tem longa trajetória de organização e luta por reconhecimento, cidadania e direitos, constituindo uma agenda própria de demandas embora ainda muito centrada na problemática da epidemia de HIV/AIDS, pelo menos até os anos de 1980.

Mello, Avelar, Maroja (2016) afirmam que somente a partir dos anos 2000 há uma ampliação e diversificação dessas demandas para o campo das políticas públicas mais gerais que ocorre no contexto de criação do Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCDD) em 2001, este ligado ao Ministério da Justiça.

Portanto, é nesse período que vamos registrar os principais marcos e avanços referentes aos direitos humanos e às políticas públicas voltadas ao atendimento das demandas do movimento e população LGBTQIA + traduzidas em iniciativas no âmbito do executivo federal. Dentre esses marcos podemos citar o Programa Brasil Sem Homofobia (BSH)¹⁶, criado em 2004, no governo do presidente Lula, sob a responsabilidade da então Secretaria Especial de Humanos e com o objetivo de ampliar a cidadania e direitos da população LGBTQIA + orientado pelos seguintes princípios:

a) A inclusão da perspectiva da não-discriminação por orientação sexual e de promoção dos direitos humanos de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais, nas políticas públicas e estratégias do Governo Federal, a serem implantadas (parcial ou integralmente) por seus diferentes Ministérios e Secretarias. b) A produção de conhecimento para subsidiar a elaboração, implantação e avaliação das políticas públicas voltadas para o combate à violência e à discriminação por orientação sexual, garantindo que o Governo Brasileiro inclua o recorte de orientação sexual e o segmento GLTB em pesquisas nacionais a serem realizadas por instâncias governamentais da administração pública direta e indireta. c) A reafirmação de que a defesa, a garantia e a promoção dos direitos humanos incluem o combate a todas as formas de discriminação e de violência e que, portanto, o combate à homofobia e a promoção dos direitos humanos de homossexuais é um compromisso do Estado e de toda a sociedade brasileira (BRASIL, 2004, p. 11-12)

Esses princípios eram uma síntese da histórica luta do movimento para que o Estado brasileiro reconhecesse as pessoas LGBTQIA + enquanto sujeitos de direitos e nesse sentido assumisse a responsabilidade por promover sua cidadania e acesso às políticas públicas.

Outros marcos importantes refletiam essa mudança na perspectiva do Estado brasileiro da incorporação paulatina da população LGBTQIA + no rol daqueles sujeitos de direitos, com a institucionalização de ações para além daquelas restritas ao enfrentamento da epidemia do HIV/Aids, predominante até então. A realização da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, realizada

¹⁶ Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB (Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais) e de Promoção da Cidadania de Homossexuais. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf

em 2008, cujo objetivo foi propor diretrizes para implementar políticas públicas e um plano nacional de políticas para a população LGBTQIA + reunindo uma diversidade de movimentos e ativistas de todo país; o lançamento do “Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais” (PNPCDH-LGBT) no ano de 2009 com um conjunto de proposições, são parte desse processo (MELLO; AVELAR; MAROJA, 2016).

No Ceará, embora com particularidades, esse processo que envolve organização política, construção de agenda e avanços na institucionalização de políticas públicas e direitos, de modo geral, não foi muito diferente do caminho percorrido pelo movimento em nível nacional. Percebe-se que a trajetória do movimento no estado esteve ligada diretamente a importantes organizações de defesa dos direitos LGBTQIA + a exemplo do Grupo de Resistência Asa Branca (GRAB), Organização Não-Governamental (ONG), surgida nos anos de 1980 com atuação inicialmente voltada para o enfrentamento da disseminação da epidemia do HIV/AIDS, no combate ao preconceito e discriminação ampliando paulatinamente para a luta por políticas públicas, em especial, no campo da saúde. Composta na sua origem majoritariamente por homossexuais, o GRAB a partir dos anos de 1990 começou a incorporar outros sujeitos e diferentes identidades como as travestis e transexuais. Entretanto, algumas travestis passaram a reivindicar a necessidade de auto-organização devido a grande exclusão social que as atingia e a demandas específicas muitas vezes não abarcadas pela pauta mais geral do movimento.

Desse modo, nos anos 2000 constituiu-se, fruto do GRAB, a Associação de Travestis e Mulheres Transexuais do Ceará (ATRAC), protagonizada pela advogada Janaína Dutra, grande referência do movimento que impulsionou a luta das travestis no estado.

Quinze anos depois, surgiu o Fórum Cearense LGBT como espaço de convergência, fortalecimento político e organizativo dos vários movimentos, organizações e coletivos da luta LGBT.

Trilhando esse caminho o movimento LGBTQIA + do Ceará tornou-se sujeito político passando a demandar do Estado diversas reivindicações, particularmente no campo do reconhecimento e direito, políticas públicas na área da saúde, no enfrentamento à discriminação e violência e inserção no mercado de trabalho.

Essas demandas tinham origem nas vivências cotidianas da população LGBTQIA + em nível local, mas também a partir dos debates e reflexões que

aconteciam nos diferentes espaços de articulação nacional.

Particularmente em relação às pessoas trans, identificamos tanto em nível nacional quanto local um histórico conjunto de pautas e demandas gerais, mas também específicas, conforme elencadas por Borsatto (2018)

[...] o fim da violência policial; a regulamentação da prostituição; a tomada de responsabilidade pelo Estado na prevenção e tratamento do HIV/Aids; o direito à livre expressão e o respeito à identidade de gênero e orientação sexual; o direito ao nome social; a defesa pela mudança do nome civil sem a necessidade de realização de processos cirúrgicos; o uso do banheiro adequado à identidade de gênero; a construção de políticas públicas que visem ao acesso e à cidadania da população trans, tais como: saúde, educação, trabalho, assistência social etc.; a oferta de hormonioterapia e das tecnologias transexualizadoras, no âmbito do SUS; a despatologização das identidades trans; e as bandeiras em comum com gays, lésbicas e bissexuais, referentes a união civil, direito a adoção de crianças e adolescentes, combate e criminalização do homofobismo; direito à doação de sangue; e o Projeto de Lei de Identidade de Gênero João W. Nery, que visa à mudança do nome civil para maiores de 18 anos por meio de ato declaratório e ao acesso aos procedimentos cirúrgicos por meio de um Termo de Livre Consentimento (BORSATTO, 2018, p. 81).

Destas demandas específicas, evidenciam-se aquelas voltadas diretamente à área da saúde como: prevenção e tratamento do HIV/Aids, a oferta de hormonioterapia e das tecnologias transexualizadoras, no âmbito do SUS (BORSATTO, 2018), e que se tornam possibilidades a partir do processo de institucionalização de políticas públicas e mudanças e/ou criação de legislações voltadas para essa população.

No contexto cearense o atendimento das demandas da população LGBTQIA + de modo geral e especificamente das pessoas trans pelo Estado é parte, portanto, de um processo mais amplo que teve repercussões em todo território nacional materializado na implementação de ações, programas e políticas também nos estados e município.

Desse modo, o Estado do Ceará, buscou acompanhar o novo ciclo de políticas públicas voltados para a população LGBTQIA+ impulsionado pela permanente luta e pressão dos movimentos. Em 2007, o governo do estado criou uma Assessoria de Políticas Públicas LGBT no âmbito da Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social (STDS), mas que passou por diversas mudanças (IPECE, 2022).

Em 2010 a referida Assessoria alcançou o status de Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para a Promoção LGBT¹⁷, ainda vinculada à STDS. A partir de

¹⁷ Criada pelo Decreto nº 30.202 de 24 de maio de 2010.

2013¹⁸ a passou a integrar a estrutura do Gabinete do Governador e desde 2019 encontra-se ligada à Secretaria da Proteção Social, Justiça, Cidadania, Mulheres e Direitos Humanos (SPS), antiga STDS, com o objetivo de

coordenar a formulação e implementação de políticas públicas para a população LGBTQIA+, promovendo sua disseminação em todo o Estado. A Coordenadoria também monitora, fiscaliza e avalia a execução dessas políticas, além de desenvolver, apoiar e pactuar ações de visibilidade e promoção do calendário oficial do Movimento LGBT+ (IPECE, 2022).

Segundo Relatório produzido pelo Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE)¹⁹ as políticas públicas voltadas à população LGBTQIA+ ganharam força na agenda do Governo do Estado, principalmente a partir de 2010 traduzida em seus planos e programas para “fortalecer o enfrentamento da discriminação e da violência contra esse público e promover a inclusão social dessas pessoas, com políticas direcionadas às áreas da educação, saúde, cultura, esporte, trabalho, moradia, entre outras” (IPECE, 2022, p.3).

Quadro 1 – Síntese com as principais ações do Governo do Ceará relacionadas à população LGBTQIA+

Programa	Tema	Iniciativa voltada ao público LGBTQIA+ (Plano Plurianual - PPA)
Programa de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos	Inclusão Social e Direitos Humanos	Promoção da qualificação integrada; Implantação de serviço de atendimento especializado (psicossociais e orientações jurídicas); Expansão do controle social e fortalecimento das políticas públicas; Expansão de ações para inclusão social e redução da violência.
Programa Inclusão e Equidade na Educação	Educação Básica	Qualificação das propostas pedagógicas e curriculares específicas e diferenciadas
Programa Promoção e Desenvolvimento da Arte e Cultura Cearense	Cultura e Arte	Promoção do fomento, difusão e circulação das iniciativas artísticas e culturais
Segurança Pública Integrada com a Sociedade	Segurança Pública	Expansão da oferta de serviços voltados à preservação dos direitos das pessoas em situação de vulnerabilidade social
Programa Comunicação Institucional	Transparência, Ética e Controle	Apoio a realização de eventos relacionados a temática LGBT
Programa Tutela dos Interesses Sociais e Individuais Indisponíveis	Justiça	Promoção da defesa dos direitos difusos e coletivos

Fonte: IPECE informe / Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE), 2022.

¹⁸ Decreto nº 31.347 de 26 de novembro de 2013.

¹⁹ IPECE informe / Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) / Fortaleza – Ceará: Ipece, 2022.

Observa-se a abrangência das políticas públicas direcionadas à população LGBTQIA+, integrando-se às demais políticas de modo intersetorial e transversal.

No ano de 2017, como resultado das deliberações da III Conferência Estadual LGBT do Ceará²⁰, o governo instituiu o Plano Estadual de Enfrentamento à Lgbtfobia e Promoção dos Direitos Humanos LGBT do Estado do Ceará por meio do Decreto n° 32.188, com a previsão de metas, ações e políticas para o biênio 2017-2018 e cujo objetivo era

Orientar a construção de políticas públicas de inclusão social e de combate às desigualdades para a população LGBT, primando pela intersetorialidade e transversalidade na proposição e implantação dessas políticas, apresentando metas, propondo estratégias de enfrentamento à discriminação e ao preconceito contra LGBT e promovendo os Direitos Humanos no Estado do Ceará (CEARÁ, 2017).

O Plano é composto por áreas temáticas com duas grandes diretrizes, respectivamente, a saber: a) Educação: Inserção da temática LGBT no sistema de educação básica e superior, sob abordagem que promova o respeito e o reconhecimento da diversidade da orientação sexual e identidade de gênero e; b) Políticas Intersetoriais de Participação Popular: “Construir a Rede Intersetorial de Proteção e Promoção da cidadania LGBT e implementar a Política de Saúde Integral da População LGBT, fortalecendo a participação popular nos espaços de controle social” (CEARÁ, 2017). Ao todo, o referido Plano apresenta 17 (dezesete) metas nas áreas correspondentes:

1. Implementar um Programa de Educação não sexista e não discriminatória, de forma articulada com as Instituições de Ensino Superior, públicas e privadas, e com Leis que debatam e reduzam a discriminação e violência contra LGTBs nos espaços educacionais, formais e não-formais, conforme a Lei n° 13.185/2015 (Lei de Combate ao Bullying);
2. Elaborar material didático que considere as diversidades, as orientações sexuais e as identidades de gênero;
3. Inserir na programação das feiras científicas das escolas de rede pública debates em relação à orientação sexual, identidade de gênero e respeito à diversidade humana;
4. Realizar campanhas de chamamento e incentivo à permanência de pessoas trans e travestis no âmbito escolar;
5. Regulamentar, na estrutura organizacional da Secretaria Estadual de Educação, uma instância permanente responsável pela implementação e monitoramento das políticas educacionais voltadas ao enfrentamento da LGTBfobia
6. Elaborar e acompanhar a implementação de diretrizes e orientações para os sistemas de ensino públicos estaduais na implementação e/ou elaboração de políticas e projetos voltados para: o reconhecimento positivo e respeito à diversidade de orientação sexual e identidade de gênero; prevenção e a eliminação da violência sexista e do bullying lesbofóbico, homofóbico,

²⁰ Convocada pelo Decreto n° 31.887, de 01 de fevereiro de 2016.

bifóbico e transfóbico.

7. Elaborar e implementar uma política de formação, que contenha ações pontuais e continuadas dos/as profissionais da educação (professores/as, gestores/as, funcionários, técnicos/as e apoio) da rede pública estadual e conselheiros escolares, acerca da sexualidade, da diversidade de orientação sexual, da identidade de gênero e da promoção da cidadania da população LGBT.

8. Fomentar a participação da população LGBT no Conselho Estadual de Educação através da garantia de assento;

9. Realizar pesquisas para avaliar o grau de LGBTfobia nas escolas públicas do Estado do Ceará, cujos resultados devem ser divulgados e socializados, especialmente junto às redes de educação;

10. Inserir nas instituições educacionais marcadores nos programas de estatísticas (censos escolares/sige) para identificação da população LGBT.

11. Garantir a inserção dos termos relacionados a orientação sexual e identidade de gênero, bem como a garantia do nome social para pessoas travestis e transexuais, nos instrumentais elaborados pelo Estado em todas suas políticas de atendimento;

12. Criação do Ambulatório TT do Estado acordo com a portaria nº 2.803/ 2013 (Ministério da Saúde); garantindo atendimento prévio para pessoas travestis e transexuais referendando no Hospital das Clinicas até sua implantação.

13. Realizar seminários regionais com equipes dos CREAS, CRAS e Conselhos de Direitos, Centros de Referência de defesa e direitos, Defensoria Pública, fortalecendo a rede regional de proteção e defesa da população LGBT.

14. Realizar fóruns e seminários regionais de empoderamento político, em parceria com a sociedade civil organizada, fortalecendo o surgimento de novos movimentos, organizações e sujeitos políticos;

15. Realização de Campanhas de prevenção a IST/Aids e hepatites virais, com foco na população LGBT.

16. Garantir no PPA, LDO e LOA recursos para custeio de programas, projetos, ações, campanhas e outros, voltadas para as políticas públicas da população LGBT;

17. Criação de um selo que reconheça as ações de instituições públicas e privadas que tragam desenvolvimento para a população LGBT do Ceará (CEARÁ, 2016, grifos nossos).

Observamos, contudo, que mesmo o Plano prevendo a implementação de uma Política de Saúde Integral da População LGBT demanda importante no conjunto das reivindicações do movimento, é a Educação a área que concentra maior quantidade de metas, sendo que a saúde, especificamente, identifica-se três metas, dentre as quais, duas são diretamente voltadas à população trans.

Ainda assim, o Plano teve desdobramentos com a inclusão da população LGBTQIA+ nas chamadas Agendas Transversais contidas no Art. 4º da Lei 17.160 de 27 de dezembro de 2019 que dispôs sobre o Plano Plurianual (PPA), período 2020-2023, contemplando iniciativas e metas na área da promoção e qualificação integrada dos direitos e para enfrentamento à LGBTfobia no serviço público do estado, bem como a implantação de serviço de atendimento especializado à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) e outras estratégias.

Especificamente em relação à população trans, o PPA 2020-2023 prevê as seguintes estratégias: a) atendimento das mulheres trans e travestis nas delegacias especializadas da mulher; b) garantia do acesso à justiça; c) implementação do ambulatório do processo transexualizador; d) incentivo ao empreendedorismo, trabalho e renda; e) retificação do nome social e da identidade de gênero nos documentos policiais e; f) promoção da saúde para a população de travestis e de homens e mulheres transexuais (CEARÁ/SEPLAG, 2016, p. 53).

Em dezembro de 2021, o Governo do Estado implantou o “Centro Estadual de Referência LGBT+ Thina Rodrigues” localizado na cidade de Fortaleza, uma conquista importante, visto que a população até então contava apenas com o “Centro de Referência LGBT Janaína Dutra”, implantado pela gestão municipal. No mesmo ano foi criado o Conselho Estadual dos Direitos da População LGBT²¹ uma antiga demanda dos movimentos sociais no Ceará. O CECD/LGBT é vinculado à Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para LGBT, da Secretaria da Proteção Social, Justiça, Cidadania, Mulheres e Direitos Humanos (SPS). Observamos, portanto, que as estratégias e ações acima descritas expressam a progressiva incorporação das demandas da população LGBTQIA no âmbito do governo estadual.

Lembramos, entretanto, que esse processo foi permeado por conflitos e tensões políticas em virtude da presença do conservadorismo, em particular, o religioso, mas que atravessa toda a sociedade e, na prática, se constitui um grande obstáculo ao avanço e efetivação das políticas e dos direitos da população LGBTQIA+. Com a eleição do atual presidente da República em 2019, há um recrudescimento desse conservadorismo na sociedade brasileira repercutindo também no contexto local, em especial no campo do Legislativo Estadual.

Ao mesmo tempo podemos afirmar que apesar das tentativas de imposição de uma agenda conservadora no Ceará principalmente por setores evangélicos o movimento LGBTQIA+ conseguiu minimamente alcançar vitórias importantes, em razão também da orientação política dos governos mais recentes à frente da gestão estadual, comprometidos com as pautas e reivindicações históricas do movimento, resultando no desenho de políticas públicas e outras iniciativas.

Até aqui trilhamos o caminho percorrido pelo movimento LGBTQIA+,

²¹Instituído pelo Decreto no 33.906, de 27 de janeiro de 2021, o Conselho é órgão consultivo e deliberativo composto por representações de entidades do Poder Público Estadual e da sociedade civil.

tanto em nível nacional quanto no Ceará, na sua luta por direitos e políticas públicas. No tópico seguinte buscaremos identificar esse percurso no campo da saúde e, de forma especial, localizando o processo de incorporação da população trans na Política Estadual de Saúde.

5.2.1 A população trans na política estadual de saúde

Vimos anteriormente que a constituição das políticas públicas de saúde voltadas à população LGBTQIA+ esteve atrelada à emergência da epidemia do HIV/AIDS, processo perpassado por preconceitos, discriminações e a irrelevância de outras dimensões e necessidades de saúde. Essa lógica de atenção à saúde da população LGBTQIA+ praticamente foi predominante em todo o país.

Observamos que no Ceará a incorporação das pessoas trans na Política de Saúde, dar-se, inicialmente de forma indireta, diluída nas ações mais gerais voltadas à população LGBTQIA+ e nesse contexto de disseminação do HIV/AIDS. Isto porque as pessoas trans ainda se encontravam numa condição de grande invisibilidade, não havendo, portanto, uma ação específica voltada para elas.

Esse quadro começa a mudar, na medida em que avança a ação do movimento no Estado. Inicialmente, ainda diluído no interior da organização das travestis, representada pela ATRAC e que posteriormente, a medida que avançavam os debates sobre as identidades de gênero, reconhece o protagonismo das pessoas trans que compunham a organização, passando a chamar-se Associação das Travestis e Mulheres Transexuais do Ceará, conforme vimos anteriormente, dando maior visibilidade à identidade trans. Nesse caminho, surgiram outras organizações específicas como a Associação Transmasculina Cearense (ATRANS-CE).

Ao buscarmos informações acerca da saúde da população trans no Ceará acessamos alguns documentos oficiais do Governo do Estado. O documento que trata da Política Estadual de Promoção da Saúde (SESA, 2022) vimos que faz referência à perspectiva de atenção à saúde da população LGBTQIA+, ainda que genericamente referindo-se à orientação sexual. Dentre seus Valores e Princípios identifica-se a

Defesa da inclusão social, como garantia do acesso às ações e serviços do SUS de forma humanizada, da integralidade da saúde e da atenção às especificidades de geração, raça/etnia, gênero e orientação sexual dos grupos populacionais” (SESA, 2022, p. 13).

E em seus objetivos específicos que busca “Promover processos inclusivos que valorizem e gerem maior compreensão e respeito à diversidade (gênero, raça/etnia e orientação sexual) e diferenças geracionais” (SESA, 2022, p. 15).

O Plano Estadual de Saúde (2016-2019), traz no seu Objetivo 4: Fortalecer a Rede de Atenção Especializada Hospitalar e Ambulatorial, a Meta: “Implantar Ambulatório de Atenção a população LGBT em duas Macrorregião de Saúde até 2019” (p.133). Aqui é possível identificar uma demanda específica da população trans, no processo de incorporação dessa população na política de estadual de saúde. Já o Plano Estadual de Saúde (2020-2023) não faz nenhuma menção à população LGBTQIA+ em suas ações, tampouco da população trans.

No Relatório de Ações do Governo Relacionadas ao Público LGBTQIA+ (2022), do Governo do Estado, conforme mencionado anteriormente, identificamos algumas estratégias específicas no âmbito das Agendas Transversais do PPA 2020-2023, voltadas à população trans como: implantação do ambulatório do processo transexualizador e promoção da saúde para a população de travestis e de homens e mulheres transexuais.

As demais ações de saúde contidas no referido Relatório, referem-se àquelas mais gerais, que visam promover a reflexão sobre a saúde da população LGBTQIA+, assim como de sensibilização e capacitações de profissionais para atendimento dessa população, conforme podemos verificar a seguir:

- Realização do “Encontro Estadual de Saúde LGBTQIA+”, pela Secretaria da Saúde do Estado (SESA), por meio da Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde (COPAS), com a temática “Saúde para Todxs”. O intuito da discussão na saúde era sensibilizar e capacitar profissionais e gestores sobre as políticas de atenção à população LGBTQIA+;
- Discussão dos avanços nos serviços de saúde para o público LGBTQIA discutidos no Papo SUS através de lives. Esse é um projeto da Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues (ESP/CE), vinculada à Secretaria da Saúde do Estado (SESA);
- Capacitação, online, de Colaboradores do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (HEMOCE), da rede pública da Secretaria da Saúde do Ceará (SESA), para aprimorar o atendimento a doadores LGBTQI+;
- Capacitação de profissionais para acolhimento de mulheres e comunidade LGBT com HIV através da Escola de Saúde Pública (ESP);
- Lançamento do “Dia Internacional de Combate à LGBTfobia, o Guia de Diversidade – Igualdade no serviço público de saúde do Ceará”. O documento busca conscientizar trabalhadores da Rede SESA para uma assistência mais qualificada e humanizada a pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis, dentre outras orientações sexuais e identidades de gênero (IPECE, 2022, p.14).

Observamos, portanto, uma recente e lenta incorporação da população trans na política estadual de saúde. Ressaltamos, além disso, que as poucas ações existentes, estão praticamente restritas ao Processo Transexualizador, demanda importante, em particular dos homens trans, mas que não expressa a perspectiva de saúde integral.

A esse respeito, o acesso ao serviço transexualizador tem sido uma das principais demandas da população trans no Brasil. O Processo Transexualizador foi regulamentado no âmbito do SUS (Portaria n° 457 de 19 de agosto de 2008) e em 2013 foi revisto e ampliado conforme a Portaria n° 2.803 de 19 de novembro, do Ministério da Saúde e traz as seguintes diretrizes:

- 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 (BRASIL, 2013).

A referida Portaria traz ainda um conjunto de definições e mudanças, dentre as quais destacamos: a) a definição dos/as transexuais e travestis enquanto usuário (a) com demanda para o Processo Transexualizador; b) a atenção básica e terciária como os componentes da linha de cuidado da atenção aos usuários e usuárias; c) as Modalidades Ambulatorial e Hospitalar como Componente Atenção Especializada, para garantir a integralidade do cuidado aos usuários e usuárias; d) A Rede de Atenção a Saúde (RAS) como responsável pela integralidade do cuidado ao transexual e travesti e; e) as Normas de Habilitação para os estabelecimentos em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador; dentre outros (BRASIL, 2013).

Entretanto há um longo caminho a ser percorrido pelas pessoas transexuais que desejam acessar os serviços. No Ceará, o atendimento à saúde da população trans tem início em 2009 no ATASH, funcionando no Hospital de Saúde Mental de Messejana, não se tratando ainda de um serviço específico, por se tratar de atendimento relacionado à sexualidade humana com foco nos chamados transtornos de sexualidade, não disponibilizando o processo transexualizador. Ainda assim, a busca por esse serviço era grande principalmente por homens trans oriundos de vários municípios do estado.

Um aspecto importante a ser ressaltado, é a crítica do movimento acerca do lugar do serviço, por encontrar-se em um hospital psiquiátrico e reivindicavam a retirada desse espaço²². De acordo com o movimento esse fato reforçava a patologização da transexualidade, acionava o ciclo de discriminação e estigma da população trans.

Consideramos esse dado relevante, na medida em que, o lugar do serviço para atendimento às pessoas trans, seguia em sentido contrário à ação da Organização Mundial da Saúde (OMS) que operou mudanças significativas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID 10) que durante quase três décadas, classificou a transexualidade como transtorno mental. Em 2019, a OMS oficializou a revisão da CID 10 e com a CID 11, a transexualidade é excluída do rol de transtornos mentais passando a integrar a lista de “condições relacionadas à saúde sexual” e classificada como “incongruência de gênero”²³ (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

Em 2019, após insistentes pressões do movimento é implantado o Sertrans, ambulatório para o processo transexualizador. Contudo, o novo serviço permaneceu no Hospital Mental, contrariando as expectativas do movimento e que cobrava desde 2017 a abertura do ambulatório²⁴. Ressalte-se, entretanto, que a permanência do ambulatório no referido hospital, terminou por ser aceito pelo movimento por lá encontrarem-se os profissionais já capacitados e com experiência no atendimento.

Em janeiro de 2022, o serviço foi habilitado pelo Ministério da Saúde²⁵. Nesse caso a habilitação é uma condição que identifica se o serviço tem capacidade para desenvolver as funções específicas exigidas \ão aos procedimentos necessários ao processo transexualizador. O SERTRANS foi habilitado na modalidade ambulatorial que

consiste nas ações de âmbito ambulatorial, quais sejam acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia, destinadas

²² <https://www.change.org/p/queremos-que-o-ambulat%C3%B3rio-trans-do-cear%C3%A1-seja-retirado-do-hospital-mental>

²³ Termo refere-se às pessoas que não se identificam com o gênero atribuído ao nascerem. Esse termo também recebe críticas de integrantes do movimento LGBTQIA+ brasileiro por trazer a ideia de desacordo ou inapropriado.

²⁴ <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/metro/ambulatorio-para-pessoas-trans-abre-atendimento-em-messejana-1.2190420>

²⁵ <https://www.ceara.gov.br/tag/visibilidade-trans/> CIR Fortaleza Nº 30/2021 habilitação do Serviço Especializado Ambulatorial no Processo Transexualizador do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto, em Fortaleza/CE.

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 da Portaria nº2.803/2013 (UFSB, 2021, p. 9)..

A habilitação ambulatorial abre caminho para o atendimento em nível hospitalar que permite a realização de cirurgias, uma demanda presente entre parte de mulheres e homens trans que desejam passar pelo processo de redesignação sexual²⁶.

Observamos que, de um modo geral, a incorporação da população trans na política estadual de saúde ainda é bastante incipiente. Ao mesmo tempo, consideramos importantes as conquistas que indicam possibilidades de avanço no processo de construção de uma política de atenção integral a essa população.

A seguir, apresentaremos nossas considerações finais acerca das análises empreendidas neste estudo.

²⁶ Consiste na remodelação dos órgãos sexuais masculinos e femininos de acordo com a identidade de gênero da pessoa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo buscamos entender melhor a questão da transexualidade no âmbito da política estadual de saúde do Ceará. A partir da análise de material oriundo de pesquisa bibliográfica e documental, procuramos conhecer melhor o processo de incorporação da população trans nessa política estadual.

Iniciamos retratando a trajetória dos estudos sobre as relações sociais de gênero e a transexualidade, com foco na perspectiva da interseccionalidade que considera o conjunto das relações sociais - patriarcais de gênero, raça e classe social, na conformação da experiência transexual. Isso sem desconsiderar outros elementos e conceitos fundamentais como a divisão sexual do trabalho, que incide sobre a inserção das pessoas transexuais, em particular, as mulheres trans no mundo do trabalho e, portanto, em suas condições materiais de sobrevivência.

Igualmente buscamos aportes nas contribuições de Judith Butler e suas elaborações no âmbito da teoria Queer, das críticas ao sistema sexo-gênero, portanto, à perspectiva binária de gênero, substanciais à compreensão das identidades transexuais.

Nossos estudos permitiram identificar que a experiência transexual se encontra perpassada por discriminações, por múltiplas violências e negação de direitos decorrente de visões e discursos históricos e socialmente construídos. As noções sobre sexo e gênero, desenvolvidas em diferentes campos de conhecimento, como a medicina, a psicologia e a sociologia, mas igualmente no âmbito dos movimentos feministas e LGBT, constituem o pano de fundo do debate acerca da experiência transexual.

A população transexual reúne um conjunto de sujeitos cujas identidades de gênero e existência, de um modo geral, representam afrontas à sociedade para a qual o sexo biológico deve corresponder, obrigatoriamente, as identidades de gênero e orientações sexuais. Tudo que não corresponde a esse padrão, em particular, os transexuais, é considerado patologia e doença. Nosso estudo buscou refazer a trajetória do movimento LGBTQIA+ em nível nacional e estadual, e nessa trajetória encontrar o lugar das/os transexuais. Ao longo de quase quatro décadas, o movimento luta por reconhecimento e garantia de direitos, contra a discriminação e a violência em razão da sua identidade de gênero e/ou orientação sexual. No início formado majoritariamente por homens, esse movimento, foi aos poucos abrindo-se para outras identidades sexuais e de gênero, a exemplo das lésbicas e das travestis. As pessoas transexuais foram incorporadas ao movimento somente nos anos de 1990 e, nos anos 2000, começam a se

organizar de forma mais autônoma ganhando mais visibilidade com agenda e demandas específicas.

Os anos de 1980 marcou o surgimento do HIV/AIDS no Brasil, e com ele, o recrudescimento da discriminação e do preconceito principalmente com relação aos gays, que passaram a ser diretamente associados à disseminação do vírus. Nesse contexto, a luta pela saúde e a prevenção e enfrentamento ao HIV/AIDS ganhou centralidade na pauta do movimento.

Assim, as primeiras ações de saúde voltadas para essa população tiveram como foco principal o combate e prevenção do HIV/AIDS.

Assim, as primeiras ações de saúde voltadas para essa população tiveram como foco principal o combate e prevenção do HIV/AIDS. Entretanto, o preconceito e a discriminação que caracterizava a dinâmica dos serviços de saúde, provocou um distanciamento da população LGBTQIA+, de um modo geral, desses espaços, mas especialmente das pessoas transexuais e travestis que terminavam por recorrer à automedicação o que as tornavam cada vez mais invisibilizadas pelo Estado e pelas políticas de saúde.

Verificamos, portanto, que foi longa a trajetória até o Estado reconhecer a população LGBTQIA+ como sujeito coletivo de direitos e consequente institucionalização de uma política de saúde integral. Isso demandou um intenso processo de organização do movimento e constituição de uma agenda de demandas nessa área, culminando com importantes conquistas desde a instituição do Plano Nacional de Enfrentamento de AIDS e das DST entre Gays, HSH²⁷ e Travestis (BRASIL, 2008), a definição da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2011) resultado da incidência do movimento nos diversos espaços de participação como as conferências LGBTQIA+ e da Saúde.

O processo organizativo do movimento trans possibilitou a emergência de outras demandas para além do HIV/AIDS, ampliando para o acesso ao processo transexualizador no âmbito do SUS, institucionalizado em 2008 e redefinido e ampliado em 2013.

Nosso estudo recuperou, em parte, essa trajetória da população trans no âmbito da Política Estadual de Saúde do Ceará. Em parte, por conta das dificuldades de

²⁷ Homens que fazem sexo com homens.

informações que nos possibilitasse mais subsídios para o conhecer do caminho percorrido até a atualidade.

Ainda assim, o estudo revelou que a trajetória e as demandas da população trans no Ceará não difere muito do nível nacional, não obstante suas especificidades. De igual modo a vivência da experiência trans é marcada pela invisibilidade, discriminação e violência. Ao mesmo tempo identificou processos de resistência e organização que possibilitaram chegar a um patamar mínimo de direitos e cidadania.

O Ceará viveu um ciclo de políticas públicas voltadas à cidadania LGBTQIA+, em particular, a partir dos anos 2000. O Governo do Estado, a partir de 2010 passou a criar estruturas, planos, programas e ações direcionadas ao enfrentamento da discriminação, além de procurar promover a inclusão social e o acesso aos serviços e demais políticas públicas.

Nesse sentido, em nossas análises destacamos as seguintes ações sobre o processo de incorporação da população trans na política de saúde do Ceará:

1. Ações de prevenção e enfrentamento ao HIV/AIDS foram a porta de entrada para a inclusão da população trans na Política Estadual de Saúde do Ceará. Portanto, semelhante à trajetória dessa população em nível nacional;
2. A agenda de demandas do movimento trans, no âmbito específico da saúde, está praticamente restrita ao acesso ao processo transexualizador, garantido pelo SUS;
3. A implantação do processo transexualizador deu-se permeado por conflitos entre os movimentos LGBTQIA+, em particular de mulheres e homens trans e o governo do Estado, com ações do movimento junto aos órgãos de defesa dos direitos humanos e de justiça;
4. Os serviços de atendimento à saúde da população trans, em suas origens, além de precários, reproduziram o viés patológico que marca a trajetória de atendimento dessa população na saúde;
5. Assim, podemos inferir que inexistiu uma Política de Atenção Integral à Saúde da População Trans no estado do Ceará. O atendimento, além de restrito ao processo transexualizador, a maioria das ações relativas à saúde têm caráter reflexivo como seminários, palestras, encontros e capacitações. Ressaltamos, a importância dessas ações no sentido de sensibilizar o conjunto dos profissionais de saúde, quanto à transexualidade e o atendimento à população trans. Contudo, não podem se constituir isoladas, em detrimento de ações mais concretas que possam incidir sobre a vivência dessa população e seu acesso à saúde.

É importante destacar que a Política Estadual de Saúde do Ceará, mesmo apresentando limites na incorporação de sua população trans, é instrumento fundamental para a garantia de seu acesso à saúde. Portanto, registramos a urgência de uma Política de Saúde Integral da População Trans no Estado com ações que atendam suas especificidades em seu sentido de abrangência.

Evidenciamos a atuação fundamental dos coletivos de homens e mulheres transexuais que tem protagonizado a cena política em todo o estado como vozes que desafiam as normas binárias de gênero e nos convidam a pensar outras possibilidades de identidades e expressões de gênero.

Queremos, por fim, enfatizar o caráter não acabado e definitivo desse estudo, mas, tão somente, apresentá-lo como pistas capazes de despertar interesses e necessidades de um maior aprofundamento no tocante ao tema da saúde da população transexual no estado do Ceará, por parte de outras pessoas.

As circunstâncias subjetivas que nos acompanharam particularmente durante esse período na minha história de vida, em razões de compromisso éticos profissionais que precisaram ser adotados, sob impacto de adversidades encontradas no campo de trabalho, nos levaram para outros caminhos. Caminhos estes que me impediram de concluir este estudo com todo o rigor que pretendíamos lhe atribuir. Esse é apenas o produto de uma possibilidade.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, Thalyta Mabel Nobre. **O trabalho profissional dos (as) assistentes sociais no INSS pós as contra-reformas da Previdência Social**. 2007. 147 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/17864/1/ThalytaMNB.pdf> Acesso em: 22 jan. 2021.
- BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo–volume único**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.
- BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2017.
- BENEVIDES, Bruna G.; NOGUEIRA, Sayonara Naider Bonfim. **Assassinatos e violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020**. São Paulo: Expressão Popular, 2021.
- BENTO, Berenice. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- BRASIL, Senado Federal. **Constituição da república federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003. 604 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf. Acesso em 09 de abril de 2022.
- BRASIL. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990.
- BRASIL. Portaria nº 1.820, de 13 de Agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.
- BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: José Olympio, 2018.
- CASSEMIRO, Luiza Carla. **Tenho o direito de ser amapô: as trajetórias de travestis e transexuais face à implementação das políticas públicas de assistência social e saúde**. 2010. 130 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/16664/16664_1.PDF. Acesso em: 22

jan. 2021.

CISNE, Mirla; DOS SANTOS, Silvana Mara Morais. **Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social**. [S.]: Cortez, 2018.

DE BARBIERI, Teresita. Sobre la categoría género: una introducción teórico-metodológica. **Debates en sociología**, n. 18, p. 145-169, 1993. Disponível em: <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/debatesensociologia/article/view/6680>. Acesso em: 22 jan. 2021.

DE JESUS, Jaqueline Gomes. **Orientações sobre identidade de gênero**: conceitos e termos. Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião, v.2, 2012.p. 42. Disponível em: <https://www.diversidadesesexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2021.

DE SOUZA MINAYO, Maria Cecília; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. São Paulo: Vozes, 2011.

DE TILIO, Rafael. Teorias de gênero: principais contribuições teóricas oferecidas pelas perspectivas contemporâneas. **Revista Gênero**, v. 14, n. 2, 2014.

DELPHY, Christine. Patriarcado (teorias do) In: HIRATA, Helena; LABORIE, Françoise; LE DOARÉ, Hélène; SENOTIER, Danièle (org.) **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: UNESP, 2009. p. 173-178.

DIAS, Maria Socorro de Araújo *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de ava-liabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 103-114, 2018.

FLEURY, Sonia. **Estado sem cidadãos**: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FUSSEK, Lygia dos Santos. Os direitos civis do transexual em relação à mudança de gênero e prenome. **Revista Síntese Direito de Família**, São Paulo, SP, v. 15, n. 82, p. 54-77, 2012.

GIL, Antonio Carlos *et al.* **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, João Vitor Rodrigues A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DELÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS NO ENSINO SUPERIOR. *In*: Seminário Internacional de Educação Superior, 2018. **Anais eletrônicos...** Disponível em: <https://www.anais.ueg.br/index.php/SIES/index>. Acesso em: 22 jan. 2020

GUERRA, Yolanda. **Direitos sociais e sociedade de classes**: o discurso do direito a ter direitos. Coletânea Nova de Serviço Social. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013. p. 31-54.

HARAWAY, Donna. 'Gênero' para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra. **Cadernos pagu**, 2004. p. 201-246.

LAURENTINO, Arnaldo Cezar Nogueira. **Políticas Públicas de saúde para a população LGBT: da criação do SUS à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT**. 2015. 94 f. Dissertação (Mestrado Educação Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola politécnica de saúde Joaquim Venâncio, Programa de pós-graduação em Educação Profissional em Saúde, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/12194/Arnaldo_Laurentino_EPSJV_Mestrado_2015.pdf;jsessionid=9296962D325A7D628A356AD8DD6B6116?sequence=2 .Acesso em: 22 jan. 2021.

LEITE JÚNIOR, Jorge . "**Nossos corpos também mudam**": sexo, gênero e a invenção das categorias "travesti" e "transexual" no discurso científico. 2008. 230f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <https://sapiencia.pucsp.br/bitstream/handle/3992/1/Jorge%20Leite%20Junior.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2021.

LIMA, Daniel Borsatto de. A atenção à saúde às travestilidades e transexualidades em São Paulo (2013-2018). 2018. 154 f., il. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/34355>. Acesso em: 22 jan. 2021.

LOURO, Guacira Lopes. **Um corpo estranho**: ensaios sobre sexualidade e teoria queer. São Paulo: Autêntica, 2018.

MEAD, Margaret. **Sexo e Temperamento**. São Paulo: Editora, 1935.

MOTTA, Daniele. A Contribuição de Heleieth Saffioti para a análise do Brasil: gênero importa para a formação social?. **Caderno CRH**, v. 33, 2020.

OLIVEIRA, Itauane de; ROMANINI, Moises. (Re) escrevendo roteiros (in) visíveis: a trajetória de mulheres transgênero nas políticas públicas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 29, 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1723-1728, 2018.

PASSOS, J. E. F.; P SENA, A. G. N.; SOUTO., K. M. B. Marcos legais do Processo Transexualizador no SUS para a publicação da Portaria nº 2.803/13. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Transexualidade e travestilidade na saúde**. Brasília, DF, 2015. p. 177-185.

PATEMAN, Carole. **Confusões patriarcais**: o contrato sexual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. Proteção social contemporânea: cui prodest?. **Serviço Social & Sociedade**, p. 636-651, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/DSgvNQnNyK3fNkJYcv8VTQr/?format=pdf>. Acesso em: 22 fev. 2021.

PEREIRA, Potyara Amazoneir P. A saúde no sistema de seguridade social brasileiro. **Ser Social**, n. 10, p.33-56, 2002. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7276/1/ARTIGO_SaudeSistemaSeguridade.pdf. Acesso em: 22 fev. 2021.

PISTICELLI, Adriana. Gênero: a história de um conceito. In: ALMEIDA, H. B.; SZWAKO, J. E. (org.). **Diferenças, igualdade**. São Paulo: Berlendis & Vertecchia, 2009. p. 118-146.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina**. v. 35, p. 01-35, 2001.

SAFFIOTI, Heleieth IB. **Rearticulando gênero e classe social**: uma questão de gênero. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992. p. 183-215.

SAFFIOTI, I. B. Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SALIH, Sara. **Judith Butler e a Teoria Queer**. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

SALVADOR, Evilásio. **Fundo público no Brasil: Financiamento e destino dos recursos da seguridade social (2000 a 2007)**. 2008. 395 f. Tese (Doutorado em Política Social)-Universidade de Brasília, Brasília, 2008. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/3893>. Acesso em: 22 fev. 2021.

SANTOS, Joilma de Oliveira dos. Participação e controle social dos idosos na cena contemporânea: particularidades do Conselho Municipal dos Idosos em Natal-RN. 2012. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/36156>. Acesso em: 22 fev. 2021.

SCOTT, Joan. **Gênero**: uma categoria útil de análise histórica. [S.L.: s.n], 2012. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/185058/mod_resource/content/2/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf. Acesso em: 22 fev. 2021.

SILVA, G. B; MEDEIROS, F.A.B; OLIVEIRA, M.T. Serviço Social e promoção à saúde: direito às práticas integrativas e complementares no SUS. In: SILVA, B.O; SOUZA, E.F.; OLIVEIRA, M.T. (org.). **Políticas públicas**: abordagens interdisciplinares. Natal: Caule de Papiro, 2020.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. **Previdência Social no Brasil**: desestruturação do trabalho e condições para sua universalização. São Paulo: Cortez, 2012.

SIMPSON, Keila. Transexualidade e travestilidade na saúde. In. BRASIL. Ministério da

Saúde. **Transexualidade e travestilidade na saúde**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. p. 9-15. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade_travestilidade_saude.pdf. Acesso em: 22 fev. 2021.

TAGLIAMENTO, Grazielle *et al.* Direitos humanos e a saúde: a efetivação de políticas públicas voltadas à saúde integral da população trans. In: Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Transexualidade e travestilidade na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 65-79.

TENENBLAT, Mably Jane Trindade. **A assistência à saúde de pessoas transexuais: aspectos históricos do processo transexualizador no Estado do Rio de Janeiro**. 2014. 211 f. Dissertação (Mestrado em Política Social e Trabalho) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/16006>. Acesso em: 22 fev. 2021.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**: estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Reva, 1991.